

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

YURI PEREZ DUQUE

MELHORIA DO CONHECIMENTO DOS PACIENTES COM HIPERTENSAO
ARTERIAL SISTÊMICA - UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

YURI PEREZ DUQUE

**MELHORIA DO CONHECIMENTO DOS PACIENTES COM HIPERTENSAO
ARTERIAL SISTÊMICA - UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Nadja Cristiane Lappann Botti

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

YURI PEREZ DUQUE

**MELHORIA DO CONHECIMENTO DOS PACIENTES COM HIPERTENSAO
ARTERIAL SISTÊMICA - UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Prof^ª Dr^ª Nadja Cristiane Lappann Botti – Orientadora (UFSJ)

Prof^ª Dr^ª Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 23 de março de 2016

RESUMO

A Hipertensão Arterial é um problema de saúde pública e constitui importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) depende da adesão do paciente ao tratamento. A adesão ao tratamento se encontra diretamente relacionado ao nível do conhecimento sobre a doença. Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para melhoria do conhecimento acerca da doença dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica da Estratégia Saúde da Família. Para elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados informatizadas com os descritores: hipertensão, atenção primária à saúde, promoção da saúde. Espera-se que o plano de intervenção proposto poderá direcionar a equipe de profissionais no atendimento aos hipertensos visando melhorar o conhecimento desses pacientes em relação à doença, adoção de estilos de vida saudáveis, redução do número de complicações e da incidência da HAS e proporcionar melhorias da qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The Hypertension is a public health problem and an important risk factor for developing cardiovascular disease. Control of Hypertension depends on patient adherence to treatment. Adherence to treatment is directly related to the level of knowledge about the disease. This study aims to develop an intervention project to improve the knowledge about the disease in patients with systemic hypertension of the Family Health Strategy. To prepare the action plan we used the Strategic Planning Method Situational literature search was performed in computer databases with the key words: hypertension, primary health care, health promotion. It is expected that the proposed action plan will direct the team of professionals in care to hypertensive patients to improve the knowledge of these patients for the disease, the adoption of healthy lifestyles, reducing the number of complications and the incidence of hypertension and provide improvements quality of life

Key words: Hypertension. Primary Health Care. Health Promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVO	10
3.1 Objetivo geral	10
3.2 Objetivos específicos	10
4 METODOLOGIA	11
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	17
6.1 Definição dos problemas	17
6.2 Priorização dos problemas	17
6.3 Descrição do problema selecionado	17
6.4 Explicação do problema	18
6.5 Identificação dos nós críticos	19
6.6 Desempenho das operações	19
6.7 Identificação dos recursos críticos	20
6.8 Análise de viabilidade do plano	20
6.9 Elaboração de um Plano Operativo	21
6.10 Gestão do Plano	21
6.11 Avaliação e Monitoramento	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

O município de Estiva encontra-se localizado na zona sul do Estado de Minas Gerais, numa altitude de 965 metros, a topografia predominantemente montanhosa. O território é banhado pelos rios Itaim e Três Irmãos, afluentes do Sapucaí faz limites com os municípios de Borba da Mata, Tocos do Mogi, Bom Repouso, Cambuí, Consolação, Cachoeira de Minas e Pouso Alegre. O município de Estiva possui 242 km quadrados de território formado por bairros e distrito (PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTIVA, 2014).

A população de Estiva foi estimada no ano de 2012 de 10.918 habitantes. A Tabela 1 apresenta a população estratificada por faixa etária e sexo, estimada no ano de 2012. Observa-se que quase a metade do contingente populacional está concentrada na faixa etária entre 20 a 49 anos, conforme Tabela 1. O município apresenta população total de 10.918 habitantes sendo 4.980 habitantes na área urbana e 5.938 habitantes na área rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTIVA, 2014).

Tabela 1: População por faixa etária e sexo. Estiva, 2012.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
	Nº	Nº	Nº
Menor 1	74	51	125
1 a 4	254	232	486
5 a 9	343	377	720
10 a 19	889	873	1762
20 a 49	2669	2393	5062
50 a 59	639	598	1237
60 e +	780	746	1526
Total	5.648	5.270	10.918

Fonte: IBGE, Censos e estimativas demográficas.

A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) é de atendimento a 776 famílias sendo a população total cadastrada da ESF de 3.830 pessoas. A comunidade atendida pela ESF localiza-se no centro da zona urbana do município de Estiva. A equipe foi criada em 2005 como PSF e encontra-se localizada atualmente na Rua Silvério Nunes 300. A Unidade de Atenção Primária à Saúde dispõe de espaço próprio, contendo salão de recepção, com área para espera de pacientes contendo cadeiras, bebedouro, três consultórios clínicos, dois banheiros para uso da população (masculino e feminino), um banheiro para uso da equipe, uma sala de esterilização de materiais e expurgo, uma sala de procedimentos de enfermagem (pesagem, aferição de pressão arterial, inalação, curativos), um depósito de materiais de limpeza, uma copa e um destinado as atividades dos Agentes Comunitárias de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTIVA, 2014).

A unidade realiza atendimento médico e enfermagem diariamente e entre as atividades desenvolvidas pela equipe encontram-se: Pré-Natal, visita domiciliar, puericultura, curativos, retirada de pontos, injetáveis, grupo, gestante, planejamento familiar, glicemia capilar e projeto

de tabagismo. Na unidade não são realizados o teste do pesinho e vacinas pois não possui sala de vacina sendo estas atividades realizadas em outra UBS do município.

De forma geral, em relação às morbidades, as patologias que mais levam a internação no município são as relacionadas às doenças do aparelho respiratório como pneumonia, bronquite, enfisema e outras. Pelo fato do município apresentar clima frio, principalmente no inverno, tais doenças acometem principalmente a população de crianças e idosos; seguidas das doenças do aparelho digestivo como colelitíase e colecistite e depois do aparelho circulatório como insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTIVA, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

No cotidiano de trabalho da equipe da ESF 1 da cidade de Estiva é constante os atendimentos de pacientes com mau controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que evoluíram para complicações cardiovasculares graves e possivelmente evitáveis, como por exemplo Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral.

Além disso, são frequentes os casos de pacientes com descompensações agudas dos níveis de pressão arterial que sobrecarregam a demanda espontânea, bem como à falta de adesão dos usuários a mudanças de estilos de vida e ao tratamento adequado da HAS observados durante as consultas médicas e de enfermagem.

Sabe-se que entre as consequências que podem ser ocasionados precocemente devido à HAS encontram-se faltas no trabalho, aposentadorias por invalidez, alto custo para a família e para a saúde pública com internações, tratamento medicamentoso e de reabilitação.

Dessa forma, devido à alta prevalência na HAS na população da área de abrangência e ao evidente grau de falta de controle desses pacientes, acredita-se na importância do projeto de intervenção proposto a fim de possibilitar melhora das condições de saúde e de vida da população adscrita, reduzir a morbimortalidade relacionada às Doenças Cardiovasculares e, indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

Assim, a partir da identificação dos principais fatores de risco para HAS nessa população, pretende-se mediante abordagem multidisciplinar de educação em saúde produzir informação ao paciente de forma mais acessível e dinâmica a fim de aumentar a adesão dos pacientes às mudanças de estilos de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle da HAS e maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde.

Portanto, este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial na comunidade, pelo grande número de idosos com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local há recursos humanos e materiais para execução do Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhoria do conhecimento acerca da doença dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica do PSF de Estiva (Minas Gerais).

3.2 Objetivos específicos

- Identificar pacientes com risco ou diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Avaliar os riscos de desenvolvimento de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Orientar os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica sobre as formas de tratamento;
- Estimular hábitos de vida saudáveis entre os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Realizar ações educativas junto aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para desenvolver este projeto foi baseada no diagnóstico de saúde, observação diária da unidade e discussão com a equipe de saúde do PSF do município de Estiva.

Foi também realizado levantamento bibliográfico de artigos científicos, livros e textos indexados sobre o tema. As bases de dados informatizadas consultadas foram a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), a Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDLINE e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a consulta foram utilizados os seguintes descritores hipertensão, atenção primária à saúde, promoção da saúde.

Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do Módulo de iniciação científica (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mm Hg e uma pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso da medicação anti-hipertensiva. De acordo com os valores que a pressão arterial se apresenta, ela é classificada em Estágio 1 (PAS: 140-159 mmHg; PAD: 90-99mmHg) e Estágio 2 (PAS maior ou igual a 160 mmHg; PAD maior ou igual a 100 mmHg) (LOPES; MARCON, 2009).

A HAS é uma doença crônica não transmissível, grave problema de saúde pública devido às suas implicações socioeconômicas. Apresenta alto índice de prevalência e de mortalidade no mundo; é uma doença que se apresenta de forma isolada ou está associada à gravidade de várias doenças; devido seu caráter crônico e incapacitante provoca aposentadorias precoces, extenso período de internação, elevado custo para o tratamento e, assim, contribui para grande morbimortalidade da doença (PIRES; MUSSI, 2012).

A HAS é uma das doenças de maior prevalência na população. Estudo mostra que a prevalência global de hipertensão arterial sistêmica (HAS) é de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (PEREIRA *et al.*, 2009). Na população brasileira, encontram-se prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%) com mais de 50% entre 60-69 anos e 75% acima de 70 anos (CESARINO *et al.*, 2008; ROSÁRIO *et al.*, 2009)

“Por ser uma doença crônica insidiosa, a HAS evolui de forma silenciosa, contribuindo para o surgimento de doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca e doença arterial coronariana” (NOBLAT *et al.*, 2004 *apud* PUCCI *et al.*, 2012, p. 323). Sabe-se que 9,4 milhões de mortes, ou seja, 16,5% das mortes anuais são atribuíveis à hipertensão (LIM *et al.*, 2012). Isso inclui 51% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 45% das mortes por doença coronariana (WHO, 2008). Anualmente morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido à hipertensão, sendo que 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, tendo mais da metade das vítimas entre 45 e 69 anos (ÁVILA *et al.*, 2010).

No Brasil, a Hipertensão Arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 36% dos homens adultos e 30% das mulheres, e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares (DCV), incluindo o AVC e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país (ÁVILA *et al.*, 2010).

A HAS apresenta fatores de risco não modificáveis e modificáveis. Os fatores de risco associados à Hipertensão Arterial Sistêmica considerados não modificáveis são: idade, sexo, etnia, fatores socioeconômicos e pré-disposição genética; e os fatores considerados modificáveis são os relacionados ao estilo de vida inadequado que se encontra diretamente relacionado à maior prevalência da doença (dieta hipocalórica, redução do peso, prática de atividade física, redução da ingestão de bebida alcóolica e sal) (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A ausência de sintomas na HAS é um dos fatores que dificulta a adesão, pois apenas metade das pessoas que sofre de hipertensão arterial não tem conhecimento da doença, por não apresentarem sintomas (SANTOS; LIMA, 2008).

Entre os exames solicitados para diagnóstico de HAS encontram-se a mensuração da PA e teste ergométrico. A medida da PA é a melhor forma para o estabelecimento do diagnóstico da

doença e a avaliação da eficácia do tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O exame de urina, creatinina e potássio sérico, colesterol total, glicemia em jejum e eletrocardiograma de repouso também são testes para avaliação da HAS (MONTEIRO *et al.*, 2010).

Considerada um dos principais fatores de risco da doença cardíaca, e responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho, a HAS é uma doença de causa multifatorial que deve receber atenção e cuidado integrais (NOBRE; RIBEIRO; MION JUNIOR, 2010). As DCV são importantes causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso sabe-se que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (PA) (NOBRE; RIBEIRO; MION JUNIOR, 2010).

No Brasil, a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (≥ 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de AVC e 60% dos casos de doença isquêmica do coração. Constituem, sem dúvida, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja principal causa de morte, o AVC, tem como origem a hipertensão não controlada (BRASIL, 2001).

Em relação às complicações, a hipertensão arterial pode estar associada a agravos como infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doença renal crônica, vasculopatias periféricas. A Hipertensão Arterial também é chamada de assassina silenciosa, devido a muitos pacientes não apresentarem nenhum sintoma da doença, ficando difícil estabelecer um diagnóstico, sendo que, muitas vezes, o diagnóstico ocorre pela complicação (TOLEDO, 2007).

Tanto fatores ambientais como genéticos podem contribuir para as variações regionais e raciais da pressão arterial, bem como na prevalência da HAS. Estudo indica que sociedades que passam por mudanças de locais como de um local menos industrializado para mais industrializado podem refletir a contribuição ambiental para o aumento da pressão arterial (JARDIM *et al.*, 2007).

Ressalta-se que a obesidade e o ganho de peso são fortes e independentes fatores de risco para a hipertensão, com isso estima-se que 60% dos hipertensos apresentam mais de 20% de sobrepeso. Entre as populações, observa-se a prevalência da hipertensão arterial aumentada com relação à ingestão de sódio e ingestões dietéticas baixas de cálcio e potássio, o que pode contribuir para o risco da hipertensão. Quanto aos fatores ambientais como o consumo de álcool, estresse psicoemocional e níveis baixos de atividade física também podem contribuir para a hipertensão (FAUCI; HARRISON, 2008).

A prevenção primária da hipertensão é possível modificando o ambiente que os fatores genéticos envolvidos precisam expressar-se como doença. Neste sentido, faz-se necessário intervir sobre hábitos de vida não saudáveis, como tabagismo, sedentarismo, excesso de ingestão de sal e álcool e alta ingestão calórica que pode levar à obesidade (ZANCHETTI, 2001).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, incluindo políticas de promoção e proteção no controle da hipertensão arterial (BRASIL, 2001). Nesse contexto, insere-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual a atenção é centralizada na família e estruturada em uma unidade de saúde, e a

população adstrita está sob responsabilidade de equipe multiprofissional (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

Entre as dificuldades que os profissionais de saúde têm, em relação ao tratamento da HAS, é manter a adesão do paciente ao tratamento (BRITO *et al.*, 2008). Neste sentido torna-se fundamental para o planejamento das ações terapêuticas, para que em cada atendimento sejam reforçadas a percepção de risco à saúde e a importância do autocuidado (WETZEL JUNIOR; SILVEIRA, 2005). Vários estudos apontam a relação existente entre a não adesão ao tratamento da HAS e o conhecimento do paciente sobre a doença e o tratamento (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010; PUCCI *et al.*, 2012).

O controle da HAS encontra-se relacionada a mudanças de hábitos de vida: alimentação adequada, prática regular de exercícios físicos e abandono do tabagismo; estas estratégias se referem a atividades de autocuidado que, em geral, deveriam ser orientadas por profissionais e precisam ser realizadas pelos hipertensos para o ideal controle dos níveis pressóricos. Entretanto, seu controle tem se constituído grande desafio para profissionais de saúde (CADE, 2001).

Estudo de revisão acerca do autocuidado em pessoas com HAS mostra que o déficit de autocuidado se refere, principalmente, ao desconhecimento e não adesão às formas de tratamento, sendo que a participação familiar é importante para auxiliar na solução desta dificuldade. Os estudos identificados na revisão valorizaram a abordagem da equipe interdisciplinar para observar e compreender a visão da pessoa sobre HAS e atuar no suporte educacional para a realização do autocuidado (LOPES *et al.*, 2008).

Na literatura identifica-se que vários hipertensos conhecem o processo de desenvolvimento da doença. Entretanto, estes nem sempre realizam as práticas de autocuidado, dificultando o controle da doença. Outro aspecto importante, refere-se a dificuldade do hipertenso em aceitar que ele mesmo precisa ser cuidado, pois a doença geralmente não apresenta sintomas e assim, não é concebida como tal. Isto por sua vez, faz com que o hipertenso não realize os cuidados e nem os valorize como necessários para si mesmo, repercutindo no da doença (LOPES *et al.*, 2008).

Estudo nacional sobre o conhecimento dos hipertensos sobre sua doença realizado em uma UBS de Teresina (PI), com 80 usuários na faixa etária de 50 a 80 anos, inscritos no Programa de Hipertensão, mostra que 90% dos hipertensos conheciam os parâmetros de níveis pressóricos considerados altos e 45% identificavam dois ou três sintomas de uma pressão arterial alterada (dor de cabeça, tontura e mal-estar). Em relação aos fatores de risco, 48,7% dos hipertensos identificavam dois ou três fatores de risco, sendo 70% para o consumo excessivo de gorduras e frituras e 63,8% para o consumo excessivo de sal. O conhecimento sobre as medidas para controle da hipertensão foi regular, 91,3% citaram os medicamentos, 53,8% o consumo de sal, 17% a atividade física e apenas 6,3% a aferição de pressão arterial. Quanto ao comportamento para o autocuidado, os mais adotados pelos pacientes foram o uso de medicamentos (88,8%) e a diminuição do consumo de sal (87,5%) (NOLÊTO; SILVA; BARBOSA, 2011).

Este estudo que objetivou verificar o conhecimento de 150 pacientes com HAS assistidos pela ESF de Teresina (PI), sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos, apresenta que os hipertensos não conhecem a quantidade verdadeira de sódio presente nos alimentos, o que

representa risco no tratamento e controle da HAS evidenciando a importância da educação alimentar do hipertenso como estratégia para controle da HAS. O conhecimento dos usuários com relação à quantidade de sódio presente nos alimentos deveria ser medida indispensável no tratamento da Hipertensão Arterial, visto que contribui como medida terapêutica ou preventiva no tratamento dessa doença crônica (IBIAPINA; SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Estudo de prevalência e investigação sobre os fatores associados à HAS, seu conhecimento e tratamento realizado com 1.075 idosos residentes em Florianópolis (SC) aponta que 84,6% apresentaram pressão arterial elevada, 77,5% estavam cientes da doença e 79,1% a tratavam. A prevalência associou-se à dependência funcional e idade e índice de massa corporal (IMC) elevados (ZATTAR *et al.*, 2013).

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo depende de fatores relacionados com o próprio paciente, como as variáveis sociodemográficas e culturais; de fatores relacionados à terapêutica que envolvem a tolerância, aparecimento de efeitos colaterais e disciplina; e ainda de fatores relacionados ao sistema de saúde, entre os quais destacam-se a estrutura dos serviços, o processo de atendimento e aplicação efetiva da educação em saúde, com a orientação do paciente hipertenso sobre a doença (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Estudo nacional sobre o conhecimento dos hipertensos sobre HAS realizado com 45 usuários em uma ESF de Bambuí (MG) mostra que a maioria (80%) dos hipertensos não tinham conhecimento sobre a definição de hipertensão arterial e, quando afirmaram conhecer, não assinalaram de maneira correta o significado de HA. Em adição, se mostraram confusos em relação as principais complicações relacionadas ao não tratamento da HA, em especial à problemas renais. Cerca de (50%) dos hipertensos apontaram não receber orientação a respeito da doença. Quando avaliados sobre o tipo de tratamento, (48%) dos hipertensos faz uso de medicamento anti-hipertensivo em associação com dieta hipossódica e aproximadamente (36%) associa anti-hipertensivos com dieta e atividades físicas moderadas, por outro lado, (7%) não faz qualquer tipo de tratamento. A maior parte dos pacientes afirmaram ter melhorias na qualidade de vida após o início do tratamento anti-hipertensivo (FARIA; LAUTNER; LAUTNER, 2012).

Estudo realizado com 422 hipertensos sobre o nível de conhecimento acerca da doença e os fatores associados à não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva realizado em 25 UBS e 65 ESF da região do sul do país mostra que 42,6% não aderiram à farmacoterapia e 17,7% possuíam conhecimento insatisfatório sobre a doença. Os fatores associados à não adesão foram farmacoterapia complexa, conhecimento insatisfatório sobre a doença e insatisfação com o serviço de saúde (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

Estudo de revisão sobre os principais fatores de risco para a HAS modificáveis pela atuação da ESF evidencia que a Educação em Saúde na Atenção Básica, especialmente na ESF constitui-se em um instrumento de intervenção importante, pois conhecendo a realidade da população que assistem, as intervenções propostas pela equipe multiprofissional podem produzir resultados positivos. Ressalta a necessidade de valorização de novos conceitos de saúde-doença e participação do usuário de saúde na elaboração do seu plano de intervenção, com estímulo à cessação do tabagismo e do uso abusivo de álcool, redução do peso entre aqueles com sobrepeso, implementação de atividades físicas, redução do consumo de sal, aumento do consumo de hortaliças e frutas, além da diminuição de alimentos gordurosos, entre outros, com o intuito de

estimular o autocuidado promovendo uma melhoria da qualidade de vida da população (MAGRINI; MARTINI, 2012).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade no PSF identifica-se entre os problemas mais fundamentais a presença das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e dentre elas a Hipertensão Arterial. Entre os vários problemas identificados na realização do diagnóstico situacional destacam-se: alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica, alta incidência de pacientes diabéticos, consumo elevado de psicotrópicos e alto índice de gravidez na adolescência.

6.2 Priorização dos problemas

Uma vez identificados os problemas foi realizado a priorização dos mesmos tendo como critérios a importância do problema, urgência e capacidade para enfrentamento. A partir do diagnóstico situacional foi elaborada pela equipe a classificação de prioridades para os problemas identificados.

Quadro 1 - Classificação de prioridades dos problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 1, Estiva, MG, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	8	Parcial	1
Diabetes Mellitus	Alta	7	Parcial	2
Consumo elevado de psicotrópicos	Alta	5	Parcial	3
Gravidez na adolescência	Alta	6	Parcial	4

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

*Total de pontos: 26

6.3 Descrição do problema selecionado

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um transtorno do sistema cardiovascular caracterizado pela existência de valores persistentes de pressão arterial superiores aos considerados universalmente normais, sendo que a pressão arterial normal de um adulto corresponde a uma pressão sistólica máxima ≤ 140 mmHg e a uma pressão diastólica ≤ 90 mmHg. É considerada uma Doença Crônica Não Transmissível, sendo conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados às alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos como hipertrofias cardíacas e vasculares. Sendo a HAS uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento por toda a vida.

A HAS é uma enfermidade multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, associada frequentemente a lesões de órgãos-alvo e alto risco de desfechos cardiovasculares. É um problema de Saúde Pública com crescente incidência e prevalência em

todo o mundo. No Brasil, as estatísticas se assemelham ao resto do mundo com estimativas de que um quarto da população brasileira apresenta a doença. Dados do Ministério da Saúde revelam que mais de 30 milhões de brasileiros sofrem de Hipertensão Arterial (PORTAL BRASIL, 2015). O tratamento da Hipertensão Arterial é um desafio, pelas dificuldades na abordagem e controle da evolução da doença, possíveis complicações e ainda devido à falta de adesão dos pacientes ao tratamento. O tratamento baseia-se na mudança no estilo de vida e no tratamento farmacológico. O tratamento farmacológico estrutura-se em grandes séries de estudo clínicos multicêntricos com fármacos, e somente após são liberados para uso humano.

Considerada um dos principais fatores de risco da doença cardíaca e responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho. É uma condição de causas multifatoriais que deve receber atenção e o cuidado de todos. As DCV são importantes causas de internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso sabe-se que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (NOBRE; RIBEIRO; MION JUNIOR, 2010).

Ressalta-se que na área de abrangência, a HAS encontra-se presente 737 pessoas representando 19% da população total e 26% da população maior de 15 anos. Além de ser a causa de complicações como as doenças cardiovasculares.

6.4 Explicação do problema

A figura abaixo apresenta a explicação para o problema de mau controle da HAS que evoluíram para complicações cardiovasculares graves e possivelmente evitáveis, como por exemplo o Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral, da equipe da ESF 1 da cidade de Estiva (Quadro 2).

Quadro 2 – Explicação do problema identificado no diagnóstico da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 1, Estiva, MG, 2015.

Causas	Fatores	Consequências
Não entendimento da orientação / prescrição	Orientação/prescrições Receita com letra ilegível Dificuldades de leitura por parte do paciente e/ou do cuidador (baixa escolaridade/analfabetismo)	Dificuldade de controle dos níveis pressóricos → risco cardiovascular aumentado → aumento das complicações da hipertensão (AVC, IAM) → aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário
Dificuldade de seguimento da orientação	Falta de condições materiais para o seguimento das orientações/prescrições (recursos para compra de medicamentos não disponibilizados do centro de saúde); Orientação fora do contexto do paciente (dietas com alimentos fora do padrão alimentar da comunidade); Ausência de cuidador	Dificuldade de controle dos níveis pressóricos → risco cardiovascular aumentado → aumento das complicações da hipertensão (AVC, IAM) → aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.5 Identificação dos nós críticos

Na Equipe de Saúde da Família 1, em Estiva, foram identificados os seguintes nós críticos:

- Processo de trabalho da equipe → orientações inadequadas, prescrições ilegíveis, falta de instrumentos.
- Dificuldade de entendimento das orientações/prescrições por parte dos pacientes e/ou cuidadores → baixa escolaridade/analfabetismo do paciente e/ou cuidado.
- Falta de apoio familiar.

6.6 Desempenho das operações

Sabendo que é essencial descrever as operações para o enfrentamento das causas, identificando os produtos e resultados para cada operação com seus respectivos recursos (econômicos, organizacionais e cognitivos) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) foi possível construir o desenho de operações para os “nós” críticos do problema mau controle da HAS que evoluíram para doenças cardiovasculares, da equipe da ESF 1 da cidade de Estiva (Quadro 3).

Quadro 3 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema mau controle da HAS que evoluíram para doenças cardiovasculares, da equipe da ESF 1, Estiva, MG, 2015.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta de instrumentos necessários para medição da pressão arterial e outros exames	Projeto: E Posso Comprar Esfigmomanômetro e oftalmoscópios para realização da medição da pressão arterial e fundoscopia na atenção básica	Realizar avaliação clínica e oftalmológica anual de no mínimo 90% da população de hipertensos	Compra de aparelhos	Financeiro: aquisição de aparelhos. Político: articulação intersetorial
Baixa escolaridade	Projeto: Aprender Informações básicas sobre HSA	Aumentar informação sobre doenças. Quebrar mitos e implementar conceitos básicos em saúde	Campanhas educacionais no interior da unidade saúde da família e escolas	Financeiro: Recursos financeiros para a confecção dos materiais. Organizacional: Interesse da equipe de saúde da família

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.7 Identificação dos recursos críticos

O Quadro 4 apresenta os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema do mau controle da HAS que evoluíram para doenças cardiovasculares, da equipe da ESF 1 da cidade de Estiva

Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema mau controle da HAS que evoluíram para doenças cardiovasculares, da equipe da ESF 1, Estiva, MG, 2015.

Operação/projeto	Recursos críticos
Projeto E Posso	Financeiro: aquisição de aparelhos Político: articulação intersetorial
Projeto Aprender	Financeiro: Recursos financeiros para a confecção dos materiais Organizacional: Interesse da equipe de saúde da família

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.8 Análise de viabilidade do plano

A viabilidade de um plano se sustenta pelos atores diretamente relacionados a ele. Sabendo que o ator que está planejando o plano não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano, há a necessidade de identificar os autores; inclusive seu posicionamento, motivação favorável, indiferente ou contrária em relação ao problema; para assim, definir as estratégias para a viabilidade do plano (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

A figura abaixo apresenta as propostas de ações para a motivação dos atores (Quadro 5).

Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operação / projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Projeto E Posso	Financeiro: aquisição de aparelhos oftalmológicos; Político: articulação intersetorial	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto com as altas estatísticas encontradas comprovando a necessidade e a repercussão positiva que tal serviço trará para o município
Projeto Aprender	Político: articulação intersetorial, aprovação do projeto e decisão de recursos para estruturar o serviço	Prefeito do Município Secretário de Saúde Fundo Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto com as altas estatísticas encontradas comprovando a necessidade e a repercussão positiva que tal serviço trará para o município

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.9 Elaboração de um Plano Operativo

Quadro 6: **Plano Operativo**

Operação	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Projeto E Posso	Realizar avaliação clínica geral anual de no mínimo 90% da população de hipertensos	Compra de aparelhos	Apresentar o projeto com as altas estatísticas encontradas comprovando a necessidade e a repercussão positiva que tal serviço trará para o município	Secretário de Saúde Municipal	2 meses
Projeto Aprender	Melhorar o nível de conhecimento dos pacientes com HAS	Capacitação de profissionais e educação continuada	Apresentar o projeto com as altas estatísticas encontradas comprovando a necessidade e a repercussão positiva que tal serviço trará para o município	Médico	3 meses para apresentação do projeto De 3 meses a 8 meses para capacitação Início das atividades em 8 meses

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.10 Gestão do Plano

A intervenção, realizada por meio de oficinas temáticas, ratificam as recomendações da literatura e da própria necessidade de estimular a participação dos pacientes hipertensos. Os dias e horários das oficinas são agendados de acordo com a disponibilidade dos pacientes hipertensos.

O planejamento e a realização das oficinas dessas atividades com o grupo de hipertensos contam com a parceria dos ACS's e auxiliares de enfermagem.

A etapa seguinte baseia-se na apresentação de oficinas visando levar ao público alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

As oficinas são realizadas mensalmente com os seguintes temas:

- 1) Hipertensão: conceito, ocorrência e consequências.
- 2) Dieta hipossódica.
- 3) Influência da obesidade.
- 4) Álcool e Tabagismo.
- 5) Atividade física.
- 6) Fatores de risco cardiovasculares.

7) Prevenção e Tratamento medicamentoso e não medicamentoso e uso correto de medicação prescrita.

- 1) Equipamentos: Balança antropométrica, tensiômetro, estetoscópio.
- 2) Recursos humanos: enfermeira, médico, técnicos de enfermagem, ACS.
- 3) Impressos: ficha de cadastramento e acompanhamento do hiperdemia educativos, painéis com fotos ilustrativas
- 4) Caneta, lápis, piloto, papel metro, papel carbono, data show.

6.11 Avaliação e Monitoramento

A avaliação e monitoramento das ações são realizadas através de um questionário clínico (ficha de cadastramento do HIPERDIA) onde constam os seguintes dados:

- 1) Medidas antropométricas: peso, altura, cintura;
- 2) Medida da pressão arterial sistólica e diastólica;
- 3) Informações sobre antecedentes pessoais e familiares referentes à obesidade, hipertensão, cardiopatias, doença renal, diabetes e outras morbidades.

A eficácia das ações será realizada através do acompanhamento de indicadores disponíveis no SIAB/DATASUS avaliando semestralmente a redução das complicações na população alvo, bem como a diminuição da incidência comparada ao ano anterior, no qual a intervenção ainda não terá sido realizada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das morbidades associadas. O tratamento da HAS é complexo e problemático no mundo todo, pois envolve a farmacoterapia, controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis (redução do sódio na dieta e menor consumo de bebidas alcoólicas), abandono do tabagismo e prática de atividade física regular.

A Educação em Saúde constitui importante instrumento de acesso ao conhecimento sobre o processo saúde-doença-adoecimento, aumentando a capacidade de controle sobre os determinantes desse processo. Neste sentido o desenvolvimento de ações educativas pelas equipes de saúde pode contribuir como medida terapêutica ou preventiva no tratamento dessa doença crônica, diminuir os casos de agravo da doença e auxiliar na mudança de comportamento necessária para a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos.

Portanto, o plano de intervenção proposto poderá direcionar a equipe de profissionais no atendimento aos hipertensos visando melhorar o conhecimento desses pacientes em relação à doença, adoção de estilos de vida saudáveis, redução do número de complicações e da incidência da HAS e proporcionar melhorias da qualidade de vida. Por fim, a implantação do projeto de intervenção, indiretamente, visa empoderar e corresponsabilizar o cuidado em saúde da população da ESF 1 em relação à HAS.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 368-374, 2007.
- ÁVILA A. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.17, n.1, p. 7-10, 2010.
- BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 484-90, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo /** Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p. il. (Cadernos de atenção Básica, 7).
- BRITO, D. M. S. *et al.* Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008.
- CADE, N. V. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 9, n. 3, p. 43-50, 2001.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p. 118, 2010.
- CESARINO, C. B. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto-SP. **Arq Bras Cardiol**. v. 91, n. 1, p. 31-5, 2008.
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. I. **Iniciação a Metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, p. 142, 2013.
- FARIA, D. P.; LAUTNER, M.; LAUTNER, R. Q. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes hipertensos sobre hipertensão arterial: Bambuí, MG. **Enfermagem Revista** v. 1, n.1, p. 179-89, 2012.
- FAUCI, A. S.; HARRISON, T. R. **Harrison Medicina Interna**. 17 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill. pg. 1549-1562, 2008.
- IBIAPINA, D.F.N.; SANTOS, A. N.; OLIVEIRA, L.N.R. Conhecimento dos pacientes com hipertensão arterial sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos. **Rev. Interd.** v.6, n.4, p.75-85, 2013.
- JARDIM, P. C. B. V. *et al.* Hipertensão Arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 88, n. 4, p. 452-57, 2007.
- LIM, S. S. *et al.* A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. **Lancet**. v. 380, n. 9859, p. 2224-60, 2012.
- LOPES, M. C. L. *et al.* O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 10, n. 1, p. 198-211, 2008.
- LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 43, n.2, p. 343-350, 2009.
- MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1365-74, 2012.
- MAGRINI, D W.; MARTINI, J G. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enferm. glob.** v.11, n.26, p. 344-53, 2012.

- MONTEIRO, L. Z. *et al.* Nível de Conhecimento do Profissional de Educação Física frente a alunos com hipertensão arterial nas academias de ginástica. **Rev. Bras. Cineatropom Desempenho Hum.** v. 12, n. 4, p. 262-268, 2010.
- NOBLAT, A. C. *et al.* Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. **Arq Bras Cardiol.** v. 83, n. 4, p. 308-13, 2004.
- NOBRE, F.; RIBEIRO, A. B.; MION JUNIOR, D. Controle da pressão arterial em pacientes sob tratamento anti-hipertensivo no Brasil: Controlar Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** v. 94, n. 5, P. 663-70, 2010.
- NOLÊTO, S. M. G.; SILVA, S. M. R.; BARBOSA, C. O. Conhecimento dos hipertensos sobre a doença. **RBCEH.** v. 8, n. 3, p. 324-332, 2011.
- OLIVEIRA, E. P. *et al.* A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 98, n. 4, p. 338-43, 2012.
- PEREIRA, M. *et al.* Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertens.** v. 27, n. 5, p. 963-75, 2009.
- PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. **Rev. Esc. Enferm.** v. 46, n. 3, p. 580-89, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTIVA. **Diagnóstico de Saúde.** Secretaria Municipal de Saúde, 2014.
- PUCCI, N. *et al.* Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Rev Bras Cardiol.** v. 25, n. 4, p. 322-9, 2012.
- ROSÁRIO, T. M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres-MT. **Arq Bras Cardiol.** v. 93, n. 6, p. 672-8, 2009.
- SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad Saude Pública.** v. 26, n. 12, p. 2389-98, 2010.
- SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto - enferm.** v. 17, n. 1, p. 90-7, 2008.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia,** v. 95, n.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensao associados.pdf> Acesso em: 08 jan. 2016.
- TOLEDO, M. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Revista Texto e Contexto Enfermagem.** v. 16, n.2, p.233-228, 2007.
- WETZEL JUNIOR, W.; SILVEIRA, M. P. T. Hipertensão Arterial: um problema de todos. **Nursing - Revista Técnico-Científica de Enfermagem,** v. 81, n. 8, p. 70-75, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global burden of disease: 2004.** Geneva: World Health Organization, 2008.
- ZANCHETTI, A. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. **Journal of Hypertension.** v. 6, n. 2, p. 1-28, 2001.
- ZATTAR, L. C. *et al.* Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública,** v. 29, n. 3, p. 507-21, 2013.