

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA ELIZA SOARES OLIVEIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO REDUZIR O NÚMERO DE
HIPERTENSOS E ALERTAR PARA O RISCO DE POLIFARMÁCIA NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
JOSÉ GONÇALVES NO MUNICÍPIO DE ARAÇUAÍ- MINAS GERAIS**

**ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS
2019**

ANA ELIZA SOARES OLIVEIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO REDUZIR O NÚMERO DE
HIPERTENSOS E ALERTAR PARA O RISCO DE POLIFARMÁCIA NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**
JOSÉ GONÇALVES NO MUNICÍPIO DE ARAÇUAÍ- MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS

2019

ANA ELIZA SOARES OLIVEIRA

PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO REDUZIR O NÚMERO DE HIPERTENSOS E ALERTAR PARA O RISCO DE POLIFARMÁCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ GONÇALVES NO MUNICÍPIO DE ARAÇUAÍ- MINAS GERAIS

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 07/04/2019

RESUMO

Pessoas com doenças crônicas como a hipertensão arterial necessitam de tratamento farmacológico e uso contínuo de medicamentos, na maioria das vezes, polifarmácia. A alta prevalência de hipertensos no Programa Saúde da Família José Gonçalves, no município de Araçuaí, é muito superior ao esperado, assim como a importância de alertar para o risco de polifarmácia nestes pacientes, com vistas à prevenção de fatores de riscos e futuras complicações que podem levar à morte. Este estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção com vistas a reduzir o número de pessoas hipertensas e de alertar para o risco do uso de polifarmácia pelos hipertensos da área de abrangência do Programa Saúde da Família José Gonçalves no município de Araçuaí – Minas Gerais. A metodologia utilizada foi o diagnóstico situacional com eleição do problema prioritário e o passo seguinte foi o desenvolvimento da proposta de Intervenção utilizando o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Para fundamentar a proposta de intervenção foi realizada pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde, Cadernos do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Concluiu-se que ações educativas em saúde, centrada na pessoa hipertensa e envolvendo cuidadores, em nível individual e coletivo, são estratégias eficazes para diminuir o risco de polifarmácia.

Descritores: Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Educação.

ABSTRACT

People with chronic diseases such as hypertension need pharmacological treatment and continuous use of medications, most often polypharmacy. The high prevalence of hypertensive patients in the José Gonçalves Family Health Program in the city of Araçuaí is much higher than expected, as is the importance of alerting to the risk of polypharmacy in these patients, with a view to preventing risk factors and future complications. Can lead to death. The purpose of this study was to elaborate a proposal for intervention to reduce the number of hypertensive individuals and to alert the risk of the use of polypharmacy by hypertensives in the scope of the José Gonçalves Family Health Program in the city of Araçuaí - Minas Gerais. The methodology used was the situational diagnosis with choice of the priority problem and the next step was the development of the Intervention proposal using the Strategic Situational Planning Method. To substantiate the intervention proposal, a research was carried out in the Virtual Health Library, books of the Ministry of Health and the Brazilian Society of Cardiology. It was concluded that educational actions in health, centered on the hypertensive person and involving caregivers, at individual and collective level, are effective strategies to reduce the risk of polypharmacy.

Keywords: Hypertension. Family Health Strategy. Education

SUMÁRIO

[MR1] Comentário: RENUMEREI O
SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
1.1 Aspectos gerais do município de Araçuaí	Erro! Indicador não definido.
1.2 O sistema municipal de saúde	<u>7</u>
1.3 A unidade Básica de Saúde	<u>8</u>
1.4 A Equipe de Saúde da Família José Gonçalves	9
1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	<u>10</u>
1.6 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	<u>11</u>
2 JUSTIFICATIVA	<u>12</u>
3 OBJETIVO	<u>13</u>
4 METODOLOGIA	<u>14</u>
5 REVISÃO DA LITERATURA	15
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	<u>15</u>
5.2 Polifarmácia: o risco eminente da hipermedicalização na hipertensão arterial ...	17
5.3 Educação em saúde.....	<u>19</u>
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	21
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	21
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	21
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	21
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O Município de Araçuaí localizado no Nordeste de Minas Gerais, no Médio Jequitinhonha, dista 678 Km de Belo Horizonte. Suas terras, durante o século XVIII, estiveram ligadas à antiga Comarca do Serro Frio e depois ao município de Minas Novas. Sua emancipação política ocorreu no dia 21 de setembro de 1871, por força da Lei nº 1870, com uma área de 2.326 km², tendo também cerca de 70 Comunidades Rurais (IBGE, 2017).

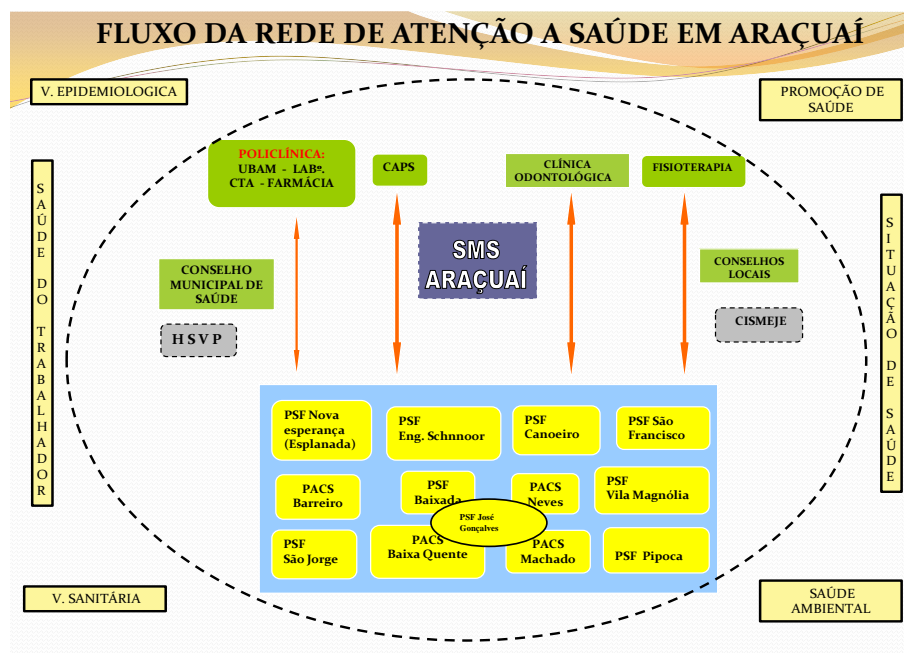
No censo de 2010, segundo dados do IBGE (2010), Araçuaí tinha 36.013 habitantes e estimativa para 2017 de 36.705 pessoas. E, em relação à Educação, Araçuaí, em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.7 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB.) Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 587 de 853. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97.5 em 2010. Isso posicionava o município na posição 475 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 2904 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017).

1.2 Sistema Municipal de saúde

Araçuaí conta com 13 Unidades Básicas de Saúde da Família (USF), sendo que cinco estão na zona rural e oito na zona urbana, e uma dela localizada no distrito José Gonçalves na zona rural no qual atua. Ressalta-se que, 90% da população deste município são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Figura 1 encontra-se apresentado o fluxo da rede de atenção à saúde.

Figura 1: Fluxo da Rede de Atenção à Saúde no Município de Araçuaí.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Araçuaí- Plano Municipal de Saúde

1.3 A Unidade Básica de Saúde

O PSF José Gonçalves não tem estrutura própria, fica em um local adaptado a 32 km do município de Araçuaí, na zona rural. Atende um total de 2.132 habitantes, divididas em sete microáreas sendo 10 pontos de apoios: microárea 1 (São Marcos, Taquaral, Santa Clara e José Gonçalves- Pau d' óleo, Piauí), microárea 2 (Siqueira, Santa Luzia, Fazenda Velha e Barreiro), microárea 3 (Igrejinha, Pinheiros e Água Branca), micro área 4 (Barriguda, Barra da Barriguda, Bananal, Maravilha e Ponte do Piauí), microárea 5 (Córrego Roberto, Córrego São Joaquim, Córrego Água Branca de Baixo, Córrego Anta Podre, Córrego do Teste, Cabeceira do Córrego, Córrego Atoleiro, Córrego Beirão e Água Branca), microárea 6 (Roberto, Córrego Uruçu, Córrego Estiva, Córrego Santa Rita, Córrego do Poço, Córrego Boi e Córrego Água Branca de Cima) e microárea 7 (Corguinho, Córrego do Tombo, Quatis, José Gonçalves, Barreiro e Salinas). É de fácil acesso para a maioria da população.

A estrutura da unidade é adaptada pois estamos em uma sede temporária porque a sede está em construção e obedece às normas da ANVISA. Tem uma recepção, uma sala de espera, uma sala de curativo, uma sala da médica, uma sala de enfermagem, um banheiro, uma cozinha, um Depósito de Material de Limpeza (DML) e almoxarifado e sala de estudo. Em relação aos recursos materiais a UBS tem uma maca, 15 cadeiras, duas mesas ginecológica, balança para adultos, balança infantil, geladeira, otoscópio, esfigmomanômetro, estetoscópio.

Enfrentamos alguns problemas com a infraestrutura nos pontos de apoios do PSF, de gestão e de perda de dados estatísticos importantes. O município de Araçuaí está passando, neste momento, por um processo de mudança, onde a saúde é vista com importância vital para reger os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Está ocorrendo uma melhoria evidente, mas muito tem que ser feito ainda, para que isso se torne perene e não mude de tempos em tempos, de acordo com a “dança” dos prefeitos.

Quanto ao nível de alfabetização 54% não têm nenhum grau de escolaridade nesta comunidade e 32% das pessoas são lavradores por ser zona rural. Outros são pedreiros, empregados no bananal.

A área de abrangência tem três escolas, seis igrejas, pequenos mercados de alimentos. A maior parte da população conta com energia elétrica, alguns moradores recebem água da Copasa e outros através de carros pipa.

No distrito de José Gonçalves contamos com a Escola Municipal José Gonçalves Soares que atende 300 alunos do ensino infantil e fundamental, e a Escola Municipal Felícia Esteves Bordes que atende 100 alunos do ensino fundamental e que ganhou uma quadra poliesportiva com padrões atuais de qualidade.

1.4 A Equipe de Saúde da Família José Gonçalves

O horário de funcionamento é de 7:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00 horas e nossa equipe de saúde é composta por sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um médico, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem.

As consultas, geralmente, são 20 por dia para o médico, divididas entre livre demanda e pré-agendamentos, todos passando por uma triagem prévia. Com um total de 647 famílias, a microárea 1 tem 114 famílias, a microárea 2 tem 84 famílias, a microárea 3 tem 102 famílias, a microárea 4 tem 99 famílias, a microárea 5 tem 229 famílias, microárea 6 tem 68 famílias e microárea 7 tem 105 famílias.

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

As principais causas de Internação na comunidade são aquelas ligas às doenças crônicas não transmissíveis como as complicações do diabetes, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e neoplasias.

No que diz respeito às principais causas de óbitos estão ligadas ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), pneumonias e acidentes de trânsito.

O diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da unidade básica de saúde José Gonçalves realizado com apoio de todos os membros da equipe e apoiado por instrumentos utilizados para a identificação dos problemas mais prevalentes como as reuniões efetuadas mensalmente, realização de entrevistas a líderes informais da comunidade, a observação ativa de equipe no trabalho diário e o uso de informações do Sistema de Atenção Básica de Saúde (SIAB).

Após estudos e atendimentos da população atendida em consulta, descobrimos a existência de elevada prevalência de pacientes com doença crônica que não tem seguimento médico pela atenção primária.

A identificação dos problemas apontou para:

- Aumento do número de hipertensos e o risco com a poli farmácia nestes pacientes
- Aumento das DCT como cardiopatia chagásica
- Contaminação ambiental
- Falta de transporte
- Aumento de pacientes com dislipidemia
- Falta de esgoto

1.6 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Este segundo passo consistiu na priorização dos problemas sendo os critérios utilizados: Importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe.

A importância foi classificada em alto, médio e baixo. Utilizou-se o critério de pontuação segundo a urgência, sendo possível nota de um a 10. Quanto à capacidade de enfrentamento da equipe classificou-se a demanda, em fora ou parcialmente para as possibilidades da equipe dar solução ao problema.

Quadro 1- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família “José Gonçalves” 2018.

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção****
Aumento do número de hipertensos e risco de polifarmácia nestes pacientes	Alta	7	Dentro	1
Alto índice de Cardiopatia chagásica	Alta	6	Dentro	2
Contaminação ambiental	Alta	5	Fora	3
Falta de transporte	Alta	5	Parcial	3
Alta incidência de dislipidemia	Alta	4	Parcial	4
Falta de esgoto	Alta	4	Fora	4

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A alta prevalência de hipertensos no PSF José Gonçalves no município de Araçuaí é muito superior ao esperado, assim como a importância de alertar para o risco de polifarmácia nestes pacientes, com vistas à prevenção dos fatores de riscos e futuras complicações que podem levar à morte o que motivou a escolha deste problema como tema para o projeto de intervenção.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica originada de diversos fatores e assinalada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Normalmente se une às alterações funcionais e/ou estruturais ligadas ao coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, além de alterações metabólicas, elevando o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que ao nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção com vistas a reduzir o número de pessoas hipertensas e de alertar o risco do uso de polifarmácia na área de abrangência do PSF José Gonçalves no município de Araçuaí - MG.

4 METODOLOGIA

Inicialmente, para elaboração da proposta de intervenção foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF José Gonçalves com eleição do problema prioritário: Aumento do número de hipertensos e risco de polifarmácia nestes pacientes.

Posteriormente, para o desenvolvimento da proposta de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme o texto da seção 2 do módulo de Planejamento, avaliação e programação de ações em saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018)

Para fundamentar a proposta de intervenção foi realizada pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores: hipertensão, Estratégia Saúde da Família e educação.

Também foram pesquisados Cadernos do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível relacionada ao envelhecimento da população, que gera uma sobrecarga no sistema de saúde ao se deparar “com novos problemas marcados pela complexidade e cronicidade, com a necessidade de modos diferenciados de gerenciar o cuidado” (MARIN; SANTOS; MORO, 2016, p. 62).

Considerada uma condição clínica multifatorial, a Hipertensão Arterial caracteriza-se por uma elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Há uma associação frequente com distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). A H.A pode levar ao óbito de forma súbita, ser causa de acidente vascular encefálico (AVE) infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Os dados epidemiológicos retratam o grande impacto médico e social da doença. “No Brasil atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular” (DCV), a qual configura-se como principal causa de morte no país. A HA gera grande impacto na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. São responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados (MALACHIAS *et al.*, 2016, p.1).

Santos *et al.* (2002) afirmam que as doenças cardiovasculares, dentre as doenças crônicas, constituem a principal causa de mortes bem como originam incapacidades, perda de autonomia, demandam alto custo econômico e social. Destacam, ainda, que a hipertensão é a doença cardiovascular mais prevalente.

Assim, cabe à equipe de saúde que trabalha na Atenção Básica se engajar em ações que possibilitem aos usuários de sua área adscrita ser atendido adequadamente e em tempo hábil.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2013, p. 29).

Especial atenção deve ser dada às pessoas idosas uma vez que a hipertensão sistólica é comum e o profissional deve reduzir de forma gradual a pressão para valores abaixo de 140/90mmHg. Em caso de valores muito elevados da pressão sistólica os valores podem ser mantidos em níveis de até 160mmHg. Contudo, não se tem indicações do valor mínimo tolerado definido para pressão diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).

O Ministério da Saúde faz o seguinte alerta:

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem, também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013, p. 21)

Radigonda *et al.* (2016) mostraram, a partir de pesquisa realizada em Cambé, Paraná, ser a consulta médica uma atividade eficaz no acompanhamento de pacientes com hipertensão e diabetes tendo em vista que ela permite reavaliar o tratamento, verificar pressão, se o paciente está seguindo corretamente as orientações fornecidas na última consulta e, caso necessário, realizar encaminhamentos para outros profissionais de saúde. Contudo, encontraram, com base na verificação da cobertura da consulta médica e de enfermagem, ligada à deficiência de registros na Ficha B, que o modelo de organização assistencial ainda

é médico centrada e responde, basicamente, à demanda espontânea. Esse contexto mostra a premente necessidade de revisão do processo de trabalho e da educação permanente como basilar para mudanças necessárias nesse cenário.

Também resultados de pesquisa transversal de base populacional com idosos apontaram haver prevalência de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* nos idosos brasileiros, simultaneamente, superior a 15%, em 2012, o que se constitui em importante problema de Saúde Pública. Alertam que, associada à terapia medicamentosa, instituir atividades físicas e cardioprotetoras objetivando diminuir o risco de eventos cardiovasculares graves ou fatais para essa faixa etária (FRANCISCO *et al.*, 2018).

A equipe de saúde da família torna-se importante ator de conscientização, acompanhamento e controle da HA, com ações de orientação, acompanhamento, monitoramento, diagnóstico e tratamento.

5.2 Polifarmácia: o risco eminente da hipermedicalização na hipertensão arterial

Os medicamentos estão presentes na vida das pessoas para amenizar riscos à saúde, curar doenças, sempre relacionados ao mecanismo saúde-doença. Com o estilo de vida atual, marcado pela correria do cotidiano, excesso de informações, alta carga de compromissos, estresse, pouco tempo dedicado ao sono de qualidade ou aos hábitos alimentares saudáveis, muitos recorrem aos remédios como uma solução rápida e eficaz para resolver problemas de “saúde”. Cada grupo social se relaciona com os medicamentos e representa seu papel de formas diversas (PALODETO; FISHER, 2018).

Fatores como mudanças demográficas e aumento da expectativa de vida, novas demandas sociais, econômicas e sanitárias tem gerado um aumento da frequência das doenças crônico-degenerativas, cujo controle e prevenção de sequelas muitas vezes demandam o uso constante de medicamentos.

A polifarmácia é um termo que se refere ao uso concomitante de vários medicamentos, determinada quando há uso de mais de cinco medicamentos por paciente. Há autores que consideram duas classificações: polifarmácia menor (dois a quatro medicamentos) e polifarmácia maior (cinco ou mais medicamentos) (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

Lucchetti *et al.* (2010) apresentaram como principais doenças encontradas em idosos em uso de polifarmácia a HAS, para a grande maioria, seguida de síndromes demenciais, sequelas de trauma crânio-encefálico ou acidente vascular cerebral em doenças cardiovasculares. Os medicamentos mais utilizados foram os cardiovasculares, seguidos dos psicotrópicos.

Especificamente em se tratando de pacientes com HAS, há uma condição frequente de utilização de polifarmácia e alta prevalência de uso inadequado, seja devido à prescrição, à dispensação ou à utilização dos mesmos. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), “mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada e que 50% dos pacientes tomam medicamentos de maneira incorreta levando a alto índice de morbidade e mortalidade” (MARIN; SANTOS; MORO, 2016, p.62).

A decisão terapêutica acerca da melhor abordagem da PA elevada visa a diminuição da morbimortalidade. Inclui medidas não medicamentosas (eficazes, mas limitadas devido à perda de adesão a médio e a longo prazo) e o uso de fármacos anti-hipertensivos, A considerando-se não apenas o nível da PA, mas também a presença de FR, LOA e/ou DCV estabelecida. Atualmente, a farta disponibilidade de fármacos anti-hipertensivos favorece o tratamento seguro e bem tolerado (MALAQUIAS *et al.*, 2016).

Em relação à adesão ao uso dos medicamentos, sobretudo nos usuários de polifarmácia, os profissionais da saúde apresentam um corpo complexo de conhecimentos e atitudes em relação aos cuidados, o conhecimento da perspectiva do usuário que representam uma importante contribuição na abordagem do problema. É importante aprofundar o papel do paciente como ser social dotado de conhecimentos, interesses, valores e expectativas que produzem diferentes sentidos

e significados em relação ao manejo do seu processo de adoecimento e também em sua responsabilização pela adesão ao tratamento conforme prescrito (MARIN; SANTOS; MORO, 2016).

A medicalização responsável encontra-se condicionada à orientação profissional direcionada ao medicamento correto, na dose correlata, para o paciente certo, monitorando se a droga está chegando ao paciente e ao local de ação e produzindo o efeito terapêutico almejado (PALODETO; FISHER, 2018).

O estudo conduzido por Palodeto e Fisher (2018) demonstrou exemplos de condutas que favorecem a polifarmácia, identificando vulnerabilidades, predominantemente atreladas ao acesso à informação e à educação. Mais da metade dos participantes informou consumir medicamento de uso contínuo demonstrando a expectativa de que o uso de medicamentos está relacionado com saúde. Muitos entrevistados afirmaram que utilizam remédios sem prescrição, o que destaca a automedicação como um problema de saúde pública em escala global. Segundos os autores, pode alcançar 90% da população, inclusive em países desenvolvidos, sendo relativa a pelo menos 35% das aquisições de medicamentos no Brasil.

5.3 Educação em saúde

Educação em Saúde refere-se ao processo de, objetivamente, preparar os membros de uma comunidade para atuarem como corresponsáveis na promoção da saúde. Trata-se de um processo que extrapola os limites das informações relativas a uma determinada prescrição e implica na correlação de saberes científicos, vivenciais e do senso comum. Não se trata da divulgação de conhecimento, e sim no envolvimento de processos que contribuam para a mudança de atitude e mesmo de conduta das pessoas. A promoção contínua de integração de saberes, democratização do conhecimento e responsabilização de todos os envolvidos formam a base dessa concepção (LIMA *et al.*, 2000 *apud* VINHOLES; ALANO; GALATO, 2009).

As ações de educação em saúde têm maior impacto sobre a saúde da população quando os educadores, além do conhecimento

científico, possuem habilidades para usar as experiências da população no ato de ensinar, respeitando o indivíduo e tornando-o ativo nesse processo (VINHOLES; ALANO; GALATO, 2009, p.302).

Associado às informações sobre o uso correto de medicamentos devem ser sempre enfatizados as ações com foco nos fatores de risco como sedentarismo, excesso de peso ou obesidade, ingestão de álcool e consumo excessivo de sal (MALAQUIAS *et al.*, 2016).

As ações e intervenções educativas possibilitam o aprendizado sobre como utilizar os medicamentos, saindo da relação utilitarista para um posicionamento mais maduro. Outra estratégia é a retomada do foco no paciente e na sua dimensão biopsicossocial, em detrimento da doença e do saber médico. O diálogo com a saúde global, a promoção de saúde como modelo que busca a resolução de questões de saúde sem a exclusividade da remediação de vulnerabilidades, e sim considerando as dimensões físicas, emocionais ou espirituais, e também individuais ou comunitárias ou ambientais, além de locais ou globais no enfrentamento aos problemas de saúde (PALODETO; FISHER, 2018).

A compreensão acerca da dificuldade de adesão dos portadores de hipertensão aos medicamentos e à polifarmácia, evidencia a importância da educação em saúde voltada para a forma de pensar e agir de cada indivíduo, considerando seu contexto cultural e social, a necessidade de desconstruir juntamente com os indivíduos hábitos que foram construídos ao longo da vida. Torna-se fundamental extrapolar a prática profissional baseada no repasse de informações, sem a valorização dos conhecimentos dos participantes, suas crenças, valores e dificuldades, investindo em estratégias inovadoras de cuidado a tais pessoas (MARIN; SANTOS; MORO, 2016).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema (terceiro passo)

Em nossa área de abrangência há aumento das DCNT, principalmente do número de Hipertensos. Soma-se a este fato o uso de polifarmácia nos pacientes com Hipertensão Arterial. A área é rural, pobre, com alta incidência de fumantes, sendo considerados fatores de risco para a HAS. Há vários pacientes com cardiopatia chagásica e graves consequências para à saúde.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

O que se percebe nos pacientes hipertensos é o uso concomitante de medicações prescritas em consultas anteriores com prescrições que foram modificadas em consultas posteriores, isto é, fazem uso de todas concomitantemente. Talvez por não entendimento da troca, para não jogar fora as anteriores, por dizerem que entenderam no ato da consulta e/ou a busca de vários médicos ao mesmo tempo. Dessa forma, ocorre polifarmácia o que pode gerar complicações sérias na vida dos pacientes.

6.3 Identificação dos nós críticos (quinto passo)

Após discussão com toda a equipe de saúde chegamos à conclusão de que os “nós críticos” para o problema em pauta são:

- Hábitos e estilos de vida inadequados
- Baixo nível de conhecimento de nossa população sobre a HAS e o risco da polifarmácia nestes pacientes
- Não entendimento das orientações sobre uso correto das medicações, por ser analfabeto e pouca cultura

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Aumento do número de hipertensos e risco de polifarmácia nestes pacientes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Gonçalves, do município Araçuaí, Minas Gerais, 2018.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação (operações)	Orientar os pacientes para hábitos de vida mais saudáveis; Orientar quanto à necessidade de alimentação com menos sal e gordura e carboidratos; Orientar sobre a importância de caminhadas.
Projeto	<i>Vida saudável</i>
Resultados esperados	Pacientes com melhor alimentação e participando de caminhadas orientadas.
Produtos esperados	Grupos educativos funcionando; Grupos de caminhada ativos.
Recursos necessários	Cognitivo: discussões sobre alimentação, exercícios físicos e outros temas de interesse. Estrutural: espaço para os grupos funcionarem ativamente. Financeiros: aquisição de materiais educativos
Recursos críticos	Cognitivo: manutenção do grupo participando das reuniões Financeiro: verba para material de apoio.
Controle dos recursos críticos	Gerente da UBS
Ações estratégicas	Apresentar o projeto dos grupos educativos e de caminhada para toda a equipe de saúde e gerencia.
Prazo	Indeterminado
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões mensais com toda equipe para verificação do funcionamento e participação ativa dos hipertensos.

Fonte: autora.

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Aumento do número de hipertensos e risco de polifarmácia nestes pacientes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Gonçalves, do município Araçuaí, Minas Gerais, 2018.

Nó crítico 2	Baixo nível de conhecimento de nossa população sobre a HAS e o risco da polifarmácia nestes pacientes.
Operação (operações)	Grupos educativos sobre HAS, seus riscos, complicações e problemas ligados ao uso da polifarmácia.
Projeto	<i>Coração Saudável</i>
Resultados esperados	População com melhor qualidade de vida Pacientes hipertensos controlados e orientados sobre risco polifarmácia
Produtos esperados	Campanha educativa na rádio local Projeto Amigos do Coração Implantado.
Recursos necessários	Cognitivo: discussões contínuas sobre HAS, risco, complicações e uso indevido de medicações. Estrutural: espaço para realização dos grupos educativos. Financeiros: aquisição de materiais educativos para motivação dos grupos.
Recursos críticos	Financeiros: aquisição de materiais educativos para motivação dos grupos.
Controle dos recursos críticos	Gerencia, médico e enfermeira.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto dos grupos para todos da equipe de saúde e integrá-los nas discussões.
Prazo	Início em um mês.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Verificar, após quatro reuniões como andam os conhecimentos dos participantes do grupo e como estão as tomadas de medicamentos.

Fonte: autora.

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Aumento do número de hipertensos e risco de polifarmácia nestes pacientes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Gonçalves, do município Araçuaí, Minas Gerais, 2018

Nó crítico 3	Não entendimento das orientações sobre uso correto das medicações, por ser analfabeto e pouca cultura
Operação (operações)	Oficina sobre formas criativas de monitoramento do uso de medicamentos
Projeto	Caixa da saúde
Resultados esperados	Hipertensos usuários de polifarmácia mais conscientes e com maior autonomia na administração e controle do uso correto de medicamentos
Produtos esperados	Criação de caixas semanais para organização dos medicamentos com divisão de horários e quantidade a ser utilizada de cada medicamento.
Recursos necessários	Caixas plásticas duráveis, etiquetas coloridas com símbolos manhã, tarde e noite. Etiquetas personalizáveis, fotos das caixas de medicamentos que constituem a polifarmácia dos usuários com HA
Recursos críticos	Cognitivo: criação das etiquetas a serem utilizadas com a escolha certa dos símbolos de mais fácil entendimento Estrutural: espaço para realização da oficina, convite para os participantes, impressão das etiquetas e aquisição das caixas plásticas. Financeiros: aquisição de materiais
Controle dos recursos críticos	Gerencia, médico e enfermeira.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto dos grupos para todos da equipe de saúde e integrá-los nas discussões.
Prazo	Início em um mês (4º encontro) após o início do grupo “CORAÇÃO SAUDÁVEL”
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Início em um mês após o início do grupo “CORAÇÃO SAUDÁVEL”
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Médica Enfermeira

O projeto elaborado é muito importante para diminuir a prevalência e complicações da HAS e alertar para o risco de polifarmácia. O monitoramento e avaliação do plano de ação ocorrerá por meio de acompanhamento das ações propostas e direcionando para o controle da doença, com ênfase na mudança de hábitos de vida não saudável e aumentar o conhecimento da população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a elucidação de um grave problema de saúde pública e que necessita de um olhar minucioso por parte das equipes de saúde: o uso inadequado de medicamentos e polifarmácia por pacientes hipertensos.

Ações de educação em saúde centradas na pessoa hipertensa com ações que objetivem instruí-las acerca da automedicação de forma correta e racional, conscientizando-os sobre os riscos da automedicação, troca de medicamentos ou sobreposição de prescrições médicas, são estratégias eficientes e eficazes.

Espera-se que a implementação deste plano de intervenção contribua para o aumento da qualidade do cuidado prestado ao hipertenso, centrado na pessoa, mas ampliado aos cuidadores e com ações nos âmbitos individual e coletivo.

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. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

[MR2] Comentário: NÃO LOCALIZEI NO TEXTO. FAVOR REVER

FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

FRANCISCO, P.M. S.B. *et al.* Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3829-3840, nov. 2018.

LUCCHETTI, G. *et al.* Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 13, n. 1, p. 51-58, 2010.

MALACHIAS, M.V.B *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, sept., 2016.

MARIN, N. S.; SANTOS, M. F. dos; MORO, A.S. Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 50, n. (spe), p. 061-067, jun. 2016.

PALODETO, M. F.T.; FISCHER, M. L. A representação da medicação sob a perspectiva da Bioética. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 252-267, 2018.

RADIGONDA, B.*et al.* Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, Brasil, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 115-126, mar. 2016.

SANTOS, S.R. *et al.* Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.10, n. 6, p. 757-64, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011

VINHOLES, E. R.; ALANO, G. M.; GALATO, D. A percepção da comunidade sobre a atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 2, p. 293-303, 2009.