

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

**FLÁVIA MARIA CALDEIRA E SILVA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PELOS  
HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA SAÚDE DA  
FAMÍLIA MONTES CLAROS/MG**

**MONTES CLAROS-MG  
2016**

**FLÁVIA MARIA CALDEIRA E SILVA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PELOS  
HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA SAÚDE DA  
FAMÍLIA MONTES CLAROS/MG**

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

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

**MONTES CLAROS-MG**

**2016**

**FLÁVIA MARIA CALDEIRA E SILVA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PELOS  
HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA SAÚDE DA  
FAMÍLIA MONTES CLAROS/MG**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Ms. Fernanda Carolina Camargo – UFTM

Examinador 2: Prof Zilda Cristina dos Santos – UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em 13 de junho de 2016.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família e aos meus amigos, que com seu apoio e carinho incondicional não medem esforços para que eu alcance o melhor de mim mesma.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus criador de todas as possibilidades e que na sua infinita bondade capacita seus filhos a realização de toda sorte de maravilhas. A minha família tão querida cujos laços ressoam o melhor que há em mim. A meus amigos que fizeram e fazem da vida uma experiência surpreendente. A meus colegas de trabalho pelo apoio, aos meus pacientes pelas lições de vida diárias e pela confiança em mim depositada. Aos meus professores da UFMG e em especial Fernanda Carolina Camargo, universidade federal do Triângulo mineiro, pelo carinho e cuidado desde o primeiro momento.

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo problematizar e contextualizar a hipertensão arterial na cidade de Montes Claros na ESF do bairro Nova Morada. Ressalta-se a melhoria da adesão ao tratamento desses pacientes como elemento modificador de morbidade e mortalidade populacional. Tal intento se dá a partir da construção de três principais eixos delineadores. O primeiro a identificação do problema de maior gravidade, impacto e resolutividade através do método de estimativa rápida, que se tornou base para diagnóstico situacional. O segundo uma revisão de literatura na SCIELO, BVS, Bireme em que a avaliação comparativa dos autores reforça a importância do tema e instrumentaliza as propostas do terceiro eixo em que o projeto de intervenção, seguindo o PES, é apresentado como algo dinâmico e passível de modificação, inclusive durante sua própria aplicação em virtude dos aspectos regionais e sociais previamente apresentados com mensuração de resultados a partir de entrevistas semi-estruturadas. Desta maneira, a presente proposta apresenta potencial de transformação da realidade local em saúde para práticas mais propositivas de trabalho da equipe.

**Descritores:** Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Fatores de Risco. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

This paper aims to discuss and contextualize hypertension in the city of Montes Claros PSF in Nova Morada. It emphasizes the improvement of adherence to treatment of these patients as a modifying element of population morbidity and mortality. Such intent is given from the construction of three major axes eyeliners. The first to identify the most serious problem, and solving impact through the rapid estimation method, which became situational basis for diagnosis. The second a literature review in SCIELO, VHL, BIREME in that benchmarking of the authors reinforces the importance of the subject and exploits the proposals of the third axis in the intervention project, following the PES, is presented as something dynamic and subject to modification, including during your own application because of regional and social aspects previously presented with measurement results from semi-structured interviews. Thus , this proposal has the potential to transform the local reality in health for more purposeful practice team work .

Key words: Health strategy. Hypertension. Risk factors. Primary Health Care. Health System.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

ESF- Equipes de Saúde da Família

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

SciELO - Scientific Electronic Library Online

PES- Planejamento Estratégico Situacional

OMS- Organização Mundial de Saúde

PIB- Produto Interno Bruto

IDEB- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

COS- Centro de Oftalmologia Social

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

CAPS- Centro de Apoio Psicossocial

CCZ- Centro de Controle de Zoonoses

CEREST- Centro de Referência em Saúde dos Trabalhadores

MEV- Mudança no Estilo de Vida

URM- Uso Racional de Medicamentos

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1:</b> Famílias.....	14
<b>Quadro 2:</b> Domicílios Particulares Permanentes no Município.....	14
<b>Quadro 3:</b> Rendimento Nominal Médio.....	15
<b>Quadro 4:</b> População por Faixa Etária.....	17
<b>Quadro 5:</b> Distribuição da População Urbana e Rural.....	18
<b>Quadro 6:</b> Distribuição da População Segundo o Sexo.....	19
<b>Quadro 7:</b> Alfabetização no Município.....	20
<b>Quadro 8:</b> Priorização de Problemas.....	25
<b>Quadro 9:</b> Quadro 9- Operações para os “nós” críticos do problema “Adesão dos hipertensos da ESF Nova Morada ao tratamento medicamentoso” .....	30
<b>Quadro 10:</b> Quadro 10- Plano operativo.....	33

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	12
1.1 Identificação do Município.....	13
1.2 Histórico de Criação do Município.....	13
1.3 Descrição do Município .....	14
1.4 Aspectos Geográficos .....	15
1.5 Aspectos Socioeconômicos .....	15
1.6 Aspectos Demográficos 1 .....	17
1.7 Aspectos Demográficos 2 .....	19
1.8 Sistema Local de Saúde - Dados Sobre .....	20
1.9 Território / Área de Abrangência.....	22
1.10 Recursos da Comunidade.....	22
1.11 Unidade Básica de Saúde.....	23
1.12 Recursos Humanos.....	23
1.13 Recursos Materiais .....	24
2 JUSTIFICATIVA.....	25
3 OBJETIVOS .....	27
3.1 Objetivo Geral .....	27
3.2 Objetivos Específicos.....	27
4 MÉTODO.....	28
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	29

6. PLANO DE AÇÕES.....	37
6.1 Definição do Problema.....	37
6.2 Priorização dos Problemas .....	37
6.3 Descrição do Problema Selecionado .....	38
6.4 Explicação do Problema .....	39
6.5 Seleção dos Nós Críticos .....	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	44
REFERÊNCIAS.....	45

## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) atinge aproximadamente um bilhão de pessoas no mundo, sendo considerada um importante problema de saúde pública. Acredita-se que para atuar na prevenção e controle da HAS necessita-se, além do conhecimento científico específico sobre a aferição, de atitudes que envolvam estratégias de Promoção da Saúde (BRASIL, 2001a).

Para o acompanhamento e controle da hipertensão arterial, é importante a sua detecção, iniciada pela aferição da pressão arterial (PA). O rastreamento da PA elevada deve ser realizado por profissionais da saúde como medida preventiva de saúde. Este simples procedimento pode revelar a presença de níveis pressóricos elevados em pacientes assintomáticos, permitindo um tratamento precoce, seja ele farmacológico ou não (BRASIL, 2001a).

Deste modo, conhecer a distribuição da hipertensão arterial em uma população e identificar os grupos mais vulneráveis possibilitam ações eficazes no seu controle, sendo de grande interesse à saúde pública.

O controle da hipertensão arterial é obtido por meio de um programa medicamentoso, prescrito de acordo com a gravidade do caso, e de medidas não medicamentosas. Acredita-se que para atuar no controle da hipertensão arterial necessita-se, além do conhecimento científico específico sobre a afecção, de atitudes que envolvam estratégias de promoção da saúde, visto a importância do tratamento não-medicamentoso nessa doença e a intrínseca colaboração do sujeito hipertenso para o seu sucesso (PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

Fatores de riscos comportamentais como tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e excesso de álcool estão correlacionados à origem e evolução da HAS. Estes podem ser controlados, de forma a contribuir com a diminuição dos níveis pressóricos e, é sobre eles que se apóia o tratamento não medicamentoso (BRASIL, 2006).

Para que o sujeito se envolva de forma mais colaborativa e construtiva no seu processo saúde-doença, faz-se necessário o empoderamento do mesmo com relação ao referido processo, o que permitirá melhor apropriação do controle, mesmo que parcial, sobre o seu estado de saúde. Segundo a Carta de Ottawa

(1986), isso é possível através da divulgação de informação e educação para a saúde, compromisso que deve ser atribuído aos serviços de saúde.

### **1.1 Identificação do Município**

O município de Montes Claros localiza-se em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes: Cidade pólo da região norte do estado, a 422 km da capital Belo Horizonte, considerado segundo maior entroncamento rodoviário nacional. Com população (número de habitantes): 361.915, com estimativa para 2012 de 370.216 pessoas (IBGE 2010),

### **1.2 Histórico de Criação do Município**

A origem de Montes Claros, como muitos outros municípios sertanejos, se deu devido às Entradas e Bandeiras. Presume-se que a primeira expedição a chegar a esse território foi a denominada "Espinosa-Navarro", em 1553. Contudo, a fundação dos primórdios do município deveu-se a outra expedição, a de Matias Cardoso, adjunto de Fernão Dias Paes Leme, conhecido como Governador das Esmeraldas (IBGE 2010).

Dessa Bandeira fazia parte Antônio Gonçalves Figueira, que acompanhou Fernão Dias até as margens do Rio Paraopeba, e depois abandonou-os, junto com Matias Cardoso, regressando para São Paulo. Tempos depois, como ocorreu a muitos seduzidos pelas oportunidades de conquistarem riquezas e terras, ambos retornaram à região do Vale do Rio São Francisco, colonizando territórios, escravizando índios, e construindo fazendas, cujas sedes tornar-se-iam cidades (IBGE 2010).

Dentre essas fazendas, foram fundadas Jaíba, Olhos d'Água e Montes Claros, que obteve esse nome pela sua localização, à margem do Rio Verde Grande, próxima a montes calcários, despidos de vegetação, e por isso, sempre claros. No ano de 1707, Antônio Gonçalves Figueira e outros bandeirantes conseguiram, por Alvará, a concessão de sesmarias de uma légua de largura por três de comprimento.

Nessas terras, procedeu-se ao cultivo e à criação de gado, ajudado pelo grande número de índios e escravos negros. Assim foram surgindo os primeiros núcleos de população, culminando na formação do povoado de Formigas (IBGE 2010).

Cento e vinte e quatro anos após obtenção da Sesmaria, por Antônio Gonçalves Figueira, o arraial já estava suficientemente desenvolvido para tornar-se independente, desmembrando-se de Serro Frio (atual Serro). Pelo esforço dos líderes políticos o Arraial foi elevado à categoria de Vila pela Lei de 13 de outubro de 1831, recebendo o nome de "Vila de Montes Claros de Formigas".

Em 1857, a então Vila Montes Claros de Formigas possuía pouco mais de 2 mil habitantes, mas os políticos já pleiteavam a elevação à cidade, pois os melhoramentos existentes eram os mesmos de quase todos os municípios da Província. Assim, pela Lei 802 de 03 julho de 1857, a Vila passou a cidade, chamada apenas Montes Claros, sem "Formigas", que desagradava a todos os formiguenses. A partir dali seriam "montes clarenses" (IBGE 2010).

Pela lei provincial nº 1398, de 27 de novembro de 1867 e lei estadual nº 2, de 14 de setembro de 1891, foi criado o distrito de Brejos das Almas (ex-povoado de São Gonçalo do Brejo das Almas), primeiro distrito do município. Com o passar do tempo, o território montes clarense sofreu diversas perdas territoriais e reformulações administrativas, até que na década de 80 passou a compor-se dos atuais distritos: Aparecida do Mundo Novo, Ermidinha, Miralta, Nova Esperança, Panorâmica, Santa Rosa de Lima, São João da Vereda, São Pedro de Garça e Vila Nova de Minas (IBGE 2010).

### **1.3 Descrição do Município**

### **1.4 Aspectos Geográficos**

Indicadores:

**Área total do município:** 3 568,94 km<sup>2</sup>

**Concentração habitacional:** 101,41 hab./km<sup>2</sup>

## Nº. aproximado de domicílios e famílias

Quadro 1 - Famílias no município

	Famílias
Zona Urbana	95.567
Zona Rural	4.746
Total	100.312

FONTE: IBGE 2010

Quadro 2 - Domicílios particulares permanentes no município

	Domicílios particulares permanentes
Zona Urbana	98.540
Zona Rural	5.473
Total	104.013

FONTE: IBGE 2010

### 1.5 Aspectos Socioeconômicos

**Índice de Desenvolvimento Humano (IDH):** De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH de Montes Claros é considerado médio. Seu valor absoluto é de 0,783 (PNUD/2000), parecido com o da média nacional. Comparando com outros municípios, é considerado o 101º dos 853 municípios do estado, 415º dos 1666 municípios da região sudeste do país e 969º dos 5507 de todo o Brasil (IBGE 2010).

Segundo dados do IBGE (2010), 344.479 habitantes compunham a zona urbana e 17.492 a zona rural. A taxa de urbanização corresponde a 95,2% (IBGE 2010).

### Renda Média Familiar:

Quadro 3 - Rendimento nominal médio

	Mensal/ familiar	Per capita
Área Urbana	931,59 reais	255 reais
Área Rural	2.331,39 reais	450 reais

FONTE: IBGE 2010

Em 2000, 92,77% dos domicílios eram atendidos pela rede geral de abastecimento de água; e 90,04% das moradias possuíam lixo coletado por serviço de limpeza.

Conforme IBGE 2010, 88,9% das residências possuíam rede geral de esgoto adequado, 6,8% semi-adequando e 4,3% inadequado ou inexistente.

O Produto Interno Bruto - PIB - de Montes Claros é o maior de sua microrregião, destacando-se na área de prestação de serviços. O IDH de renda absoluto é de 0,691, sendo que o do Brasil é de 0,723; e o PIB *per capita* é de R\$ 12436,53 (IBGE 2010).

Apesar de se encontrar numa região sertaneja, o setor primário da economia é o menos relevante em Montes Claros. Na lavoura temporária são produzidos principalmente a cana-de-açúcar, a mandioca e o milho. A indústria é o segundo setor mais relevante para a economia do município, mas de forma pouco expressiva em relação ao terceiro setor. A cidade conta com um distrito industrial, composto por diversas empresas, entre elas a Usina de Biodiesel da Petrobras, a Coteminas, a Lafarge, o Novo Nordisk e a Nestlé.

O setor terciário constitui a maior fonte geradora do PIB montes clarense, sobretudo devido ao comércio. Segundo estatísticas da prefeitura, no ano de 2009 a cidade contava com 617 estabelecimentos e 3185 trabalhadores na área da construção civil; 6777 estabelecimentos e 14997 trabalhadores no comércio; e 5091 estabelecimentos e 24473 trabalhadores no setor de serviços. A cidade conta com diversos núcleos ou centros comerciais, como o Mercado Municipal, inaugurado em 1899; o Ibituruna Shopping Center, criado em 18 de março de 2009; o Montes Claros

Shopping, fundado em 8 de novembro de 1997; e o Shopping Popular Mário Ribeiro, inaugurado em 2003.

## 1.6 Aspectos Demográficos 1

Quadro 4 - População por Faixa Etária

<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Menor que 1 ano	2.598	2.572	5.170
1 ano	2.541	2.427	4.968
2 anos	2.542	2.532	5.074
3 anos	2.753	2.570	5.323
4 anos	2.630	2.588	5.218
5 anos	2.627	2.637	5.264
6 anos	2.728	2.625	5.353
7 anos	2.799	2.704	5.503
8 anos	2.823	2.708	5.531
9 anos	2.980	3.006	5.986
10 anos	3.244	3.142	6.386
11 anos	3.140	3.098	6.238
12 anos	3.112	3.121	6.233
13 anos	3.134	3.174	6.308
14 anos	3.224	3.164	6.388
15 anos	3.362	3.295	6.657
16 anos	3.224	3.285	6.509
17 anos	3.299	3.454	6.753
18 anos	3.356	3.617	6.973
19 anos	3.556	3.695	7.251
20 a 24 anos	17.947	19.331	37.278
25 a 29 anos	17.160	18.345	35.505
30 a 34 anos	15.173	16.435	31.608
35 a 39 anos	12.884	14.056	26.940
40 a 44 anos	11.585	12.826	24.411
45 a 49 anos	10.168	11.424	21.592
50 a 54 anos	8.634	9.589	18.223
55 a 59 anos	6.596	7.647	14.243
60 a 64 anos	5.098	5.958	11.056
65 a 69 anos	3.628	4.375	8.003
70 a 74 anos	2.602	3.382	5.984
75 a 79 anos	1.601	2.238	3.839
80 anos e mais	1.501	2.646	4.147
<b>Total</b>	<b>174.249</b>	<b>187.666</b>	<b>361.915</b>

Fonte: Censos Demográficos e Contagem Populacional MS/SE/Datasus, 2010.

FONTE: Relatório de Gestão - Prefeitura de Montes Claros/ Secretaria Municipal de Saúde, Montes Claros, 2011

Quadro 5 - Distribuição da população urbana e rural

**Distribuição da População Urbana e Rural**

<b>Zona Urbana</b>	344.427 habitantes	95%
<b>Zona Rural</b>	17.488 habitantes	5%
<b>Total</b>	361.915 habitantes	100%

*Fonte: Censos Demográficos e Contagem Populacional MS/SE/Datasus, 2010.*

FONTE: Relatório de Gestão - Prefeitura de Montes Claros/ Secretaria Municipal de Saúde, Montes Claros, 2011

Quadro 6 - Distribuição da população segundo o sexo

**Distribuição da População Segundo Sexo**

<b>Masculino</b>	174.249 habitantes	48,15 %
<b>Feminino</b>	187.666 habitantes	51,85%
<b>Total</b>	361.915 habitantes	100%

*Fonte: Censos Demográficos e Contagem Populacional MS/SE/Datasus, 2010.*

FONTE: Relatório de Gestão - Prefeitura de Montes Claros/ Secretaria Municipal de Saúde, Montes Claros, 2011.

## 1.7 Aspectos Demográficos 2

Indicadores:

**Densidade demográfica:** 101,41

**Taxa de Escolarização:**

Quadro 7 - Alfabetização no município

Alfabetizados	311.869 pessoas
---------------	-----------------

Não alfabetizados	50.046 pessoas
Frequenta creche ou escola	117.094 pessoas

FONTE: IBGE 2010

Conforme trabalho realizado por RODRIGUES, GONÇALVES e TEIXEIRA em 2011, nas 11 áreas de risco do município a proporção de moradores em pobreza extrema era de 37,65%, mudando para 22,02% após inclusão no programa Bolsa Família do Governo Federal.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Montes Claros era, no ano de 2009, de 4,85; valor acima ao das escolas municipais e estaduais de todo o Brasil, que é de 4,0%. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da educação era de 0,872 (classificado como elevado), enquanto o do Brasil é 0,849.

## 1.8 Sistema Local de Saúde - Dados Sobre

**Conselho Municipal de Saúde (composição, regularidade de reuniões etc.):** O Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros, foi criado em 16 de maio de 1991. Tem composição paritária (50% representação dos Usuários; 25% Trabalhadores da Saúde; 25% Gestores e Prestadores), sendo 24 conselheiros titulares e 24 suplentes, cada um deles indicado por suas respectivas entidades através de ofício encaminhado à mesa diretora. Se reúne toda 1ª quarta-feira do mês, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde à Av. Dulce Sarmiento, 2.076 - Monte Carmelo. Conforme regimento interno, o presidente do Conselho é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde (MONTES CLAROS, 2008).

O Fundo Municipal de Saúde: Instrumento de gestão, instituído em 26/06/1992. Lei 2.052.

A rede de saúde da Atenção Básica conta com 59 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 14 Equipes de Agentes Comunitários da Saúde (EACS), 13 Centros de Saúde, 2 Policlínicas, 2 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), 1 Centro de Referência em Doenças Infeciosas, 1 Centro de Oftalmologia Social (COS), 1 Centro Referência em Saúde dos

Trabalhadores (CEREST), 24 Consultórios Odontológicos em Escolas, 15 Consultórios odontológicos em Centro de Saúde, 45 Consultórios Odontológicos em (ESF), 2 Farmácias Populares, 1 Hospital – Doutor Alpheu de Quadros (CNES, 2015).

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, ocorreu o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, com a implantação de 05 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dando apoio as 49 Equipes de Saúde da Família.

Atualmente a estratégia do município apresenta 59 equipes, cinquenta e duas (52) na zona urbana e sete (07) na zona rural. O município aderiu à estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde como estratégia inicial para organização do território, cadastro das famílias, adoção de práticas de promoção e prevenção à saúde. De forma que a implantação da Estratégia Saúde da Família seja facilitada. Portanto atualmente há 14 equipes de EACS, sendo 11 urbanas e 3 rurais, 42 das 52 equipes de Saúde da Família tem equipe de Saúde Bucal modalidade I associada, além de outras 03 no polo rural (CNES, 2015).

Promove uma assistência humanizada e integral a 213.000 habitantes, correspondendo a uma cobertura de 59% da população geral. As áreas definidas para a implantação dessas equipes, foram áreas localizadas no cinturão periférico da parte leste, nordeste, norte, noroeste e sul do município (SIAB, 2015).

Montes Claros é pólo macrorregional pois oferece serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Conforme o Plano de Regionalização de Minas Gerais (2006), a Região Assistencial de Montes Claros está organizada territorialmente em 09 microrregiões, abrangendo 87 municípios e uma população de 1.609.862 habitantes. Montes Claros também é pólo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água.

As equipes da Estratégia Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de

saúde, equipe de saúde bucal (dentista e técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário) e um zelador. Vale reiterar a experiência positiva dos NASFs, que traz a inserção de alguns dos seguintes profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, médicos ginecologista e pediatra, nutricionista, farmacêutico, educador físico em pontos estratégicos de referencia sendo que cada núcleo será referência para cada 8 Equipes da Estratégia de Saúde da Família, facilitando o acesso de pacientes que necessitam de uma atenção desse profissional para reabilitação de seu estado de saúde.

### **1.9 Território / Área de Abrangência**

A área de abrangência da ESF é no bairro Nova Morada, atendendo um total de aproximadamente 945 famílias / 3.692 habitantes. Dentre a população cadastrada grande parte dos chefes de família são analfabetos, a maioria das famílias vivem com uma renda per capita inferior a R\$ 60,00, ou seja 17,2%. Menos de 20% da população tem plano de saúde privado (SIAB, 2015).

### **1.10 Recursos da Comunidade**

Dentre os equipamentos sociais e pontos de atenção à saúde presentes no bairro pode-se destacar: uma Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família (Eldorado, Nova Morada, Santa Efigênia). Em relação às áreas de lazer existentes no bairro, existem poucas opções, como a praça de Esportes. Também há as Igrejas Santo Agostinho e Santa Efigênia.

Estão presentes dentro da área de abrangência alguns locais que oferecem risco à população, com grandes acidentes diários envolvendo motocicletas e carros bem como à sua saúde. São eles: a Avenida João XXIII, que apresenta um tráfego intenso de veículos, não possui passarela, apresentando semáforo em pontos espaçados, o que dificulta sua travessia; dois becos sem asfalto; um espaço onde uma casa foi demolida e no local há acúmulo de lixo; uma ponte de cimento para entrar em uma residência, onde os Agentes Comunitários e a própria população tem que abaixar para passar para o outro lado; uma manilha de esgoto, que fica aberta, a população tenta tampá-la com um pedaço de concreto, mas isso diminui apenas o

risco das crianças caírem dentro, pois ainda assim, o esgoto corre a céu aberto. Existem, ainda, muitas áreas de aglomeração, semelhantes a cortiços, que por si só oferecem risco. Além de locais com várias casas em um mesmo lote, que compartilham um mesmo banheiro. A grande maioria das ruas é asfaltada, com exceção de dois becos citados anteriormente, 100% dos domicílios possuem energia elétrica e a grande maioria, entre 99% e 100% utilizam água da rede pública de abastecimento, tratam a água de beber através da filtração, destinam seu lixo à coleta pública municipal e destinam o esgoto ao sistema da rede pública.

### **1.11 Unidade Básica de Saúde**

#### **Inserção na comunidade (localização e acesso)**

O bairro Nova Morada está localizado na zona norte da área urbana de Montes Claros, a uma distância de 3 Km do centro da cidade, tendo como referência a Praça Dr. Carlos de Assis. A unidade foi criada no bairro Nova. O horário de funcionamento é de 07:30h às 11:30h e de 13:00h a 17:00h, conforme definido em reunião com a comunidade.

### **1.12 Recursos Humanos**

A equipe é formada pelos profissionais: Médico; Enfermeiro; Técnica de Enfermagem; seis agentes de saúde; Dentista. O horário de trabalho da equipe respeita os horários de funcionamento da UBS, sendo que algumas atividades são realizadas em outros locais (visitas domiciliares, CEMEI, campanhas etc.).

### **1.13 Recursos Materiais**

**Área física e uso:** A Unidade de Atenção Primária à Saúde dispõe de espaço próprio, contendo salão de recepção, com área para espera de pacientes contendo cadeiras, bebedouro e televisão; 07 consultórios clínicos, 01 consultórios odontológicos em más condições, 02 banheiros para uso da população (masculino e feminino) em más condições, 02 banheiros para uso da equipe (masculino e

feminino), 02 consultórios ginecológicos, sala de esterilização de materiais e expurgo; 02 salas de procedimentos de enfermagem (pesagem, aferição de pressão arterial, inalação, curativos), almoxarifado, depósito de materiais de limpeza (DML), salão de reuniões, sala de arquivos, sala dos agentes .

Essa realidade configura o contexto de trabalho e atuação da equipe de saúde, base para a elaboração de uma proposta de intervenção. Pois essa descrição possibilita reconhecer o cenário, e as potencialidades que apresenta.

## 2 JUSTIFICATIVA

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para Hipertensão Arterial (HAS), esta é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde (BRASIL, 2001a; 2006).

Os procedimentos de medida da pressão são simples e de fácil realização. Contudo, nem sempre são realizados de forma adequada. Algumas condutas podem evitar erros, como, por exemplo, o preparo apropriado do paciente, o uso de técnica padronizada e de equipamento calibrado. Ela faz parte da vida de muita gente, jovens ou velhos.

A importância de se estudar este tema é porque ele é muito comum, principalmente na comunidade Nova Morada. Para se ter idéia de sua importância, de cada dez pessoas adultas, aproximadamente duas têm pressão alta. É uma doença crônica e que vai aos poucos, silenciosamente, danificando órgãos importantes do nosso organismo, como: coração, rins e cérebro. Provoca insuficiência cardíaca, angina, infarto, derrame cerebral e insuficiência renal, podendo até levar à morte. Estes fatores tornam de suma importância o estudo da adesão ao tratamento com anti-hipertensivos.

A hipertensão arterial lesa os vasos já que eles são recobertos internamente por uma camada muito fina e delicada, que é danificado quando o sangue está circulando com pressão muito alta. Com isso, os vasos se tornam endurecidos e estreitados e podem, com o passar dos anos, obstruir ou romper-se. Quando isso acontece no coração, o entupimento de um vaso leva à angina e pode ocasionar infarto. No cérebro, o entupimento ou rompimento de um vaso, leva ao "derrame cerebral" ou AVC. Nos rins também pode ocorrer entupimento, levando à paralisação dos rins. Todas essas situações são muito graves e podem ser evitadas com o controle da pressão alta. Ela pode ser controlada, mas não curada. Na maioria das vezes, não se conhece o que causa a pressão alta nem como curá-la, mas é possível controlar a doença, evitando suas complicações (PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

A falta de controle da pressão arterial (PA) é um desafio para os profissionais de saúde. Vários fatores interferem na adesão ao tratamento, entretanto colocam

que a falta de adesão pode estar relacionada à falta de conhecimento do paciente sobre a doença e o seu comportamento frente à tomada dos remédios, inadequação do uso da droga, dificuldade do acesso ao sistema de saúde, indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde, quantidade de drogas e número de doses diárias da medicação prescrita, efeitos adversos, resistência ao tratamento e presença de morbidades (PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

Considerando-se a problemática envolvida nessa questão, como também o papel de destaque que ocupa no controle da doença, acredita-se ser de extrema relevância a análise do conceito “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, uma vez que permitirá uma compreensão mais abrangente do problema, fornecendo a base para que se possa intervir de modo mais eficaz na tentativa de ajudar pacientes hipertensos a controlar ou a evitar danos causados por uma HAS não controlada.

O controle da HAS se faz com participação ativa dos hipertensos e co-participação da família, dos profissionais da saúde. É importante que existam processos de educação em saúde, o comprometimento de uma equipe multiprofissional, com o objetivo de reduzir o índice de letalidade da patologia, estando sempre em pauta na educação continuada a conscientização da população, desempenho dos programas de saúde na prática clínica, especialmente do SUS, a porta de entrada do maior número de hipertensos do país.

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados. Por conseguinte, a adesão do cliente deve ser apreciada com vistas também a esses fatores. O tratamento não farmacológico, por outro lado, tem falhado frequente no seguimento de longo prazo pela falta de constância e persistência dos pacientes.

Conclui-se, também, que a boa relação médico-paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo e a participação de diversos profissionais da área de saúde, com abordagem multidisciplinar ao hipertenso, sendo imprescindível promover maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, maior controle da doença.

Este trabalho serve como mais uma ferramenta para fomentar e auxiliar a elaboração de estratégias e planos de ação em prol da melhor abordagem e adesão ao tratamento da HAS.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar plano de intervenção para aumentar a adesão dos hipertensos residentes na área de abrangência da ESF Nova Morada do município de Montes Claros - MG ao tratamento medicamentoso.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar e elaborar propostas para os fatores determinantes do número de pacientes de nossa área de abrangência;
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada a traves de uma minuciosa revisão literária;
- Analisar a situação dos portadores de Hipertensão Arterial da UBS;
- Avaliar a extensão e as consequências do problema existente;
- Elaborar e executar um conjunto de ações a serem desenvolvidas em conjunto com a comunidade do Nova Morada de forma a controlar e prevenir a HAS.

## 4 MÉTODO

Esta proposta pretende apresentar abordagens à HAS, a serem incluídas na rotina assistencial de uma equipe Saúde da Família do município de Montes Claros/MG. O caminho metodológico utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A construção deste conteúdo parte da própria experiência do autor, de sua atuação junto a ESF, e imersão do cotidiano vivido do cenário de intervenção. Logo, a situação problematizada é aquela definida como uma situação passível de transformação. Parte-se da problematização do cotidiano, da identificação e levantamento de recursos potencializadores, estratégias de intervenção, para a transformação desta prática. Para apoiar o delineamento do projeto de intervenção foi realizado levantamento da literatura atual sobre o tema.

Para a elaboração do plano de intervenção foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) por meio dos seguintes descritores: estratégia saúde da família, hipertensão, fatores de risco, atenção primária à saúde, Sistema Único de Saúde (SUS). Bem como foi utilizado o método de estimativa rápida, parte do Planejamento Estratégico Situacional (PES), por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da Nova Morada, foram propostas operações para enfrentamento do problema identificado como prioritário. Ressalta-se a utilização dos grupo operativos, com busca ativa desses pacientes pelos agentes de saúde, condução de comorbidades e abordagem multidisciplinar para o impacto dos resultados esperados na adesão dos hipertensos da ESF Nova Mora. Serão também realizadas entrevistas individuais, compostas por perguntas objetivas e de fácil compreensão pelos pacientes para avaliar a adesão e seguimento ao tratamento da HAS e corresponsabilização dos próprios cuidados em saúde.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Brasil, em relação aos demais países latino-americanos, está passando por um processo de envelhecimento populacional muito acelerado e intenso. De 6,3% da população total, em 1980, as pessoas com 60 anos ou mais vão passar a representar 14%, em 2.025 - em números absolutos uma das maiores populações de idosos do mundo. As implicações sociais e concernentes à saúde pública são dramáticas e têm sido objeto de discussão (KALACHE *et al.*, 1987).

Com o crescimento da expectativa de vida em todo o mundo, nota-se um aumento considerável de certas doenças, e em especial as doenças cardiovasculares. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) participa de quase metade delas (MIRANDA *et al.*, 2002).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos problemas mais comuns encontrados na atualidade em níveis mundiais, ocasionada pelo estilo de vida moderno a que a maioria das pessoas está sujeita.

Com base na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), pode-se afirmar que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por conta dos níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Relaciona-se, com constante frequência a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a modificações metabólicas, com consequente elevação de possibilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

A hipertensão arterial é considerada como uma patologia, com peculiaridades que se desenvolvem predominantemente de forma silenciosa, não apresentando sintomas na grande maioria dos casos, sendo, muitas vezes, uma descoberta acidental. Faz parte das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), atingindo cerca de 600 milhões de pessoas em todo mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000). Por sua vez, as DCNT, incluindo a hipertensão, são responsáveis por 59% de mortes no mundo, chegando a 75% das mortes nos países das Américas e Caribe (OMS, 2000).

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2007), a doença tem atingido cerca de 30% da população adulta brasileira, ocorrendo em mais de 50% na terceira idade, 5% das crianças e adolescentes com até 18 anos, estimando-se uma população de 3,5 milhões de casos. A doença tem correspondido por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vasculares cerebrais e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. Podemos ainda fazer referência as internações hospitalares recorrentes, o uso da alta complexidade e as sequelas, que muitas vezes exigem tratamentos por longos períodos de tempo e onerosos para os sistemas de saúde.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão a doença ocorrendo isoladamente ou em associação com diabetes e a obesidade, constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre suas complicações mais frequentes decorrentes encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais (SBH, 2007).

Com base em dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS, 2000), as doenças cardiovasculares são consideradas responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, totalizando um gasto aproximado de 475 milhões de reais, sendo que nestes números não estão inseridos custos com procedimentos de alta complexidade, que são onerosos e em muito contribuem para dificultar à gestão econômica do sistema de saúde, daí ser de vital relevância a resolubilidade da Atenção Básica nos agravos que afetam o sistema cardiovascular, entre eles, hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo, etc.

O Programa de Saúde da Família ao trabalhar com a diretriz do HIPERDIA, procurando fazer a identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde, identifica essas iniciativas como elementos imprescindíveis para o sucesso do controle dessas doenças.

Outras ações que precisam ser desenvolvidas como: ações educativas, uso regular e ininterrupto dos medicamentos prescritos, exercícios físicos, dieta apropriada, a conscientização dos malefícios do uso do tabaco e do álcool, a importância de um índice de massa corporal (IMC) adequado, a mudança do estilo de vida (MEV) etc., são ações que requerem um acompanhamento e um controle no

âmbito da atenção básica, que poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e da mortalidade devido a esses agravos (MS, 2001).

Em um mundo totalmente globalizado, onde a tecnologia da informação/comunicação faz total diferença, estando, portanto, manifesta em todas as atividades atuais do ser humano, percebe-se que um sistema de saúde, portanto, não pode estar na contramão deste novo contexto e, nesta perspectiva, muitas ações estão sendo implementadas em nosso país. Uma delas é a disponibilização para estados e municípios de um sistema informatizado que permite o cadastramento de portadores, o seu acompanhamento, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, possibilitando a tomada de decisões estratégicas de gestão da saúde pública no Brasil, que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e à redução do custo social e à racionalização dos gastos pelo sistema de saúde (MS, 2007).

De acordo com o VI Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (2010), no Brasil, a hipertensão vem afetando mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é considerado como o principal fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país. Mas a percepção da população é outra.

São atribuídos, segundo Lessa (1998), como riscos ou causas para o aumento da pressão arterial fatores constitucionais (idade, sexo, etnia, obesidade); fatores ambientais (ingestão de sal, cálcio e potássio, álcool, gorduras e tabagismo); fatores ambientais relacionados ao trabalho (estresse, agentes físicos e químicos) e fatores ligados à classe social a que o indivíduo se integra. Dessa forma, para o seu tratamento, além da medicação prescrita, os profissionais de saúde aconselham a adoção de práticas que possam reduzir os fatores de risco anteriormente citados. Assim sendo, o indivíduo hipertenso, para tratar ou prevenir-se das complicações da HA, deve, além de medicar-se, ter atitudes para mudar antigos comportamentos ou adotar novos hábitos.

Como atribuições e competências da Equipe de Saúde da Família, concernente ao controle e atendimento da Hipertensão Arterial, é válido ressaltar sua

própria constituição, que é composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde, “devendo atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação do risco cardiovascular, medidas preventivas primárias tanto na hipertensão arterial como também no diabetes melitus”. (BRASIL, 2006, p.39)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, nos países em desenvolvimento, considera-se idoso o indivíduo com 60 anos ou mais. As alterações próprias do processo de envelhecimento fazem com que o indivíduo tenha maior probabilidade de desenvolvimento de HAS, onde esta passa a ser considerada a principal doença crônica da população (MIRANDA et al., 2002).

Existem diversas controvérsias acerca da importância da hipertensão arterial no idoso e a precisão do seu tratamento, pois determinados autores a consideravam, na maioria dos casos, como consequência “normal” do processo de envelhecimento. Ocorre que, atualmente, têm surgido afirmações de que uma elevação significativa da pressão arterial no idoso pode não ser prejudicial (CARVALHO FILHO, et al., 2012).

No entanto, não houve publicação de nenhum estudo controlado que se confirme o ponto de vista de que a hipertensão no idoso é condição benigna. Ao contrário, diversas evidências têm demonstrado que ela constitui uma das grandes causas de morbidade e de mortalidade, tanto no jovem como no idoso (CARVALHO FILHO, et al., 2012).

### **CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL (ADULTOS $\geq$ 18 ANOS; NA AUSÊNCIA DE ANTI-HIPERTENSIVOS):**

PRESSÃO ARTERIAL (MM HG)	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130 - 139	85 - 89
HIPERTENSÃO	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Estágio 1	140 - 159	90 - 99
Estágio 2	160 - 179	100 - 109
Estágio 3	> 180	> 110
Sist isolada	$\geq$ 140	< 90

Conforme Lessa (1998), 50% dos hipertensos identificados não fazem nenhum tipo de tratamento e com relação àqueles que o fazem, a minoria têm a pressão arterial controlada. Entre 30 a 50% dos hipertensos suspendem o tratamento no primeiro ano e 75%, depois de cinco anos.

Segundo Boing e Boing (2007), cerca 972 milhões de pessoas (26,4% da população mundial adulta), já estava diagnosticada, em 2000, com hipertensão arterial, e projeta-se para 2025 que esse quadro se agrave, estimando-se que 1,56 bilhões de pessoas no mundo desenvolvam HAS. A OMS (2005) afirma que 7,1 milhões das mortes anuais em nível mundial são decorrentes de HAS.

Como já referido, segundo as Sociedades Brasileiras de Hipertensão, de Cardiologia e de Nefrologia (2006), através das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, no Brasil, estima-se que a prevalência da hipertensão nas cidades brasileiras varie de 22,3% a 43,9%, adotando como parâmetro a pressão arterial  $\geq 140/90$ mmHg. Para exemplificar, em Goiânia, capital de Goiás, a prevalência de HAS foi de 36,4%, sendo maior entre homens (41,8%) que entre mulheres (31,8%) (JARDIM *et al.*, 2007). Em Salvador, capital da Bahia, a prevalência total de HAS foi 29,9%: 27,4%, (IC 23,9-31,2) em homens e 31,7%, (IC 28,5-34,9) em mulheres (LESSA *et al.*, 2006).

A hipertensão arterial consiste em um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV). Estas somaram, em 2003, no Brasil, 27,4% dos óbitos totais, atingindo 37% quando são excluídas as mortes por causas mal definidas e a violência. Segundo as Sociedades Brasileiras de Hipertensão-SBH, de Cardiologia - SBC e de Nefrologia-SBN (2006), baseadas em dados do *Joint National Committee (JNC)* do *National Institute of Health (NIH)*, a HAS explica 25% das mortes por doença coronariana e 40% por acidente vascular cerebral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006).

Já segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), a HAS tem prevalência nacional de cerca de 20% na população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração. Vários estudos mostram que ao se reduzir a pressão arterial diastólica média de uma população em cerca de 4mmHg, em um ano haverá uma redução de 35 a 42% de AVE nessa população (BRASIL,).

A HAS é significativamente mais prevalente em mulheres afrodescendentes que em mulheres brancas, podendo esse excesso de risco chegar a 130% (LESSA, 2001).

Um estudo desenvolvido em Bauru-SP, em que se compara as respostas pressóricas ao exercício aeróbico entre hipertensos brancos e negros, demonstrou melhores resultados na redução da pressão arterial em brancos que em negros, apesar de ambos apresentarem reduções pressóricas. O estudo revelou também que diferenças estatísticas significantes na redução de peso, índice de massa corpórea- IMC, e frequência cardíaca-FC e glicose, só foram observadas nos brancos (CAMPOS *et al.*, 2007).

O risco correspondente ao tabagismo é proporcional à quantidade de cigarros fumados e à profundidade da inalação (BRASIL, 2006). Considera-se a existência de mais de 4.000 substâncias identificadas na combustão incompleta do cigarro, onde duas delas consideram-se comprovadamente importantes na disfunção endotelial, a nicotina e o monóxido de carbono (PEREIRA *et al.*, 2006).

O estudo supracitado demonstrou a HAS como o mais ofensivo fator de risco para DCV e foi comprovado que o uso isolado do tabaco também acarretou na significativa redução (36%) na dilatação mediada pelo fluxo (DMF) (PEREIRA *et al.*, 2006).

O consumo exagerado de álcool eleva a pressão arterial. A magnitude corresponde à quantidade e à frequência da ingestão de etanol. Em estudo realizado num Centro de Saúde na cidade de São Luís-MA, com 156 clientes, os quais representavam 86,6% dos hipertensos cadastrados no Programa de Controle de Hipertensão atendidos nesse Centro de Saúde, 90,4% afirmaram não fazer uso de bebida alcoólica (SANTOS *et al.*, 2007).

Segundo Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis-DANT, ocorrido em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência de consumo de álcool, em Fortaleza-CE, no período de 2002-2003, foi de 11%, sendo uma das três mais elevadas prevalências entre as capitais pesquisadas (SECRETÁRIA DE SAÚDE DO CEARÁ, 2006).

Considera-se um elevado consumo de bebidas alcoólicas valores superiores a 30ml/dia de etanol para o sexo masculino e 15ml/dia para o feminino (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.* 2006; BRASIL, 2006).

Pessoas sedentárias têm risco acrescido em 30% de desenvolver HAS em comparação com àqueles que praticam atividade física. Mariath *et al.* (2007) citam dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia os quais revelam que 80% da população adulta brasileira é sedentária. A prevalência de hipertensos sedentários cadastrados no HIPERDIA em todo território nacional é de 45,2% (BOING & BOING, 2007).

Na cidade de Fortaleza, a prevalência de indivíduos sedentários, no período de 2002-2003, era de 42%, com 36,2% para os homens e 46,8% para as mulheres. Essa prevalência de atividade física insuficiente foi maior na faixa etária de 50 a 69 anos que nas outras faixas etárias (SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ, 2006).

Segundo Cunha *et al.* (2007), em um estudo sobre fatores associados à prática de atividade física na cidade de Goiânia, observou-se relação inversa entre sedentarismo e escolaridade e a prevalência da doença hipertensiva auto-referida foi menor naqueles que praticavam atividade física.

Estatísticas demonstram que 75% dos homens e 65% das mulheres desenvolvem hipertensão arterial em decorrência do sobrepeso e obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006). Dados epidemiológicos apontam a existência de um bilhão de adultos, no mundo, com sobrepeso (índice de massa corpórea - IMC de 25 a 29,9 Kg/m<sup>2</sup> e dentre esses indivíduos no mínimo 300 milhões são obesos (IMS  $\geq$  30 Kg/ m<sup>2</sup>) (GOULART & BENSENOR, 2006).

O excesso de peso atingia, em 2003, 41,17% dos homens brasileiros e 40% das mulheres brasileiras, sendo o percentual de obesidade de 8,9% e 13,1%, respectivamente. À mesma época, no Nordeste, o excesso de peso e obesidade, respectivamente, entre os homens estava em torno de 32,9% e 6,7% (índice menor que nas outras regiões), sendo que, 37,8% e 8,1% estavam na área urbana e 21,0% e 3,2% na área rural. Já entre as mulheres nordestinas, o excesso de peso e obesidade, respectivamente, aparecia com 38,8% e 11,7%, sendo 39,4% e 12,0% na zona urbana e 36,8% e 10,8% na zona rural (IBGE, 2004).

A HAS é seis vezes mais prevalente em indivíduos obesos que em não obesos (MARIATH *et al.*, 2007). Cabe ressaltar também que o aumento da

circunferência abdominal, indicativo de obesidade central são indicadores de risco aumentado para doenças cardiovasculares (CARNEIRO *et al.*, 2003).

Boing e Boing (2007), em estudo acerca da descrição da distribuição dos indicadores relacionado à hipertensão entre os pacientes cadastrados no ano de 2004 em todo território nacional no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), apontaram que o percentual de hipertensos com excesso de peso é de 42,6%.

Em Fortaleza, estudo desenvolvido entre os anos de 2002-2003, demonstrou prevalência de 39% de excesso de peso para população de quinze anos ou mais (BRASIL, 2005).

Acredita-se que as crenças de acordo com as quais as pessoas se predispõem a viver, acabam por afetar diretamente os hipertensos na forma como encaram a doença e o tratamento dessa enfermidade. Dentre as políticas públicas para o controle da doença hipertensiva, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento (PERES *et al.*, 2003).

As mudanças no estilo de vida podem ter um ótimo resultado, desde que bem orientadas, principalmente por meio de equipe multidisciplinar. A prática da terapia farmacológica associada (duas drogas no mesmo comprimido) é uma necessidade para os idosos, aprimorando a aderência e a eficácia anti-hipertensiva e diminuindo os efeitos colaterais. Existem vários casos não contemplados nos grandes ensaios, por exemplo os idosos frágeis ou os muito idosos, em que o tratamento deve ser feito com bom senso e de forma individualizada (MIRANDA *et al.*, 2002).

Para que o processo educativo tenha eficácia, é necessário ter uma noção da atitude do indivíduo quanto a doença da qual é portador. Geralmente, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde, já que são dois grupos socioculturais, lingüísticos e psicológicos distintos. Torna-se, então, necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento (PERES *et al.*, 2003).

## 6. PLANO DE AÇÕES

O presente projeto foi desenvolvido a partir da definição do problema com maior urgência, importância e capacidade de enfrentamento através da estimativa rápida, que por sua vez, integra as etapas do planejamento estratégico situacional.

### 6.1 Definição do Problema

- a) Tonturas
- b) Uso de drogas ilícitas
- c) Excesso de peso
- d) Alcoolismo
- e) Gravidez na adolescência
- f) Má aderência dos hipertensos a tratamentos propostos

### 6.2 Priorização dos Problemas

<b>PROBLEMA</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>	<b>URGÊNCIA (0 a 5 pontos)</b>	<b>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE</b>
<b>Obesidade</b>	Alta	4	Parcialmente
<b>Alcoolismo</b>	Média	3	Parcialmente
<b>Uso de drogas ilícitas</b>	Média	2	Dentro
<b>Gravidez na adolescência</b>	Média	1	Parcialmente
<b>Dorsalgia</b>	Alta	2	Parcialmente
<b>Má aderência dos hipertensos aos tratamentos propostos</b>	Alta	5	Dentro

Ordem de Prioridade:

- 1) Má aderência dos hipertensos aos tratamento
- 2) Excesso de peso
- 3) obesidade
- 4) Gravidez na adolescência
- 5) uso de drogas ilícitas
- 6) dorsalgia

Problema selecionado:

- 1) Má aderência dos hipertensos aos tratamento.

### **6.3 Descrição do Problema Selecionado**

A incidência da HAS aumenta a medida que a população envelhece, e segue o rastro da explosão mundial de obesidade. Hipertensão é um fator de risco independente, já há muito reconhecido, para doenças cardiovasculares. A prevalência de HAS na população adulta é descrita entre 15 e 20%, porem, analisando populações urbanas, inquéritos brasileiros têm mostrado uma variação de 22 a 44%. A hipertensão pode explicar 40% das mortes por AVC e 25% das mortes por coronariopatia.

O objetivo é a estratificação de todos os hipertensos cadastrados no território quanto à HAS e em seguida, a análise e apresentação do resultado da estratificação para a equipe.

### **6.4 Explicação do Problema**

A HAS cursa de forma assintomática, “assassina silenciosa”, e embora conhecidos os perigos da hipertensão descontrolada, a doença continua inadequadamente tratada na maioria dos pacientes. Diagnóstico precoce e controle

efetivo, com incentivo a aderência ao tratamento e modificação de hábitos de vida, devem ser o objetivo maior para que se possa combater de forma adequada este grande problema de saúde pública.

### 6.5 Seleção dos Nós Críticos

- 1) Desconhecimento do universo amostral (definir localização e comorbidades)
- 2) Hábitos e estilo de vida da população (sedentarismo, alimentação rica em lipídios).
- 3) Falta de informações sobre a doença.
- 4) Comorbidades.
- 5) Processo de trabalho da equipe
- 6) Controle Social

Quadro 9- Operações para os “nós” críticos do problema “Adesão dos hipertensos da ESF Nova Morada ao tratamento medicamentoso”.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produto</b>	<b>Recursos necessários</b>
Desconhecimento do universo amostral	Levantamento de prontuários, busca ativa de hipertensos, regularização de visitas periódicas pelos ACS.	Precisar a população alvo e perfil de comorbidades com estratificação de riscos.	Definição do universo de hipertensos, suas comorbidades e estratégias direcionadas	Humano Prontuários produzidos na própria unidade Local Organização da agenda
Hábitos e estilos de vida	Modificar estilos de vida	Trabalhar o conhecimento da população sobre os estilos de vida adequados. - Diminuir um 20% dos pacientes Tabagistas, obesidade e etilistas.	- Grupos operativos periódicos (grupo anti-tabaco, grupo de atividade física).  - Programa	Cognitivo:/humano (Informação sobre o tema.) Material: Recursos audiovisuais, folhetos. Organizacional: Organização da agenda

			saudável sobre exercícios e regime.	
Nível de Informação	Aumentar o nível de informação sobre os fatores de risco e as complicações da HAS.	Motivação e corresponsabilização pelos próprios cuidados de saúde.	-Elaboração e distribuição de material gráfico para promoção e prevenção dos riscos da HAS. - Grupos operativos periódicos. -Reforço periódico da terapêutica medicamentosa.	Cognitivo: Informação sobre o tema. Local, recurso audiovisual, folhetos.
Comorbidades	Melhorar a qualidade de vida a partir do cuidado global com a saúde.	Entendimento de saúde como resultado global dos cuidados em saúde. Incorporação de noções práticas diárias de saúde	-Grupos de saúde e interação social (para divisão de experiências de comorbidades comuns). -Acesso a exames.	Cognitivo: Informação sobre o tema. Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Local, recursos audiovisuais, compra de exames e medicamentos. Organizacional: Agenda.
Processo do trabalho da equipe de saúde	Aumentar o trabalho de prevenção e promoção com os pacientes com riscos de HAS.	- Incorporar ao grupo de Hipertensos os pacientes com risco de HAS. - Medir pressão de 100% dos pacientes com riscos. - Elevar o conhecimento sobre os riscos e as complicações de HAS.	- Aumentar a frequência da atividade com os grupos de HAS. - Elevar a preparação profissional dos membros da equipe. - Visitar a todos os pacientes com riscos de HAS. Avaliar uso de medicações)	Cognitivo: Informação sobre o tema. Local, recursos audiovisuais, folhetos. Organizacional: Elaborar a agenda.

Controle Social	Aumentar a corresponsabilização dos pacientes pelos próprios cuidados de saúde. Avaliação de impactos dos cuidados. Direcionamento de assuntos de interesse e relevância levantados pela população.	Melhoria da capacidade de autocuidado. Reforçar demandas locais e específicas da população. Processamento dos impactos levantados, reorganização de serviços e estratégias para continuidade dos cuidados de prevenção, promoção e tratamento em saúde.	Questionários semi-estruturados de avaliação da percepção dos pacientes sobre seu cuidado de saúde. Aplicação de ferramentas de estratificação de risco para avaliar impacto adotadas. Fortalecimento das potencialidades da comunidade na condução de um ambiente cada vez mais comprometido com qualidade de vida.	Recurso humano (aplicação dos questionários). Local, audiovisual Organizacional
-----------------	---	---	--	---

**Fonte:** Autoria Própria (2015)

Quadro 10- Plano Operativo

Levantamento de prontuários, busca ativa de hipertensos, regularização de visitas periódicas.	Equipe Multiprofissional	Dois meses. Enfatiza-se aqui o caráter de continuidade das visitas dos ACS e do processo de busca ativa.
Modificar estilos de vida.	Médica Enfermeira Profissionais convidados: Nutricionista e educador físico.	Dois meses para o início das atividades. Caráter permanente.

<p><b>3</b> Aumentar o nível de informação sobre os fatores de risco e as complicações da HAS.</p>	<p>Médica Enfermagem Agentes de saúde Secretaria de saúde</p>	<p>Dois meses para o início das atividades. Caráter permanente.</p>
<p>Melhorar a qualidade de vida a partir do cuidado global com a saúde.</p>	<p>Equipe Multiprofissional</p>	<p>Dois meses para o início das atividades. Caráter permanente.</p>
<p>Aumentar o trabalho de prevenção e promoção com os pacientes com riscos de HAS.</p>	<p>Equipe multiprofissional</p>	<p>Dois meses para o início das atividades. Caráter permanente.</p>
<p>Aumentar a corresponsabilização dos pacientes pelos próprios cuidados de saúde. Avaliação de impactos dos cuidados. Direcionamento de assuntos de interesse e relevância levantados pela população.</p>	<p>Pacientes (farão parte de outros tempos do projeto, mas aqui com protagonismo crescente) Equipe multiprofissional</p>	<p>A cada seis a nove meses mensuração objetiva.</p>

**Fonte:** Autoria Própria (2015)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu-nos conhecer a realidade da área de abrangência do PSF Nova Morada, assim como elaborar estratégias para otimizar a adesão medicamentosa e o controle da pressão arterial na população de sua abrangência.

Foi possível também perceber a importância das estratégias de educação continuada e na abordagem multiprofissional na melhoria dos cuidados de saúde da população. Vale ressaltar a importância de conscientizar a população e desenvolver estratégias de corresponsabilização e independência do cuidado.

Com base no trabalho proposto, conclui-se que:

- A HAS apresenta grande incidência na população alvo.
- O conhecimento das enfermidades e múltiplos fatores que interferem no seu controle é de grande importância aos pacientes e seus familiares.
- É de significativa importância o envolvimento de toda equipe a partir do diagnóstico situacional e a implementação efetiva das ações de intervenção.
- A articulação de diferentes tipos de estratégias e de diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais para a implementação das ações conjuntas otimizam os impactos de ações paralelas

Enfim, esta proposta de intervenção, prevê a partir de medidas simples, na sua maioria relacionadas a melhoria de ações ofertadas e educação permanente, que o envolvimento e o compromisso dos diversos atores/atrizes responsáveis trará um atendimento eficaz e de qualidade para esse público.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev. Bras. enfermagem**, 67(4), 2014.

BOING, Alexandra Crispim, BOING, Antonio Fernando. Hipertensão arterial sistólica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol.14, n. 2, p. 84-88, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica- Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. – (Cadernos da Atenção Básica;16) (Séries A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Cadernos de Atenção Básica, número 7. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**: protocolo. Brasília: MS, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição**. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1989.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: a implementação da unidade de saúde da família**. Brasília: Coordenadoria de Desenvolvimento de Práticas de Atenção Básica, 2000.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nelson/UFMG, 2010. 118p.

CAMPOS, L.C. *et al.* Resposta pressórica ao exercício físico aeróbio comparando indivíduos hipertensos negros e brancos. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**; vol.10, 2007.

CARNEIRO, G.; FARIA, A. N.; RIBEIRO FILHO, F. F.; GUIMARAES, A.; LERARIO, D. ; FERREIRA, S. R. ; ZANELLA, M. T. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; AZUL, Luis Gastão de Serro; CURIATI, José Antonio Esper. **Hipertensão arterial no idoso**. Arq. Bras. Cardiol. 41/3 211-220 - Setembro, 1983. Disponível em

<http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/pdfs/1983/v41n3/41030012.pdf>. Acesso em 01 de mar. 2016.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Disperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. Saúde Coletiva**, 17(7), 2012.

CAVALINI, Luciana Tricai; CHOR, Dora. **Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria**. Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 6, Nº 1, 2003.

CNES. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 02 maio 2015

CUNHA, L.C. et al. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v.10, 2007.

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 18(6), 2013.

GOULART, A.C. ; BENSENOR, I.J.M. Obesidade e Hipertensão. **Hipertensão**, v. 9, n. 1, p. 27-30, 2006.

GUSMAO, J. L., GINANI, G. F. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev. Bras. Hipertens.**, 16: 38-43, 2009.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso: 01 de nov. 2014.

JARDIM, P.C.B.V., SOUZA, A.L.L., MONEGO, E.T. **Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso**. Medicina 1996; 29:232-8.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: LESSA, I. (Org.). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. p. 77-96.

MIRANDA, Roberto Dischinger et al. **Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento**. Rev Bras Hipertens 9: 293-300, 2002.

MONTES CLAROS. **Montes Claros**: potencialidades/associação comercial, industrial e de serviços de Montes Claros. Unimontes, 2008. 80 p.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2000.

PEREIRA, R.B.R. et al. Impacto dos fatores de risco cardiovascular sobre a função e a estrutura vascular cardíaca. **Hipertensão**; v. 9, n. 1, p. 21-26, 2006.

PERES, Denise S; MAGNA, Jocelí Mara and VIANA, Luis Atílio. **Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.37, n.5, pp. 635-642. ISSN 0034-8910.

PIANCASTELLI, Carlos Haroldo; SPIRITO, Giulliana Cantoni Di; FLISCH, Tácia Maria Pereira . *Saúde do Adulto*. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 183p.

SAMPAIO, H. A. C. et al. Consumo alimentar de indivíduos hipertensos: uma comparação com o Plano DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**; v. 22, n. 2, p.121-6, 2007. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/documentos/v\\_diretrizes\\_brasileira\\_hipertensao\\_arterial\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/documentos/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf). Acesso em: 13 de março de 2016.

SANTOS, R.F.M. et al. Hipertensão Arterial dificuldades e facilidades na adesão ao regime terapêutico. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**; v.10, 2007.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Secretaria de Saúde de Montes Claros/MG. **Relatório Consolidado da Equipe**. 2015 (impresso).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, 2006. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/documentos/v\\_diretrizes\\_brasileira\\_hipertensao\\_arterial\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/documentos/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf). Acesso em: 30 de outubro de 2015.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral et al. **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.2, pp. 285-294. ISSN 0102-311X.