

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

FERNANDA VIEIRA SOARES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O BAIXO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TIMOTINHO
EM TIMÓTEO /MINAS GERAIS**

IPATINGA - MG
2018

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

FERNANDA VIEIRA SOARES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O BAIXO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TIMOTINHO EM
TIMÓTEO/ MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor(a) Dra. Maria Marta Amancio Amorim

IPATINGA - MG
2018

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

FERNANDA VIEIRA SOARES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O BAIXO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TIMOTINHO EM
TIMÓTEO/ MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a). Eliana Aparecida Villa - UFMG

Examinador 2 – Professor(a). Maria Marta Amâncio Amorim

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de março de 2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pela conclusão deste curso, que é tão importante para minha vida profissional; Agradeço aos meus familiares que estiveram comigo neste tempo me encorajando.

Agradeço a minha orientadora Maria Marta Amâncio Amorim, que atenciosamente me direcionou no meu Trabalho de Conclusão de Curso.

À todos meu muito obrigada!

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um problema de saúde pública, que requer ações estratégicas na atenção básica para enfrentamento desta realidade. O alto índice e baixo controle da hipertensão é o problema prioritário na Unidade Básica de Saúde Timotinho em Timóteo – Minas Gerais. O objetivo deste trabalho consiste em realizar uma intervenção para que os pacientes hipertensos tenham um melhor controle da doença e participação ativa no tratamento da Hipertensão na Unidade de Saúde. Na construção deste trabalho utilizou-se do Planejamento Estratégico Situacional e revisão de literatura nas bases de dados *Scientific Electronic Library on line* e Biblioteca Virtual de Saúde, com os descritores hipertensão, atenção básica, educação em saúde. Selecionaram-se os artigos com data de publicação entre 2011 a 2017. Pesquisaram-se os artigos dos Cadernos de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde que abordam o tema da Hipertensão, tratamento e complicações. O plano de intervenção proposto aborda atividades práticas com palestras educativas, formação de grupos operativos e distribuição de materiais informativos enfocando o tema da hipertensão, envolvendo usuários, família e equipe da unidade de saúde. Espera-se com o estudo uma melhor adesão e controle dos hipertensos ao tratamento da hipertensão na unidade de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Básica. Educação em saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is considered a public health problem, requiring strategic actions in basic attention to face this reality. The high index and low control of Hypertension is the priority problem in the Timothy Basic Health Unit in Timóteo - MG. The objective of this study is to perform an intervention so that hypertensive patients have a better control of the disease and active participation in the treatment of hypertension in UBS. In the construction of this work we used the Situational Strategic Planning and literature review in the Scientific Eletronic Library on line databases - SciELO and Virtual Health Library, with the descriptors hypertension, basic attention, health education. We selected the articles with a publication date between 2011 and 2017. We searched the articles of Health Care Notebooks of the Ministry of Health that address the topic of hypertension, treatment and complications. The proposed intervention plan addresses practical activities with educational lectures, formation of operative groups and distribution of informative materials focusing on the topic of hypertension, involving users, family and health unit staff. The study is expected to have a better adherence and control of hypertensive patients to the treatment of hypertension in the health unit.

Key words: Hypertension. Basic Attention. Health education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente comunitário em saúde

AVE – Acidente vascular encefálico

BVS – Biblioteca virtual em saúde

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

DAP – Doença arterial periférica

DM – Diabetes Melitus

DRC – Doença renal crônica

ESF- Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

IAM – Infarto agudo do miocárdio

IMC – índice de massa corpórea

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística

IC – Insuficiência cardíaca

NASF – Núcleo de Apoio em saúde da Família

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PA – Pressão arterial

PAD – Pressão arterial diastólica

PAS – Pressão arterial sistólica

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão

SBN – Sociedade Brasileira Brasileira de Nefrologia

SUS – Sistema único de saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UBS – Unidade básica de saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 1.1 Aspectos gerais do município..... | 8 |
| 1.2 Rede de serviços | 9 |
| 1.3 Comunidade da UBS Timotinho..... | 9 |
| 1.3.1 Unidade de Saúde da Família..... | 9 |
| 1.3.2 O trabalho da Unidade de Saúde..... | 10 |
| 1.3.3 Principais problemas de saúde na comunidade..... | 11 |
| 1.3.4. Recursos comunitários..... | 11 |
| 1.3.5. Lista geral de problemas..... | 11 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 13 |
| 3 OBJETIVOS | 14 |
| 3.1 Objetivo Geral..... | 14 |
| 3.2 Objetivos Específicos..... | 14 |
| 4 | |
| METODOLOGIA..... | 155 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 17 |
| 5.1 A Estratégia Saúde da Família..... | 17 |
| 5.2 A hipertensão arterial sistêmica..... | 17 |
| 5.3 O tratamento da HAS..... | 19 |
| 5.4 A importância da adesão ao tratamento da Hipertensão..... | 21 |
| 6 PLANO DE AÇÃO..... | 23 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 32 |
| REFERÊNCIAS..... | 33 |

1 INTRODUÇÃO

Este projeto irá abordar uma realidade vivenciada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Timotinho em Timóteo – MG, que é o alto índice de hipertensos cadastrados de baixo controle da doença. Por isso, apresenta-se o município e em seguida a unidade de saúde e sua problemática.

1.1. Aspectos gerais do município

O município de Timóteo – MG tinha 81243 habitantes no último Censo de 2010. Isso coloca o município na posição 40 dentre 853 do mesmo estado. Em comparação com outros municípios do Brasil, fica na posição 352 dentre 5570. Sua densidade demográfica é de 562.70 habitantes por quilômetro quadrado, colocando-o na posição 12 de 853 do mesmo estado. Quando comparado com outros municípios no Brasil, fica na posição 140 de 5570 (IBGE, 2016).

O censo de 2016 aponta o município com 88.255 pessoas. Em relação à economia e trabalho, em 2014, o salário médio mensal era de 2,2 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 22.1%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 91 de 853 e 158 de 853, respectivamente. Já na comparação com municípios do Brasil todo, ficava na posição 1200 de 5570 e 1201 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 34.6% da população nessas condições, o que o colocava na posição 553 de 853 dentre os municípios do estado e na posição 3658 de 5570 dentre os municípios do Brasil (IBGE, 2016).

No que se refere à saúde, a taxa de mortalidade infantil média no município é de 10.04 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.3 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 441 de 853 e 491 de 853, respectivamente. Quando comparado a municípios do Brasil todo, essas posições são de 3229 de 5570 e 3907 de 5570, respectivamente (IBGE, 2016).

1.2. Rede de serviços

A rede de serviços de saúde do município é formada pelo hospital administrado pela Fundação São Camilo (particular), com atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em urgência e emergência.

A parte de internações fica um pouco descoberta, pois o município não tem uma pactuação escrita com os hospitais para aceitação desses pacientes. Antigamente os pacientes eram encaminhados para o hospital de Coronel Fabriciano, mas no momento não existe mais essa pactuação, agora que o hospital do município vizinho se tornou municipal. Sendo assim, a saúde desses pacientes está sem assistência adequada devido à crise que se encontra na região do Vale do Aço. Contamos também com uma unidade de saúde que funciona com atendimento 24 horas para intercorrências clínicas básicas, sendo uma porta de entrada para encaminhamentos em hospitais. Existe o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e também tem a equipe do Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF).

O modelo de atenção é preventivo e fragmentado. Podem-se observar no município poucos pontos de atenção em saúde adequados para atender a demanda. O sistema de saúde encontra-se inadequado e em crise no momento.

1.3 Comunidade da UBS Timotinho

1.3.1 Unidade de Saúde da Família

A unidade de saúde da família também funciona com atendimentos com especialidades no município. A equipe é composta por:

- 1 técnico em enfermagem na sala de vacina: 07-13h
- 1 técnico em enfermagem na sala de curativos: 07-13h
- 1 técnico em enfermagem na sala de medicação: 07-13h
- 1 técnica em enfermagem na sala de medicação e aplicação: 13:30-17:30

- 1 enfermeiro: 07-16h
- Médicos clínicos: no regime de 8 horas dia que atendem 15 fichas por dia - 3 x por semana e 10 fichas diárias de segunda a sexta.

Temos médicos especialistas que atendem na unidade, encaminhamentos de todas as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município e trabalham no regime de 4 fichas semanais: urologista (3), dermatologista (1), otorrinolaringologista (1), ortopedista (2) cardiologista (1), pediatra (1), cirurgião (2), endocrinologista (1), ginecologista (2).

O trabalho em equipe funciona muito bem com o enfermeiro que faz atendimento da demanda espontânea (que é alta) e encaminha para atendimento no mesmo dia, quando necessário. Geralmente atendo cerca de 12 pacientes agendados pela manhã, mais 4 encaminhados pelo enfermeiro e à tarde atendo grupos de gestantes (em torno de 8 semanais) e pacientes com comorbidades crônicas (hipertensos e diabéticos, em torno de 20 semanais).

A unidade funciona no período de 07:00 as 18:00 h, de segunda a sexta feira. A estrutura física da unidade é composta por sala para aplicação de medicamentos, farmácia com farmacêutico presente no período da tarde, sala para realização de sutura quando necessário, serviço de odontologia para atendimento dos encaminhamentos do município.

O cadastro na unidade não é dividido por micro áreas. A unidade atende sete bairros totalizando cerca de 14 mil pessoas. Não há equipe de Agentes comunitários em saúde (ACS) para atualização deste cadastro e nem mão de obra para tal atividade. Não temos número definido de famílias por micro áreas devido à falta de ACS na unidade.

1.3.2 O trabalho da Unidade de Saúde

Na unidade de saúde enfrentamos um problema que acredito que seja mais estrutural. Por não sermos uma equipe de saúde da família, atendemos muita demanda espontânea e não conseguimos assistir muito bem a população com um acompanhamento adequado. Percebo ainda que o fato dos especialistas

ficarem na unidade dificulta a aceitação da população no entendimento do atendimento com clínico.

Mas os principais problemas são falta de algumas especialidades como oftalmologia, neurologia e angiologia na rede municipal, demora em atendimento da especialidade e contra referência. O fato dos agendamentos e encaminhamentos serem marcados por terceiros não médicos, dificulta o atendimento de quem realmente necessita e facilita a preferência devido a questões políticas.

Como não somos ESF, não temos a participação da população em grupos ou palestras. Não temos nenhum canal de comunicação entre as famílias e a unidade. Isso é feito somente quando as mesmas procuram a unidade por demanda espontânea, para agendamento das consultas.

1.3.3 Principais problemas de saúde na comunidade:

As maiores comorbidades da região são hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e problemas ortopédicos. É muito frequente o uso indiscriminado pela população de benzodiazepínicos (clonazepam e diazepam, liderando o ranking) e ansiolíticos sendo a fluoxetina, sertralina e amitriptilina com maior uso (talvez por serem os que constam na lista municipal).

1.3.4. Recursos comunitários

Os recursos comunitários são importantes meios de interação e com o objetivo de suprir as necessidades de lazer, educação e convívio social de uma comunidade. Na área de abrangência temos igrejas, creches, praças e escolas, sendo consideradas boas para a participação da comunidade.

1.3.5. Lista geral de problemas

Do sistema local de saúde: faltam algumas especialidades como oftalmologia, neurologia e angiologia na rede municipal. Demora em atendimento da especialidade e contra referência.

Da área de abrangência da Unidade de Saúde: as questões são estruturais. Por se tratar de uma UBS, não temos realização de grupos operativos ou atividades como palestras para envolvimento das famílias. O foco de atendimentos na unidade é da demanda espontânea, voltada às consultas médicas.

Problemas de saúde prevalentes: HAS, DM, problemas ortopédicos.

Saneamento: não apresenta problemas no momento.

Educação: grande parte da área comunidade é alfabetizada.

2 JUSTIFICATIVA

Na minha atuação, enquanto médica, tenho observado um aumento considerável dos casos de HAS e associado a essa patologia uma dificuldade na manutenção de cuidados adequados como o controle nas consultas, dieta hipossódica, atividade adequada e controle do estresse. Desta forma, muitos hipertensos mantêm hábitos e estilo de vida inadequados e pouco saudáveis. Esta tem sido a realidade na UBS que trabalho, em Timóteo.

A HAS requer assistência diferenciada, em especial na atenção básica à saúde, pois ações específicas de controle e manejo precisam ser trabalhadas juntamente com paciente e família para possibilitar troca de saberes e redução dos agravos da doença.

O estudo de Longo, Marteli e Zimmerman (2011) demonstra que 30% a 50% dos pacientes hipertensos, mesmo em tratamento medicamentoso, não apresentam controle da pressão arterial e em cerca de 10% dos idosos o diagnóstico somente é feito após um evento clínico decorrente de pressão elevada de longa data.

Mesmo com tantos estudos e evidências do diagnóstico precoce e tratamento da HAS, os níveis de controle da doença ainda se caracterizam como um grande desafio para os profissionais da saúde. O controle pouco satisfatório dos níveis tensionais na grande maioria das vezes relaciona-se à baixa adesão ao tratamento e vários são os fatores que interferem neste processo (SILVA, OLIVEIRA, PIERIN, 2015).

Por isso, a escolha desta problemática para o projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) se justifica pela alta prevalência de HAS na unidade de saúde Timotinho em Timóteo – MG e com baixas taxas de controle e pelo risco cardiovascular, renovascular aumentado e suas conseqüências.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Realizar uma intervenção para que os pacientes hipertensos tenham um melhor controle da doença e participação ativa no tratamento da HAS na Unidade Básica de Saúde Timotinho, Timóteo/MG.

3.2 Objetivos Específicos

Formar grupos operativos que abordem o tema da HAS.

Informar aos usuários sobre estado de saúde e cuidados em HAS.

Oferecer grupos com profissionais abordando sobre como lidar com o hipertenso.

4 METODOLOGIA

O método utilizado na construção deste TCC foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), seguindo dez passos preconizados. O primeiro passo do PES é a definição dos problemas, nele devem-se identificar todos os problemas relacionados ao principal, suas causas e consequências. No segundo passo, tem-se a priorização do problema, nele torna-se necessário a seleção e priorização dos que serão enfrentados. Já no terceiro passo, sugere-se a descrição do problema selecionado, neste passo, torna-se importante gerar uma compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor. No quarto passo, tem-se a explicação do problema, este passo tem o objetivo de entender a gênese do problema, a partir da identificação das suas causas. No quinto passo, elabora-se a descrição dos “nós críticos”, este é entendido no PES como tipo de causa de um problema que quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e modifica-lo. O desenho das operações é o sexto passo do PES, neste descreve-se as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como ‘nós críticos’. Pode-se identificar produtos e resultados e ainda os recursos necessários. No sétimo passo, identifica-se os recursos críticos que devem consumir em cada situação. No oitavo passo, tem-se a análise da viabilidade do plano, nele deve-se desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação. A elaboração do plano operativo é o nono passo, deve-se designar os responsáveis e prazos para a execução das operações. No décimo passo, ou gestão do plano, deve-se discutir e definir o processo do acompanhamento do plano de ação e seus respectivos instrumentos (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

O primeiro passo foi levantado: a HAS e baixas taxas de controle, uso abusivo de antidepressivos, carência de profissionais da saúde mental. Em seguida houve a priorização do problema que foi o alto índice de hipertensos de baixo controle da doença. Em seguida descreveu-se e explicou-se este problema e

por fim definiram-se os “nós críticos” do problema priorizado que foram: população com baixo e pouco conhecimento sobre HAS, questões culturais, processo de trabalho inadequado da UBS para lidar com HAS, hábitos inadequados da população. Estes dados foram coletados através dos registros em prontuários na unidade de saúde e observações na unidade.

A revisão de literatura foi feita a partir da busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os descritores hipertensão, atenção básica, educação em saúde. Selecionaram-se os artigos com data de publicação entre 2011 a 2017. Pesquisaram-se os artigos dos Cadernos de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde que abordam o tema da hipertensão arterial, tratamento e complicações.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Estratégia Saúde da Família

A ESF através dos profissionais atuantes devem programar e implementar ações de investigação e acompanhamento dos usuários, através do Hiperdia que constitui um sistema de monitoramento e cadastramento de hipertensos e diabéticos em que os profissionais da saúde são responsáveis pelo atendimento aos usuários e cadastramento dos dados. A educação em saúde precisa ser incorporada às práticas cotidianas através de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimentos individuais, o que favorece a adesão ao tratamento (FILHA, 2014).

A equipe da ESF formada por médico, enfermeiro, ACS, técnico em enfermagem devem atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias e atendimento à HAS (BRASIL, 2006).

Os profissionais da saúde da atenção básica tem importância primordial nas estratégias de controle da HAS, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços para educar o paciente hipertenso em como auxiliá-lo a seguir o tratamento (BRASIL, 2013).

A inserção de outros profissionais na equipe multiprofissional como nutricionista, assistente social, psicólogo, educador físico é vista como bastante enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção e controle da HAS (BRASIL, 2013).

5.2 A Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma condição clínica e multifatorial que pode ser caracterizada por níveis elevados e sustentados dos índices pressóricos, > 140 e 90 mmHg.

Apresenta uma associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) (SBC/SBH/SBN, 2010).

A HAS é considerada um problema de saúde pública nos dias atuais. Também é considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, que nos últimos anos foram causas de altas de taxas de mortalidade no mundo. Os fatores associados ao desenvolvimento à HAS são envelhecimento, excesso de peso, baixa escolaridade, fatores socioeconômicos, tabagismo, etilismo, genética, sedentarismo (ANDRADE et al., 2015).

Considerando-se os valores de pressão arterial (PA) >14/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3 % e 43,9% com mais de 50% entre 60 e 69% e 75% acima de 70 anos (SBC/SBH/SBN, 2010). No quadro 1 descreve-se a classificação dos níveis pressóricos em adultos.

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial em adultos

| Classificação | PAS mmHg | PAD mmHg |
|------------------------------|-----------------|-----------------|
| Normal | <120 | <80 |
| Limítrofe | 121 – 139 | 81 – 89 |
| Hipertensão estágio 1 | 140 – 159 | 90 – 99 |
| Hipertensão estágio 2 | 160 – 179 | 100 – 109 |
| Hipertensão estágio 3 | >180 | >110 |

Legenda: PAS= Pressão arterial sistólica. PAD= Pressão arterial diastólica

Fonte: SBC/SBH/SBN (2010).

5.3 O tratamento da hipertensão arterial sistêmica

Para a decisão do esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é o diagnóstico da HAS. Em seguida, é necessária a avaliação da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e risco cardiovascular aumentado. Por isso, podem-se estabelecer três graus de risco cardiovascular, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2. Avaliação do risco para doenças cardiovasculares

| | |
|-----------------------|--|
| Risco baixo | Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/ 10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo |
| Risco moderado | Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo |
| Risco alto | Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano). |

Fonte: BRASIL (2006).

Esta avaliação de risco cardiovascular é de extrema importância para orientar a conduta terapêutica.

As doenças cardiovasculares foram responsáveis por uma média de 30% de mortes e até 50% das mortes pelo conjunto de doenças crônicas não transmissíveis. Desta forma, torna-se necessário um diagnóstico precoce da HAS, bem como os devidos cuidados diante da doença (ANDRADE et al., 2015).

O tratamento da HAS envolve tratamento farmacológico e não farmacológico. No tratamento não farmacológico as principais estratégias incluem o controle de peso, uma redução alimentar com novos hábitos de alimentares saudáveis, redução de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, prática de atividade física regular (BRASIL, 2006).

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde os mais jovens. Nos adultos, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corpórea (IMC) acarreta maior risco no desenvolvimento da HAS. A obesidade central também está associada à hipertensão (BRANDÃO, 2010).

Uma das medidas não medicamentosas do controle da HAS inclui hábitos de vida saudáveis, desde a infância e adolescência. Esta medida na atenção primária inclui uma alimentação saudável com consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio (BRANDÃO, 2010).

O combate ao sedentarismo, ao tabagismo, devem ser metas prioritizadas entre as medidas não medicamentosas da HAS. A atenção primária precisa criar estratégias de controle e conscientização destes usos (BRANDÃO, 2010).

A prescrição do exercício físico obedece aos princípios gerais de intensidade, frequência e duração, sempre respeitando a individualidade de cada um. A frequência costuma ser de 3 a 5 sessões semanais com duração entre 20 e 30 minutos semanais de acordo com o histórico de cada paciente. A preferência quanto ao tipo de exercício deve ser caminhadas, corridas, natação e ciclismo, que tem seus efeitos conhecidos cardiocirculatórios. Cabe aos profissionais de saúde o incentivo à prática da atividade física, pois se o paciente não sabe fazê-lo, não terá aderência ao mesmo (BAPTISTA et al., 2007).

O tratamento farmacológico da HAS como os agentes anti-hipertensivos deve promover a redução dos níveis pressóricos, como também a redução dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Os princípios gerais do tratamento farmacológico visam ser eficaz por via oral, ser bem tolerado, permitir a administração em menor número de tomadas diárias, com preferência para posologia de dose única diária, iniciar com menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentada gradativamente (SBC/SBH/SBN, 2010).

Os anti-hipertensivos apresentam-se em 5 classes, sendo elas: diuréticos; inibidores adrenérgicos; vasodilatadores diretos; antagonistas do sistema renina-angiotensina; bloqueadores do canal de cálcio (SBC/SBH/SBN, 2010).

Entre os fármacos mais estudados e que se mostraram mais benéficos em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores estão os diuréticos em baixas doses (BRASIL, 2006).

5.4 A importância da adesão ao tratamento da hipertensão

Um estudo de Silva, Oliveira e Pierini (2015) com pacientes hipertensos atendidos na atenção primária à saúde mostrou que 54,5 % deles não apresentavam PA devidamente controlada e desta forma, as mulheres tinham melhor controle do que os homens. A baixa adesão ao tratamento é um fator preocupante e que deve ser abordado pelas equipes de saúde.

Marin, Santos e Moro citam que:

Agrega-se a essa compreensão o princípio da autonomia, pois o tratamento exige a concordância do paciente com as recomendações preconizadas, implicando no desempenho de um papel ativo e participativo no cuidado à saúde. Considera-se, ainda, a necessidade de boa relação profissional/paciente para que a adesão aconteça de forma satisfatória (MARIN, SANTOS, MORO, 2016, p. 62).

“O controle pouco satisfatório dos níveis pressóricos costuma estar relacionado à baixa adesão ao tratamento e vários são os fatores que interferem neste processo” (SILVA, OLIVEIRA, PIERINI, 2015, p. 51). Os autores citam que alguns fatores contribuem para esta não adesão ao tratamento, como a cronicidade da doença e o tratamento medicamentoso, com posologia complexa e tratamento para a vida toda. Já no tratamento não medicamentoso

há a necessidade de mudanças de hábitos e estilo de vida, que também são aspectos consideráveis que dificultam a adesão.

No quadro 3 apresenta-se os principais fatores relacionados à baixa adesão ao tratamento da HAS segundo a SBC/SBH/SBN (2010).

Quadro 3 - Principais fatores determinantes da não adesão ao tratamento

| |
|---|
| Falta de conhecimento do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica |
| Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar e baixa auto estima |
| Relacionamento inadequado com a equipe de saúde |
| Tempo de atendimento prolongado, dificuldades na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço |
| Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis |
| Interferência na qualidade de vida após o início do tratamento |

Fonte: SBC/SBH/SBN (2010).

As modificações no estilo de vida, a dieta hipossódica e a realização regular de atividade física caracterizam as principais dificuldades de adesão ao tratamento da HAS proposto pela equipe de saúde. Educar sobre a doença e tratamento é fundamental, bem como falar de forma clara, orientando o paciente gerando uma troca de conhecimentos (FIGUEIREDO, ASAKURA, 2010).

A educação em saúde objetiva a conscientização do paciente sobre modificar o estilo de vida, além de conhecer o tratamento e favorecendo um comportamento ativo (FIGUEIREDO, ASAKURA, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Primeiro passo: Definição de Problemas

Todos os dados que foram levantados a seguir partiram do método de Estimativa Rápida (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010) utilizando duas fontes principais: registros escritos da unidade (prontuários) e de observação ativa da área. A principal fonte de dado foi através dos registros escritos. Os prontuários médicos foram revisados e identificados na problemática.

Após a definição dos problemas, a equipe procedeu-se à priorização dos mesmos. Como sugerido por Campos, Faria e Santos (2010) os critérios para priorização dos problemas foram: sua importância, a capacidade de enfrentá-los (se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe).

Na unidade que atuo temos dificuldades relacionadas ao alto índice de HAS, DM e problemas ortopédicos e ainda uso abusivo de psicotrópicos. O alto índice de hipertensos de baixo controle tem prevalecido na unidade.

6.2 Segundo passo: Priorização de Problemas:

O quadro 4 apresenta a os principais problemas da unidade de saúde, sua importância e capacidade de enfrentamento, bem como a seleção e o problema priorizado que será enfrentado neste projeto, que foi o alto índice de hipertensos de baixo controle cadastrados na unidade.

Quadro 4. Priorização do problema na unidade de saúde Timotinho em Timóteo – MG

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de Enfretamento | Seleção |
|--|--------------------|-----------------|-----------------------------------|----------------|
| Alto índice de hipertensos de baixo controle | Alta | 7 | parcial | 1 |
| Alto índice de diabéticos descompensados | Alta | 5 | parcial | 2 |
| Vários pacientes com problemas ortopédicos | Alta | 3 | Fora | 3 |
| Uso abusivo de psicotrópicos | Alta | 3 | Parcial | 4 |

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

6.3 Terceiro passo. Descrição problema selecionado

Após a priorização dos problemas apontados pela equipe da UBS, foi escolhido a HAS e o seu baixo controle como problema prioritário, para o enfrentamento na unidade, devido a sua importância e índice de procedência na região.

A HAS é considerada uma doença que exige controle e cuidados adequados, pois seus agravos podem comprometer vários órgãos, a longo prazo. É também vista como um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e arteriais periféricas. (SBC/SBH/SBN, 2010). Por isso, na Atenção Básica pode-se atuar diante desta realidade.

A doença também é caracterizada como um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequências graves a vários órgãos como o coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, sendo considerada na atualidade um grave problema de saúde (SBC/SBH/SBN, 2010).

6.4. Quarto passo: Explicação do problema selecionado

Entende-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle e é avaliada como um dos principais fatores de risco modificáveis, sendo também considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública no momento (SBC/SBH/SBN, 2010).

Por se tratar de uma patologia crônica, o autocuidado da HAS é permanente e dura por toda a vida do indivíduo. A aceitação e adesão ao plano terapêutico somente ocorrerá à medida que o paciente conheça de fato a doença e suas complicações e os benefícios consequentes do alcance e da manutenção das metas instituídas (SBC/SBH/SBN, 2010).

Segundo a SBC/SBH/SBN (2010) as consequências da HAS descompensada relacionam-se ao aumento de risco de doenças cardiovasculares, insuficiência renal crônica, acidente vascular encefálico, aumento de custos para o sistema de saúde e aumento de internações.

6.5 Quinto passo: Seleção de nós críticos:

Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema da HAS na atenção básica:

- Baixo nível de conhecimento e interesse da população sobre HAS – o conhecimento da população acerca de sua doença às vezes é insuficiente, no que se refere às consequências, alimentação hipossódica, atividade física.
- Problemas culturais e sociais – Mitos e tabus sobre a doença, falta de condições de compreensão do usuário, analfabetismo.
- Processo de trabalho inadequado da UBS – falta de manejo da situação, falta do vínculo e planejamento para organizar o trabalho com os hipertensos;

- Hábitos inadequados da população: Os hipertensos na grande maioria ainda continuam acomodados e com hábitos e estilo de vida inadequados referentes à HAS, incluindo má alimentação e sedentarismo.

6.6 Plano de ação

A seguir, apresenta-se o plano de ação para enfrentamento da problemática priorizada. No quadro 5, tem-se os nós críticos do problema, resultados esperados e recursos necessários para concretização do mesmo, desta forma, consegue-se detalhar o projeto.

Quadro 5 - Desenho de operações para os "nós" críticos do problema do Alto índice de hipertensos com baixo controle da doença na UBS Timotinho em Timóteo – MG.

| Nó crítico | Operação projeto | Resultados esperados | Produtos esperados | Recursos necessários |
|--|--|--|---|---|
| Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS | HAS em destaque Esclarecer a população sobre a hipertensão | Espera-se um melhor controle da doença | População mais informada, consciente e responsável com o seu tratamento | - <i>Organizacional:</i> para organizar a agenda e planejamento das atividades - <i>Cognitivo:</i> informação sobre o tema HAS - <i>Financeiro:</i> para aquisição de recursos audiovisuais, folderes |
| Problemas culturais | Informações na UBS Buscar conhecer a realidade de cada usuário e envolvê-lo em seu tratamento | Redução dos mitos e tabus sobre a doença | Usuários hipertensos ativos em seu tratamento | <i>Financeiro:</i> para o custeio de profissionais habilitados <i>Organizacional:</i> para preparação de local adequado para capacitações, treinamentos e realização do grupo |
| Processo de trabalho insuficiente da equipe da UBS | Equipe da UBS unida – Possibilitar um envolvimento e participação ativa de todos os membros da equipe de saúde | Equipe de saúde mais participativa e comunicativa no que se refere à HAS | Melhora do vínculo entre usuários hipertensos e profissionais da saúde | <i>Organizacional:</i> preparação e planejamento na agenda da unidade <i>Cognitivo:</i> para o planejamento das reuniões <i>financeiro:</i> para montagem de materiais e folders informativos. |

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

No quadro 5 apresentam-se os nós críticos relacionados ao problema da HAS, bem como os resultados esperados com a realização do projeto. Os nós críticos encontram-se em trabalho insuficiente da equipe, problemas culturais e baixo nível de conhecimento sobre a população. Uma vez que pudéssemos trabalhar neste foco teríamos mais conhecimentos da população sobre HAS e tratamento e um melhor vínculo entre profissionais da saúde e usuários hipertensos.

A seguir, apresenta-se no quadro 6, a identificação dos recursos críticos do problema que será executado na unidade de saúde:

Quadro 6. Recursos Críticos identificados do problema do alto índice de hipertensos de baixo controle na unidade de saúde Timotinho em Timóteo - MG

| Operação – Projeto | Recursos críticos |
|---|---|
| <p>HAS em destaque</p> <p>Esclarecer a população sobre a hipertensão</p> | <p><i>-Organizacional:</i> para organizar a agenda e planejamento das atividades</p> <p><i>-Cognitivo:</i> informação sobre o tema HAS</p> <p><i>-Financeiro:</i> para aquisição de recursos audiovisuais, folderes</p> |
| <p>Informações na UBS</p> <p>Buscar conhecer a realidade de cada usuário e envolvê-lo em seu tratamento</p> | <p><i>Financeiro:</i> para o custeio de profissionais habilitados</p> <p><i>Organizacional:</i> para preparação de local adequado para capacitações, treinamentos e realização do grupo</p> |
| <p>Equipe da UBS unida – Possibilitar um envolvimento e participação ativa de todos os membros da unidade de saúde</p> | <p><i>Organizacional:</i> preparação e planejamento na agenda da unidade</p> <p><i>Cognitivo:</i> para o planejamento das reuniões</p> <p><i>financeiro:</i> para montagem de materiais e folders informativos.</p> |

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Os dados contidos no quadro 6 apontam que os recursos críticos encontram-se em cognitivos, como conhecimentos do tema HAS, financeiros para aquisição de alguns materiais e organizacional para planejamento da

agenda da unidade sobre o projeto. Neste passo é necessário que o coordenador do projeto busque parceiros, pessoas, ou órgãos para cooperarem mutuamente para a operacionalização do plano respeitando as distribuições de funções delegadas consensualmente.

No quadro 7 é apresentado a viabilidade do plano de intervenção.

Quadro 7. Viabilidade do plano de intervenção do problema do alto índice de hipertensos de baixo controle na unidade de saúde Timotinho em Timóteo - MG

| Operações/Projeto | Recursos Críticos | Controle dos recursos Críticos | | |
|--|---|--------------------------------------|-----------|----------------------|
| | | Ator que controla Ações estratégicas | Motivação | |
| <p>HAS em destaque</p> <p>Esclarecer a população sobre a hipertensão</p> | <p><i>-Organizacional:</i> para organizar a agenda e planejamento das atividades</p> <p><i>-Cognitivo:</i> informação sobre o tema HAS</p> <p><i>-Financeiro:</i> para aquisição de recursos audiovisuais, folderes</p> | Secretaria de Saúde | Favorável | Apresentar o projeto |
| <p>Informações na UBS</p> <p>Buscar conhecer a realidade de cada usuário e envolvê-lo em seu tratamento</p> | <p><i>Financeiro:</i> para o custeio de profissionais habilitados</p> <p><i>Organizacional:</i> para preparação de local adequado para capacitações, treinamentos e realização do grupo</p> | Secretário de Saúde | Favorável | Apresentar o projeto |

| | | | | |
|---|---|---------------------|-----------|----------------------|
| 1 | <p><i>Organizacional:</i> preparação e planejamento na agenda da unidade</p> <p><i>Cognitivo:</i> para o planejamento das reuniões</p> <p><i>financeiro:</i> para montagem de materiais e folders informativos.</p> | Secretário de Saúde | Favorável | Apresentar o projeto |
|---|---|---------------------|-----------|----------------------|

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

No quadro 7 temos os autores que controlam o projeto, ou seja a Secretária de Saúde como importante na aprovação e realização do projeto.

No quadro 8 apresenta-se o plano operativo do projeto que será realizado na Unidade Básica de Saúde em Timóteo – MG. Nele, apresenta-se somados às informações anteriores, as ações estratégicas, os responsáveis pelo projeto e o prazo para início de cada um na unidade.

Quadro 8 - Plano operativo do projeto de intervenção para manejo do alto índice de hipertensos e baixas taxas de controle na unidade de saúde em Timotinho em Timóteo MG

| Operações | Resultados | Produtos | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
|---------------------------|--|---|---|--|---|
| HAS em destaque | Espera-se um melhor controle da doença | População mais informada, consciente e responsável com o seu tratamento | Palestras educativas Formação de grupo operativo | Equipe de saúde da Unidade Médica Enfermeira e | Dois meses para o início das atividades |
| Informações na UBS | Redução dos mitos e tabus sobre a | Usuários hipertensos ativos em seu | Palestras educativas Formação de | Médica Enfermeira | Três meses para o |

| | doença | tratamento | grupo operativo | | início das atividades |
|----------------------------|--|--|---|------------------------------|---|
| Equipe da UBS unida | Equipe de saúde mais participativa e comunicativa no que se refere à HAS | Melhora do vínculo entre usuários hipertensos e profissionais da saúde | Palestras educativas Formação de grupo operativo Dinâmicas reflexivas | Médica da Unidade Enfermeira | Quatro meses para iniciar as atividades |

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

No plano operativo do projeto de intervenção apresentaram-se quais serão as atividades específicas a serem realizadas no projeto como palestras, formação de grupos operativos e distribuição de materiais sobre o tema. Os responsáveis pelo projeto são citados, sendo de suma importância, pois se detalha cada um, suas atribuições e o tempo de para início de cada atividade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez mais os casos de HAS vêm aumentando na população mundial. Através deste trabalho tornou-se possível detectar a grande proporção da HAS, fatores de risco para desencadeamento da mesma, a importância da adesão ao tratamento, tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Pode-se perceber que a baixa adesão ou o controle inadequado da HAS gera um risco aumentado de desenvolvimento de acidentes vasculares encefálico, doenças renais crônicas, cardiopatias. Desta forma, ações precisam ser feitas juntamente ao usuário hipertenso, em especial na atenção básica, na conscientização destes cuidados para gerar uma participação ativa no tratamento.

Quanto ao tratamento este pode ser medicamentoso e não medicamentoso, através da medicação com uso regular e com atividades físicas regulares, alimentação adequada e hipossódica, controle do estresse para que o hipertenso tenha a possibilidade de uma vida com maior qualidade.

Focou-se na atenção básica enquanto dotada de instrumentos e recursos humanos habilitados para lidar com esta problemática, através de um projeto prático de intervenção na realidade, com formação de grupos operativos, palestras informativas, distribuição de materiais que abordem o tema e ainda a participação ativa da equipe de saúde. Desta forma, espera-se alcançar bons resultados, maior adesão dos usuários hipertensos no tratamento e redução dos agravos da doença.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.S.; STOPA, S.R.; BRITO, A.R.; CHUERI, P.S. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia serviços de Saúde**, Brasília, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000200297&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19/01/2018.

BRANDÃO, A. A. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, n.1, São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500003. Acesso em 04/02/2018.

BAPTISTA, C. et al. Hipertensão arterial sistêmica e atividade física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.. 3, n. 4, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86921997000400006. Acesso em: 04/02/2018

BRASIL, Caderno de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Ministério da Saúde, n 15, Brasília, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad15.pdf. Acesso em: 01/02/2018.

BRASIL, Caderno de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** – Hipertensão arterial Sistêmica. Ministério da Saúde, n. 37, Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 02/02/2018.

CAMPOS, F.C.C, FARIA H. P., SANTOS M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em junho de 2017.

FILHA, F.S.; NOGUEIRA, L.T.; MEDINA, N.G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde Debate**, v.38, n. especia, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0265.pdf>. Acesso em: 01/03/2018.

FIGUEIREDO, N.N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, 2010. Acesso em: 04/01/2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000600011&script=sci_abstract&tlng=pt.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2016**. Disponível em: <http://www.informacoedobrasil.com.br/dados/minas-gerais/itimoteo/sintese/>. Acesso em 29/06/17.

LONGO, M.A.; MARTELI, A. ZIMMERMAM, A. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatría do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. **Revista Brasileira de Geriatria**, v.14, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a08.pdf>. Acesso em 03/01/2018.

MARIN, S.M.; SANTOS, M.F.; MORO, A.S. Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 50, n.16, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0061.pdf. Acesso em 05/01/2018.

SILVA, S.S.; OLIVEIRA, S.F.; PIERIN, A.M. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 50, n.1, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0050.pdf. Acesso em 03/01/2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. SBC/SBH/SBN. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. v. 95, n.1, suppl.1, pp. I-III, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 18/12/2017.