

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

GUSTAVO CARRARO BARBOSA

**PLANO DE INTERVENÇÕES PARA AUMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA NO MUNICÍPIO DE PALMA**

UBERABA /MG
2015

GUSTAVO CARRARO BARBOSA

**PLANO DE INTERVENÇÕES PARA AUMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA NO MUNICÍPIO DE PALMA**

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

Orientador: Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim

UBERABA /MG
2015

GUSTAVO CARRARO BARBOSA

**PLANO DE INTERVENÇÕES PARA AUMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA NO MUNICÍPIO DE PALMA**

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

Banca Examinadora:

Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim (orientador)

Prof. Dr. Regina Maura Rezende- Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM

Aprovado em Uberaba, ___ / ___ / ____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda população do município de Palma. Espero ter contribuído para a recuperação e promoção da saúde de vocês!

AGRADECIMENTO

À minha querida família pelo apoio incondicional e força nos momentos de dificuldades! À toda equipe de PSF3 do município de Palma que me acolheu e incentivou a realizar o presente trabalho.

“Aqueles que se sentem satisfeitos sentam-se e nada fazem. Os insatisfeitos são os
únicos benfeitores do mundo”

(Walter S. Landor)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um grave problema de saúde pública com prevalência maior em idosos. Além disso, a HAS é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares e coronariopatias isquêmicas, o que gera grande impacto na morbimortalidade da população. Como objetivo geral buscou-se construir um plano de intervenções com vistas a melhorar a adesão dos usuários hipertensos ao tratamento da HAS, segundo a realidade do município de Palma-MG. e dentre os específicos estavam: Realizar revisão bibliográfica da temática e elaborar uma proposta de grupo educativo para acompanhamento e tratamento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica na Estratégia de Saúde da Família-3 (ESF-3) de Palma. Para a realização da proposta de intervenção foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, levantamento bibliográfico e elaboração do plano de ação, através do Método do Planejamento Estratégico Situacional. O plano de Intervenções proposto visou uma abordagem educativa (criação de grupo de Hiperdia) com vistas a alcançar uma melhora na adesão ao tratamento. A revisão da literatura permitiu compreensão da fisiopatologia HAS, bem como das formas de tratamento e suas peculiaridades e das dificuldades socioculturais destes usuários em relação à adesão ao tratamento. Dentre as ações pensadas para este plano incluiu-se aquelas de cunho educativo de impacto direto sobre os usuários com hipertensão, mas também ações para superação dos desafios nas relações de trabalho da equipe de saúde da ESF3 de Palma/MG.

Palavras-chave: Hipertensão; Recusa do Paciente ao Tratamento; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a serious public health problem with higher prevalence in the elderly. In addition, hypertension is a major risk factor for the development of vascular disease and ischemic coronary artery disease, which generates large impact on morbidity and mortality of the population. As a general objective sought to build a plan of interventions aimed at improving adherence of hypertensive patients to the treatment of hypertension, according to the reality of the city of Palma-MG. among specific were: Perform literature review of the subject and prepare a proposal educational group for monitoring and treatment of patients with hypertension in the Health Strategy for the Family-3 (HSF-3) of Palma. To perform the intervention proposed actions were carried out in three stages: situation analysis, literature review and preparation of the action plan, through the Situational Strategic Planning Method. The proposed plan interventions aimed at an educational approach (Hiperdia group creation) in order to achieve an improvement in compliance. The literature review allowed understanding of hypertension pathophysiology, and the forms of treatment and its peculiarities and socio-cultural difficulties of these users regarding adherence to treatment. Actions thought to this plan was included those of educational basis of direct impact on users with hypertension, but also actions to overcome the challenges in the health team working relations HSF3 Palma / MG.

Key words: Hypertension; Treatment Refusal; Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DBH VI	VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa de Saúde da Família
SARGSUS	Sistema de Apoio ao relatório de Gestão
S-RAA	Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona
SUS	Sistema Único de Saúde
DCV	Doença Crônico Degenerativa
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Recomendações sobre condutas com usuário com alteração de PA	19
Figura 2: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual em consultório.....	20
Figura 3: Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais.....	22

LISTA DE QUADROS

Quadro1: Lista de prioridades dos problemas a serem enfrentados pela ESF do município de Palma/MG	24
Quadro 2: Nós críticos, Operação/projeto, produtos e recursos necessários	25
Quadro 3: Etapas do plano de ações	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivo geral.....	13
2 JUSTIFICATIVA	14
3 METODOLOGIA.....	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1 Aspectos gerais da HAS	16
4.2 Fisiopatologia da HAS	18
4.3 Tratamento da HAS	21
5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	23
5.1 Definição dos problemas	23
5.2 Prioridade de problemas.....	23
5.3 Descrição e explicação do problema	24
5.4 Seleção dos nós críticos, operação, produtos e recursos necessários	25
5.5 Planejamento das ações e gestão	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERENCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Palma é um município da Zona da Mata mineira com 6.545 habitantes, área de 316,73 Km², entre os municípios Muriaé, Santo Antônio de Pádua, Miracema (RJ), Barão de Monte Alto, Laranjal e Recreio (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2010). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é 0,703, com taxa de urbanização de 74,1% e renda média familiar igual à R\$ 1.500,00(SISTEMA DE APOIO AO RELATÓRIO DE GESTÃO/SARGSUS, 2014). As principais atividades econômicas são a plantação de arroz e a criação de gado de leite (SARGSUS, 2014). Em relação ao saneamento básico, 96.9% tem abastecimento de água tratada, com 94,7% de recolhimento de esgoto por rede pública (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA/SIAB, 2014). Segundo o censo de 2010, 44,7% da população de 18 anos ou mais de idade completou o ensino fundamental e 32,6% o ensino médio (SARGSUS, 2014).

Já em relação aos serviços de saúde, 100% da população é coberta pelo PSF (SIAB, 2014) sendo a população adscrita dividida entre três equipes de saúde da família (uma na zona rural) e outras duas unidades situadas nos distritos de Itaperuçu e Cisneiros (SARGSUS, 2014). Para o atendimento de média complexidade, existe no município o Hospital e Maternidade Maria Eloy (SARGSUS, 2014).

A unidade básica de saúde do Programa de Saúde da Família 3- PSF 3 de Palma- Professora Rosa Fani, dispõe de uma área de 315 m², com dois consultórios clínicos, um consultório ginecológico, um consultório oftalmológico, um consultório dentário, uma cozinha, dois banheiros, uma sala de curativo e vacinação, uma farmácia, uma sala de almoxarifado e recepção (SARGSUS, 2014).

No PSF 3 de Palma, é notável o alto índice de dependência de benzodiazepínicos pela população adscrita, especialmente Clonazepam e Diazepam. Esses pacientes fazem uso de tais medicamentos há muitos anos, sendo sua dependência fomentada pela prática de renovação de receitas instituída no município. Observa-se relutância dos pacientes no desmame, e sua distribuição na farmácia municipal é mais um estimulante em seu consumo.

Outro problema observado é a falta de controle adequado da hipertensão arterial sistêmica. Não existe grupo Hiperdia, a população não faz uso correto das medicações prescritas e muitos param espontaneamente seu tratamento por falta de

atenção continuada. Observa-se também variados níveis de dislipidemia, fator de risco na HAS, que muitas vezes poderia ser evitada apenas com exercício físico e dieta adequada.

O tema a ser abordado nesse trabalho é a baixa adesão ao tratamento HAS, além do abandono do tratamento pelos pacientes assistidos pelo PSF 3 de Palma. São cerca de 363 pacientes hipertensos, sendo que muitos deles não fazem prevenção de fatores de risco, como dieta, prática de exercícios físicos, ou mesmo que não seguem o tratamento medicamentoso como lhes foi prescrito.

A baixa adesão ao tratamento de hipertensão arterial pelos pacientes do PSF 3 de Palma em parte se explica pela frágil relação médico-paciente, devido à alta rotatividade de médicos contratados pelo município. Com isso, a população faz acompanhamento com diferentes profissionais em diferentes níveis de atenção, o que foge ao que é preconizado. Outro problema enfrentado é a dificuldade de entendimento do tratamento, dos benefícios do mesmo e da redução de agravos que o mesmo pode propiciar, o que pode estar relacionado ao baixo nível cultural da população.

1.1 Objetivo geral

- Elaborar plano de intervenções com vistas a melhorar a adesão dos usuários hipertensos ao tratamento da HAS.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um grave problema de saúde pública em todo o mundo, com prevalência de cerca de 25% da população mundial, sendo essa prevalência maior em idosos (COSTA et al., 2011). Realidade que não é diferente no município de Palma/MG.

Com a tendência de envelhecimento da população mundial, estima-se que em 2025 o número de hipertensos cresça 60%. Além disso, a HAS é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares e coronariopatia isquêmica, o que gera grande impacto na morbimortalidade da população (COSTA et al., 2011).

O trabalho se justifica devido a não existência de um grupo Hiperdia no PSF 3 de Palma, bem como pelo alto índice de usuários hipertensos dentro da população adscrita. Esses Usuários não são devidamente assistidos em sua patologia, sendo necessário melhor controle dos fatores de risco e dos índices de adesão aos tratamentos (medicamentoso e de mudança no estilo de vida).

O grupo Hiperdia atua fazendo o cadastramento de pacientes hipertensos e diabéticos de modo a estabelecer estratégia terapêutica, aquisição e dispensação de medicamentos a esses pacientes. Como forma de apoio ao programa, o Ministério da Saúde criou em 2002 o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* que fornece aos pacientes cadastrados, medicações para uso regular no tratamento dessas doenças (BRASIL, 2006).

Com o cadastro dos pacientes hipertensos ao programa, torna-se fácil pela base de dados criada, o monitoramento dos mesmos pela equipe, acompanhamento de possíveis agravos como Doença Renal Crônica, retinopatia ou mesmo agravos cardiovasculares e bem como a orientação dos hipertensos adscritos no seguimento do tratamento, tanto medicamentoso quanto comportamental, visto que a eficácia do mesmo está diretamente relacionada à sua adesão (BRASIL, 2006).

3 METODOLOGIA

Para a realização da proposta de intervenção foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, levantamento bibliográfico e elaboração do plano de ação, através do Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS, 2010).

O PES é método de gerenciar de forma sistematizada o planejamento de ações. Ele está organizado em 10 etapas, a saber: definição dos problemas; priorização dos problemas; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos nós críticos; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo e gestão do plano (CAMPOS, 2010).

O levantamento bibliográfico foi retrospectivo aos últimos dez anos (2005-2014), por meio do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando o cruzamento dos descritores: Hipertensão; Recusa do Paciente ao Tratamento e Atenção Primária à Saúde, verificando então, o que foi publicado em relação à abordagem, dentro da atenção primária, do usuário com valores pressóricos elevados.

Foram utilizadas também publicações do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde e de sociedades médicas nacionais e internacionais que possuem protocolos de atenção à saúde do usuário com níveis pressóricos alterados.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Aspectos gerais da HAS

As últimas décadas foram caracterizadas por significativas mudanças sociopolíticas e econômicas que contribuíram para um processo de transição epidemiológica de impacto para a saúde pública brasileira (COSTA et al., 2011).

O aumento da população com 60 anos de idade ou mais associado a mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida contribuíram para o novo perfil epidemiológico de doenças e agravos dos brasileiros. A redução das taxas de mortalidade por doenças infectoparasitárias foi concomitante ao aumento da incidência de doenças crônicas degenerativas, doenças essas que estão atreladas ao processo de envelhecimento, porém passíveis de serem controladas com políticas públicas de saúde (COSTA et al., 2011).

Neste contexto as doenças do aparelho circulatório tem sido a principal causa de morbimortalidade entre a população contemporânea, destacando-se as doenças coronarianas, cerebrovasculares e insuficiência cardíaca e sendo a HAS o maior fator de risco para essas doenças (GINOTTO et al.,2013).

Considera uma doença de grande impacto sobre a saúde pública, tanto em aspectos sociais quanto econômicos e de saúde, a HAS é uma doença crônica, multifatorial, assintomática e de curso lento. Dentre os fatores identificados que contribuem para a sua instalação estão: idade avançada, etnia negra, obesidade, dislipidemias, diabetes *mellitus*, consumo excessivo de álcool, tabagismo, sedentarismo e alto teor de sódio na alimentação (GINOTTO et al., 2013).

Apesar de conhecidos os impactos das HAS e as formas de controle da mesma, durante muitos anos não se observou por parte do governo federal uma preocupação em desenvolver políticas públicas específicas para o controle da mesma. Apenas no fim da década de 1980 houve a primeira tentativa de implantação de ações voltadas para o controle desta morbidade, contudo as ações eram de caráter individual e medicalizante e por isso não obtiveram impacto positivo no controle em âmbito populacional (COSTA et al., 2011).

Já em 2001, com a promulgação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), o novo olhar é lançado sobre a abordagem preventiva e de controle da HAS. A NOAS estabeleceu diretrizes para aumentar quantitativa e

qualitativamente o acesso à atenção básica e definiu o controle da HAS como de responsabilidade desse setor. Neste mesmo período é lançado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e aos Diabetes *Mellitus*.(COSTA et. al., 2011; RABETTI; FREITAS, 2011).

Implantado em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF), antes denominado PSF, ganha importância e se expande com o avançar dos anos e substitui o programa inicial de atenção básica. Passa então a ser o responsável pelo controle do diagnóstico, tratamento e medidas preventivas para a HAS no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (COSTA et. al., 2011; RABETTI; FREITAS, 2011).

Pode-se afirmar que os avanços em relação ao controle e prevenção da HAS na população brasileira estão intimamente relacionados ou fortalecimento da ESF, visto que as ações realizadas no âmbito da APS permitiram registro e cadastro dos hipertensos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), favorecendo controle dos mesmos e dispensação de medicações em quantitativo satisfatório (COSTA et. al., 2011; RABETTI; FREITAS, 2011).

Contudo, um dos maiores desafios atuais no combate à HAS está ligado à adesão e não-adesão ao tratamento. A adesão se caracteriza como a concordância entre o tratamento médico prescrito e a conduta do usuário. Estudos comprovaram a baixa adesão à terapia anti-hipertensiva, quer seja comportamental ou medicamentosa (GINOTTO et. al., 2013).

Diante desta realidade de baixa adesão ao tratamento antihipertensivo, resistente à existência e pleno funcionamento de políticas públicas de saúde voltadas para a temática, tem-se ainda uma realidade epidemiológica preocupante. Sendo considerada a doença de maior prevalência no país, a HAS é comorbidade de principal causa de óbito desde a década de 1960.

A HAS é a doença vascular mais prevalente em todo o mundo e que possui fator de risco mais elevado para acidentes cérebro vasculares. Aproximadamente 7,6 milhões de mortes no mundo foram causadas pela HAS (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

No Brasil, a doença vascular cerebral tem sido a principal causa de morte, devido aos investimentos políticos na área, entre os anos de 1990 e 2006 observou-se lenta porém, constante redução das taxas de mortalidade em decorrência da HAS. O envelhecimento populacional e mudanças no estilo de vida que vêm

ocorrendo de forma acelerada nos últimos anos se constitui em fator de risco para o agravamento destes índices (SOARES et. al., 2014).

Neste contexto cabe maior aprofundamento na fisiopatologia da HAS, para conhecimento dos fatores de risco e agravos desta morbidade.

4.2 Fisiopatologia da HAS

Mecanismos complexos são acionados para que os níveis pressóricos mantenham-se dentro de uma faixa de normalidade. Variações na frequência e contratilidade cardíaca, na resistência periférica e na distribuição dos líquidos corporais estão envolvidas de forma a manterem o controle efetivo da Pressão Arterial (PA) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O mecanismo de controle da PA ocorre basicamente por dois sistemas. O primeiro deles envolve os barorreceptores que localizados no arco aórtico e seio carotídeo captam deformações mecânicas (contração e distensão) destes vasos determinados pelo pulso. Pequenas alterações geram fortes reflexos autonômicos, desta forma exercem importante regulação reflexa da frequência cardíaca, do débito cardíaco, da contratilidade miocárdica, da resistência periférica e distribuição região do fluxo sanguíneo controlando de forma rápida e por curto prazo a PA (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O segundo deles é denominado Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (S-RAA) constituindo um eixo endócrino que envolve diferentes órgãos para a manutenção da estabilidade hemodinâmica. No S-RAA o angiotensinogênio é produzido pelo fígado que requer glicocorticóide do córtex adrenal e estrógeno das gônadas; a renina é liberada pelos rins, enquanto que a enzima de conversão de angiotensina I em II é encontrada no endotélio vascular de vários órgãos. A aldosterona é liberada pelo córtex da supra-renal estimulado pela angiotensina II (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Quando ativada a cascata surgem angiotensina I e angiotensina II que livres no sangue atuam nas estruturas-alvo: vasos sanguíneos, rins, coração, supra-renais e o sistema nervoso simpático, respondendo à instabilidade hemodinâmica revertendo a tendência à hipotensão arterial através da indução da vasoconstrição periférica e aumento da volemia por retenção de sódio e água (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Indivíduos com hipertensão arterial ou pré-hipertensos possuem atividade do sistema nervoso simpático e do S-RAA maiores que os normotensos, sendo o mesmo observado em indivíduos normais filhos de pais hipertensos, configurando um fator genético relacionado à HAS (GIL; LOPES, 2009).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão- DBH VI (2010), a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA, sendo diagnosticada pela identificação de valores elevados e sustentados da PA a partir da aferição casual. Após avaliação da PA, a DBH VI indica uma série de condutas passíveis de serem realizadas na APS com vistas à abordagem de qualidade ao usuário com valores de PA alterados, conforme apresentado na figura 1 abaixo.

Pressão arterial inicial (mmHg)**		Seguimento
Sistólica	Diastólica	
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano Estimular mudanças de estilo de vida
130–139	85–89	Reavaliar em 6 meses*** Insistir em mudanças do estilo de vida
140–159	90–99	Confirmar em 2 meses*** Considerar MAPA/MRPA
160–179	100–109	Confirmar em 1 mês*** Considerar MAPA/MRPA
≥ 180	≥ 110	Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em 1 semana***

Figura 1: Recomendações sobre condutas com usuário com alteração de PA

Legenda: * Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente.

Se as pressões sistólicas ou diastólicas forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível de pressão. * Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, doenças associadas e lesão em órgãos-alvo)

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, p. 6)

Após concessão entre a Associação Brasileira de Cardiologia, definiu-se os seguintes valores, aplicados a indivíduos com 18 anos de idade ou mais, classificatórios para PA (Figura 2).

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Figura 2: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual em consultório.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, p. 8)

Além do fator genético, já citado no presente trabalho, outros fatores são listados pela literatura científica como associado à HAS:

- Idade;
- Gênero e etnia (maior incidência em homens até os 50 anos, havendo inversão a partir dos 55, devido a queda da produção hormonal nas mulheres; Em relação a raça, a HAS é duas vezes mais prevalente em negros);
- Excesso de peso e obesidade (aumento da circunferência abdominal também associada a valores elevados de PA);
- Ingestão de sódio;
- Ingestão de álcool;
- Sedentarismo (atividade física reduz incidência de HAS e controla os valores da PA em indivíduos pré-hipertensos);
- Fatores socioeconômicos (mais prevalente em indivíduos com baixa renda e baixo nível escolar);
- Fatores ambientais (Estresse)

A HAS é responsável por alterações na estrutura e função de órgãos como: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. Além disso, pode comprometer o

funcionamento do sistema endócrino e desta forma oferecer riscos de eventos cardiovasculares potencialmente fatais (DBH VI, 2010).

A mortalidade por Doença Cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente em relação ao aumento da PA a partir de valores 115/75 mmHg. As DCV são também responsáveis por internações hospitalares de alta complexidade, levando a impactos socioeconômicos significativos. Cabe salientar ainda que há a inclusão anual de um número expressivo de pacientes nos programas de diálise em decorrência de doença renal terminal por HAS (DBH VI, 2010).

4.3 Tratamento da HAS

A decisão do plano terapêutico dentro da APS deve incluir usuário, familiar e uma abordagem multidisciplinar e ser baseado no risco cardiovascular, fatores de risco, lesão ou DCV já estabelecida sem desvalorizar as necessidades de saúde advindas do usuário/família.

Em indivíduos pré-hipertensos (PA entre 130-139/85-89) cabe o alerta para o risco de HAS e DCV em curto prazo, sendo importante mudança no estilo de vida e avaliação freqüente dos risco como por exemplo com a aplicação da escala de Risco de Framingham (GALVÃO, 2013) pelo médico e/ou outro profissional de saúde.

Dentre as mudanças no estilo de vida indicadas estão: aumento da prática de atividade física, mudanças nos hábitos alimentares e eliminação de vícios como tabagismo e alcoolismo (GIL; LOPES, 2009). A DBH VI (2010) indica o início de tratamento medicamentoso em usuários pré-hipertensos com vistas à redução de agravos em decorrência de valores elevados da PA. Contudo há estudos que comprovam que indivíduos que se comprometeram com mudanças positivas no estilo de vida conseguiram redução de valores pressóricos, circunferência abdominal e peso, melhora do condicionamento físico e maior adesão aos tratamentos para interrupção do uso do tabaco (MARQUEZ-CELEDONIO, 2009).

Já a abordagem para usuários hipertensos com risco cardiovascular médio, alto e muito alto, visa à prescrição de tratamento medicamento imediata, para proteção dos órgãos-alvos e redução do impacto da PA elevada. Associando sempre o tratamento medicamentoso com o comportamental (mudanças no estilo de vida).

A DBH VI (2010) preconiza ainda que após seis meses de início do tratamento o usuário atinja metas de valores pressóricos pré-estabelecidas (Figura 3).

Categoria	Considerar
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	< 140/90 mmHg
Hipertensos e comportamento limítrofe com risco cardiovascular alto e muito alto, ou com 3 ou mais fatores de risco, DM, SM ou LOA	130/80 mmHg
Hipertensos com insuficiência renal com proteinúria > 1,0 g/l	

DM - diabetes melito; SM - síndrome metabólica; LOA - lesões em órgãos-alvo.

Figura 3: Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, p. 15)

Contudo, a baixa adesão aos tratamentos para HAS é realidade conhecida em todo território brasileiro, cerca de 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento, nesta perspectiva tem-se que dois terços das pessoas atendidas não mantêm a pressão arterial em níveis desejáveis, destas 30% desenvolvem acidente vascular encefálico e 70% insuficiência cardíaca congestiva e demais agravos que requerem internação (BARRETO; MARCON, 2013; SOARES et. al., 2014).

Cabe, portanto, à equipe de ESF conhecer o perfil de seus usuários para planejamento e implantação de ações que visem abordagem educativa voltada para importância da adesão ao tratamento preventivo e de controle da HAS.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O diagnóstico situacional permitiu não só o conhecimento da realidade sociocultural, econômica e de saúde da população como também elencar entraves no processo de trabalho que precisam ser enfrentados pela equipe de saúde e comunidade de Palma/MG.

5.1 Definição dos problemas

Dentre os desafios destacados estavam:

- Baixa adesão ao tratamento de hipertensão arterial pelos usuários do ESF3;
- Atividades preventivas e grupos educativos sendo realizados de forma insuficiente, comprometendo a prática de prevenção e promoção da saúde;
- Alta rotatividade de profissionais fazendo com que as ações propostas não tenham continuidade;
- Atendimento voltado à demanda espontânea e as afecções agudas, devido à resistência por parte dos profissionais e usuários;
- Uso sem indicação e uso abusivo de psicotrópicos, como é o exemplo dos benzodiazepínicos e antidepressivos.

5.2 Prioridade de problemas

O Quadro 1 apresenta em ordem hierárquica os principais desafios relacionados à APS segundo realidade do município de Palma/MG, o nível de importância e urgência, a capacidade de enfrentamento da equipe.

Quadro1: Lista de prioridades dos problemas a serem enfrentados pela ESF do município de Palma/MG

Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento da equipe	Seleção
Atividades preventivas e grupos educativos sendo realizados de maneira insuficiente, comprometendo as ações de prevenção e promoção da saúde	Alta	8	Dentro	1
Baixa adesão ao tratamento de HAS pelos usuários do ESF3	Alta	7	Dentro	2
Atendimento voltado à demanda espontânea e as afecções agudas, devido à resistência por parte dos profissionais e usuários	Alta	5	Parcial	3
Alta rotatividade de profissionais fazendo com as ações propostas não tenham continuidade	Média	4	Fora	4
Uso sem indicação e uso abusivo de psicotrópicos, como é o exemplo dos benzodiazepínicos e antidepressivos.	Médio	4	Parcial	5

*Escala de urgência atribuída a cada problema, varia de 0 – 10, onde 0 = nenhuma urgência e 10 = urgência máxima

Fonte: O autor, 2015.

Devido à alta prevalência e os agravos decorrentes HAS, este trabalho deu ênfase no enfrentamento da não adesão do tratamento da hipertensão arterial e a criação de Grupo educativo para abordagem dos usuários em tratamento da HAS.

5.3 Descrição e explicação do problema

É notável entre os usuários hipertensos adscritos no território da ESF3 de Palma a descontinuidade no tratamento da hipertensão e seus fatores agravantes. Muitos deles interrompem o tratamento medicamentoso espontaneamente devido à melhora de seu quadro clínico, voltando a procurar atendimento quando sintomáticos ou mesmo apresentando agravos. Percebe-se também dificuldade na compreensão da importância da adesão a um estilo de vida mais saudável na redução dos níveis pressóricos e controle da dislipidemia.

A Hipertensão Arterial é fator de risco para diversas doenças e agravos como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão, doença renal crônica e outras (DBH VI, 2010). Em sua patogênese estão envolvidos fatores evitáveis como obesidade, sedentarismo, ingestão de sódio, consumo de álcool; e não evitáveis como raça, sexo idade (DBH VI, 2010).

Desta forma, a equipe de saúde deve atuar na prevenção dos fatores desencadeantes e controle da doença de forma a prevenir o avanço da mesma e complicações dela decorrentes.

5.4 Seleção dos nós críticos, operação, produtos e recursos necessários

Para alcançar os objetivos propostos foi necessária a superação dos nós críticos atrelados à questão da criação e implantação do grupo educativo para abordagem do usuário com HAS. Para melhor organização, os nós críticos, Operação/projeto, produtos e recursos necessários foram compilados no Quadro 2.

Quadro 2: Nós críticos, Operação/projeto, produtos e recursos necessários

Nó Crítico	Operação/Projeto	Produtos	Recursos Necessários
Os usuários possuem pouco conhecimento sobre sua doença e sobre seu tratamento farmacológico e não farmacológico	Criar grupo educativo (Hiperdia) com reuniões a fim de fornecer orientações a respeito HAS, seus agravos e formas de tratamento	Cartilhas sobre HAS, cartazes educativos e de divulgação do grupo, uso da rádio local e de instituições comunitárias para auxílio da divulgação (igrejas, reuniões de grupos de bairros).	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos). <u>Poder</u> (político)
Falta de atenção continuada	Manter equipe e prontuários completos e busca ativa dos usuários ausentes nas reuniões de grupo Hiperdia e de consultas agendadas	Médicos e enfermeiros e agentes de saúde para busca ativa e preenchimento correto de prontuários.	<u>Organizacionais</u> (recursos humanos e materiais)
Resistência da população em adotar hábitos de vida saudáveis relacionados à dieta, prática de atividade física, controle do peso e abandono de hábitos de risco (alcoolismo e tabagismo)	Criar grupo educativo com equipe multiprofissional (Nutricionista e Educador Físico) com reuniões a fim de fornecer orientações a respeito da importância de se adotar hábitos de vida saudáveis afim de prevenir os agravos da HAS	Cartilhas sobre HAS que aborde a temática dos hábitos de vida saudáveis e, cartazes educativos e de divulgação do grupo, uso da rádio local e de instituições comunitárias para auxílio da divulgação (igrejas, reuniões de grupos de bairros).	<u>Organizacionais</u> <u>Cognitivos</u> <u>Poder</u> (políticos).
Baixo nível de escolaridade entre os	Realizar abordagem com linguagem	Uso de cartilhas ilustrativas preparadas	<u>Cognitivos</u> (conhecimentos)

usuários e/ou cuidadores dos usuários com HAS	adaptada de acordo com o nível cultural do usuário; Utilizar recursos através de imagens e esquemas que facilitem a compreensão por parte do usuário.	pelo Ministério da Saúde; Recursos visuais/desenhos capazes de estimular a atenção e facilitar o aprendizado e Referenciais relacionados à metodologia da Androgogia aplicada à educação em saúde.	disponíveis e acumulados).
Excesso de atividades da equipe que não tem tempo hábil para desenvolver grupos	Sensibilizar a equipe de saúde quanto à necessidade de organização da agenda semanal para a realização de grupos educativos.	Cartilhas do Ministério da Saúde sobre prevenção e promoção da Saúde e Planejamento em Saúde. Exposição dialogada.	<u>Organizacionais</u> (humanos e materiais) <u>Cognitivos</u> (conhecimentos disponíveis e acumulados).
Cultura da população e dos profissionais não voltadas para a prevenção e promoção da saúde	Sensibilizar a equipe e os usuários da unidade de saúde em relação à importância das ações e adesão de comportamentos voltados para a prevenção e promoção da saúde.	Cartilhas do Ministério da Saúde sobre prevenção e promoção da Saúde e Planejamento em Saúde. Exposição dialogada.	<u>Organizacionais</u> (humanos e materiais) <u>Cognitivos</u> (conhecimentos disponíveis e acumulados).

Fonte: O autor, 2015.

Foi avaliado a viabilidade deste projeto e concluiu-se que o mesmo é passível de ser implantado pelo fato inicial do grupo educativo para abordagem da HAS ser previsto como atividade obrigatória dentro da APS e por necessitar de recursos financeiros, materiais e humanos já previstos no orçamento. Dependendo por tanto do conhecimento e da intencionalidade dos profissionais envolvidos e da aceitação da população.

5.5 Planejamento das ações e gestão

O quadro 3 apresenta as etapas para desenvolvimento do plano de ação.

Quadro 3: Etapas do plano de ações

Os usuários possuem pouco conhecimento sobre sua doença e sobre seu tratamento farmacológico e não farmacológico	Plano de Ação	Criar grupo educativo (Hiperdia) com reuniões a fim de fornecer orientações a respeito HAS, seus agravos e formas de tratamento
	Atores sociais	Toda a equipe de saúde.
	Metas	Usuários orientados e sensibilizados quanto à fisiopatologia da HAS, seus agravos e formas de tratamento.
	Recursos Necessários	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos). <u>Poder</u> (político)
	Cronograma	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: Contínuo.
	Acompanhamento e avaliação	Trimestral
Falta de atenção continuada	Plano de Ação	Realizar educação continuada com a equipe com vistas a orientar quanto à importância de se realizar preenchimento satisfatórios dos prontuários para controle dos hipertensos em tratamento, bem como salientar a necessidade de busca ativa dos usuários hipertensos faltosos.
	Atores sociais	Toda a equipe de saúde.
	Metas	Profissionais sensibilizados quanto a importância de se preencher adequadamente os prontuários visando melhor acompanhamento dos usuários hipertensos e criação de vínculo entre usuário e paciente.
	Recursos Necessários	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).

	Cronograma	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: Contínuo.
	Acompanhamento e avaliação	Anual
Resistência da população em adotar hábitos de vida saudáveis relacionados à dieta, prática de atividade física, controle do peso e abandono de hábitos de risco (alcoolismo e tabagismo)	Plano de Ação	Realizar reuniões dentro do grupo de Hipertensão com equipe multiprofissional (Médico, Enfermeiro, Nutricionista e Educador Físico) a fim de fornecer orientações a respeito da importância de se adotar hábitos de vida saudáveis a fim de prevenir os agravos da HAS.
	Atores sociais	Toda a equipe de saúde.
	Metas	Usuários orientados e sensibilizados quanto à fisiopatologia da HAS, seus agravos e formas de tratamento.
	Recursos Necessários	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos). <u>Poder</u> (político)
	Cronograma	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: Contínuo.
	Acompanhamento e avaliação	Trimestral
Baixo nível de escolaridade entre os	Plano de Ação	Realizar abordagem com linguagem adaptada de acordo com o nível cultural do usuário; Utilizar recursos através de imagens e esquemas que facilitem a compreensão por parte do usuário.
	Atores sociais	Toda a equipe de saúde e usuários

usuários e/ou cuidadores dos usuários com HAS	Metas	Adequação da linguagem do profissional segundo a realidade cultural do usuário permitindo que o mesmo compreenda seu diagnóstico, fatores de riscos e tratamentos.
	Recursos Necessários	<u>Cognitivo</u> (conhecimentos disponíveis e acumulados)
	Cronograma	Curto prazo (imediatamente) Duração: Contínuo.
	Acompanhamento e avaliação	Diária
Excesso de atividades da equipe que não tem tempo hábil para desenvolver grupos	Plano de Ação	Sensibilizar a equipe de saúde quanto à necessidade de organização da agenda semanal para a realização de grupos educativos.
	Atores sociais	Toda a equipe de saúde.
	Metas	Médicos e Enfermeiros
	Recursos Necessários	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).
	Cronograma	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: Contínuo.
	Acompanhamento e avaliação	Mensal
Cultura da	Plano de Ação	Sensibilizar a equipe e os usuários da unidade de saúde em relação à importância das ações e adesão de

população e dos profissionais não voltadas para a prevenção e promoção da saúde		comportamentos voltados para a prevenção e promoção da saúde.
	Atores sociais	Médicos e enfermeiros.
	Metas	Melhora da conscientização da equipe e usuários quanto à prevenção e promoção da saúde.
	Recursos Necessários	<u>Cognitivo</u> (conhecimentos disponíveis e acumulados) <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).
	Cronograma	Curto prazo (imediatamente) Duração: Contínuo.
	Acompanhamento e avaliação	Mensal

Fonte: O autor, 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de Intervenções proposto visou uma abordagem educativa (criação de grupo de Hiperdia) com vistas a alcançar uma melhora na adesão ao tratamento para HAS entre os moradores do município de Palma/MG.

A revisão da literatura permitiu compreensão da fisiopatologia HAS, bem como das formas de tratamento e suas peculiaridades e das dificuldades socioculturais destes usuários em relação à adesão ao tratamento.

Dentre as ações pensadas para este plano incluiu-se aquelas de cunho educativo de impacto direto sobre os usuários com hipertensão, mas também ações para superação dos desafios nas relações de trabalho da equipe de saúde da ESF3 de Palma/MG.

As ações propostas são ferramentas capazes de melhorar a abordagem do usuário com HAS, prevenindo agravos, controlando a doença e reduzindo as chances de comorbidades associadas a ela. Os impactos dos resultados dessas ações ocorrerão em âmbito individual/familiar (melhora da saúde e qualidade de vida) e coletivo (melhora na organização do serviço dentro da atenção básica e redução dos gastos públicos com tratamento de complicações da HAS).

REFERENCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: Julho de 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em:Julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. CNES**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Normas e Manuais Técnicos**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**.Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes brasileiras de hipertensão. (2010)**. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acessado em: Dezembro de 2014.

GALVÃO, Nathalia Ishimaru et al. Determinação do risco cardiovascular em população de check-up espontâneo através do escore de Framingham. **Rev. bras. cardiol.(Impr.)**, v. 26, n. 5, p. 356-363, 2013.

GIROTTO, Edmarlon et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-72, 2013.

MARQUEZ-CELEDONIO FG, TEXON-FERNANDEZ O, CHAVEZ-NEGRETE A, HERNANDEZ-LOPEZON. Cardiovascular risk in prehypertensives: [Clinical effect of lifestyle modification study]. **Rev Esp Cardiol**.2009;62:86-90.

OLIVEIRA, Célida Juliana de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, n. 1, 2012.

RABETTI, Aparecida. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 258-68, 2011.

SANTOS GIL, Juliana; LOPES, Heno Ferreira. Fisiopatologia da pré-hipertensão. **Rev Bras Hipertens vol**, v. 16, n. 2, p. 87-91, 2009.

SILVA, Juliana Martins Barbosa; DA SILVA, Maria Rejane Ferreira; DE CARVALHO, Eduardo Freese. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 623-633, 2011.

SILVA, Mayckel; MARCON, Sonia Silva. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 4, p. 313-7, 2013.