

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

EDUARDO PINHEIRO SALGADO

**MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES
HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO TIAGO – MG, ESF –
CENTRO: COMBATENDO OS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS**

**JUIZ DE FORA / MG
2015**

EDUARDO PINHEIRO SALGADO

**MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES
HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO TIAGO – MG, ESF–
CENTRO: COMBATENDO OS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS**

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

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

EDUARDO PINHEIRO SALGADO

**MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES
HIPERTENSOS DO MUNICIPIO DE SÃO TIAGO – MG, ESF–
CENTRO: COMBATENDO OS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Examinador 2: _____ (examinador)

Aprovado em _____ de _____ de 2015.

RESUMO

A elevação da pressão arterial é um fator de risco independente para a enfermidade cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos elevados, decorrentes principalmente de suas complicações: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Vários fatores têm sido implicados na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Dentre eles destacam-se o caráter crônico e assintomático da doença, a relação médico-paciente, a complexidade dos esquemas de tratamento e os efeitos colaterais dos medicamentos. Com base na complexidade do atendimento e acompanhamento clínico desses pacientes, atualmente, é preconizada a abordagem multiprofissional do paciente hipertenso. Observa-se um significativo número de pacientes hipertensos descompensados na ESF Centro, no município de São Tiago, MG. Dessa maneira, o objetivo desse trabalho é elaborar um plano de intervenção visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos assistidos pela ESF Centro, município de São Tiago, MG, combatendo fatores de risco modificáveis. Foi feita uma revisão de literatura, para subsidiar a elaboração de uma proposta de atendimento à pacientes hipertensos. Dentre as estratégias a serem adotadas, destacam-se apresentações na sala de espera, folhetos explicativos, campanhas municipais, confecção de cartelas e distribuição do cartão de medicamentos, com a flexibilidade de direcionar a abordagem no sentido do contexto clínico e social de cada paciente. Dessa forma, busca-se aumentar a eficácia do tratamento da hipertensão arterial por meio do cuidado compartimentalizado entre os diferentes profissionais de saúde, mas que somam esforços e almejam a integralidade da assistência centrada no paciente dentro do seu contexto cultural, social e econômico.

Palavras chave: Hipertensão arterial sistêmica; adesão ao tratamento; monitoramento da pressão arterial; hábitos de vida saudáveis.

ABSTRACT

Increased blood pressure is an independent risk factor for cardiovascular disease. Hypertension has high medical costs, mainly due to its complications: cerebrovascular disease, coronary artery disease, heart failure, chronic renal failure and vascular disease ends. Several factors have been implicated in adherence to treatment of hypertension. Among them stand out from the chronic and asymptomatic nature of the disease, the doctor-patient relationship, the complexity of treatment regimens and side effects of medicines. Based on the complexity of care and clinical monitoring of these patients is currently recommended the multidisciplinary approach of hypertensive patients. There has been a significant number of decompensated hypertensive patients in the ESF Centro, in São Tiago, MG. Thus, the aim of this study is to develop an action plan to improve the quality of life of hypertensive patients attended through the ESF Centro, São Tiago, MG, addressing modifiable risk factors. A literature review was conducted to support the development of a proposal for a call to hypertensive patients. Among the strategies to be adopted, presentations stand out in the waiting room, leaflets, municipal campaigns, preparation of cards and distribution of the drug card with the flexibility to direct the approach to the clinical and social context of each patient. Thus, they seek to increase the effectiveness of treatment of hypertension through carefully compartmentalized between different health professionals, but add up efforts and aim at the completeness of patient centered care within its cultural, social and economic context.

Keywords: Hypertension; treatment adherence; monitoring blood pressure; healthy living habits

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. OBJETIVOS.....	12
4. METODOLOGIA.....	13
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
6. PLANO DE AÇÃO.....	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERENCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

São Tiago encontra-se na região sul de Minas Gerais, distante 200km de Belo Horizonte. O prefeito da cidade se chama Irimar José Mendes e o Secretário Municipal de Saúde se chama Geraldo Tadeu De Oliveira.

São Tiago é conhecida também por "Terra do Café com Biscoito" e está localizada na mesorregião do Campo das Vertentes, com uma população de 10.986. (IBGE, 2015)

O povoado, que se transformou no atual município, foi fundado por bandeirantes espanhóis no ano de 1750. A cidade possui o nome de seu padroeiro, Santiago Maior. Em busca de ouro, os primeiros habitantes teriam se fixado na região, ao redor de uma capela em homenagem ao santo na Fazenda das Gamelas. Em 1802, já figurava numa relação de arraiais do termo da Vila de São José. Em 1849, São Tiago se tornou distrito de São João del-Rei, e, mais tarde, de Bom Sucesso. Em 27 de dezembro de 1948, São Tiago tornou-se emancipado político-administrativo se desmembrando de Bom Sucesso. (IBGE, 2015)

O município de São Tiago é formado por uma unidade político-administrativa, subdividido em 01 distrito, 01 vila e 15 povoados, com suas respectivas áreas, totalizando 572,400 km². A densidade demográfica é de 18,35 habitantes por km². São eles:

- Distrito: Mercês de Água Limpa
- Vila: São Pedro das Carapuças
- Povoados: Cachoeirinha, Cajengá, Capão das Flores, Córrego Fundo, Florinda, Fundo da Mata, Germinal, Içara, Jacaré, Jorge, Melos, Patrimônio, Pau Lavrado, Prata e Tatu. A área total do município é 572,400 km² com densidade demográfica é de 18,35 hab./km² (IBGE, 2015)

A economia local tradicional tem por base a agropecuária, a indústria extrativa de minerais. No setor agrícola produz milho, arroz, café, mandioca, dentre outros. A pecuária está dividida entre a produção leiteira e a criação de gado para o abate. No setor de mineração, além do minério de ferro, possui reservas de manganês, bauxita e tantalita. (IBGE, 2015)

A habilidade para fazer quitutes variados é uma tradição que acompanha a trajetória do município. Por esta razão, mais recentemente a indústria de produção de biscoitos se consolidou e assumiu um papel muito importante na economia local, o que acabou conferindo a São Tiago o título de “Terra do Café-com-Biscoito”.

Existem cerca de setenta fábricas de biscoitos que empregam cerca de 2500 pessoas direta ou indiretamente. A produção é de cerca de 200 toneladas por mês. Destacam-se a torradinha de queijo (confeccionadas em diferentes sabores, tais como alho, cebola, orégano, pimenta, pizza, parmesão) e os biscoitos doces, como as rosquinhas de nata, casadinho, entre outros.

O Sistema Local de Saúde conta com 3 equipes de ESF, a cobertura é de 100%. O município conta com uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde das Famílias (NASF) recém implantada e o sistema de Referência e Contra referência conta com a cidade de São João Del Rey. (IBGE 2015, SIAB 2015)

O atendimento da média e alta complexidade conta com rede própria, mas insuficiente para a demanda, sendo necessário contar com a microrregião de São João Del Rei e macrorregião de Barbacena, porém a demanda é maior que a oferta, havendo uma sobrecarga do serviço. (SIAB, 2015)

Possui Conselho Municipal de Saúde com 16 membros, dois do governo, quatro prestadores de serviço, quatro trabalhadores da área da saúde e 10 usuários. As reuniões ocorrem uma vez ao mês.

São Tiago tem 03 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 04 equipes de saúde da família, modalidade 02, uma equipe de saúde bucal modalidade 01 e um Centro Odontológico Municipal, com atendimento de 04 médicos, 04 enfermeiros de saúde da família e 19 agentes comunitários de saúde. 03 médicos fazem parte do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). A carga horária é de 40 horas semanais, exceto para os profissionais cadastrados no programa PROVAB, mais médicos e profissionais concursados.

Quanto ao Programa Saúde da Família o município conta com três UBS, com 100% de cobertura; uma Rede Farmácia de Minas; um Laboratório; uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1; um

hospital. Tem também 6 igrejas e um centro para cuidado de crianças enquanto os pais trabalham.

A UBS onde trabalho é a localizada no Centro. A estrutura física localiza-se em local estratégico, ao lado do Hospital Municipal. É um local bem centralizado em relação à área de abrangência, facilitando o acesso dos usuários. O horário de funcionamento é de segunda à sexta, nos períodos de 07 às 12 horas e 13 às 16 horas. O atendimento médico feito por mim ocorre em todos os dias da semana, sendo que na segunda e sexta-feira é feito no período da manhã e os demais dias em tempo integral. A observação de minha atividade profissional cotidiana identificou um número elevado de pacientes hipertensos que precisam de um acompanhamento para sua condição clínica, fato que motivou a elaboração desse trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE *et al*, 2010).

As doenças cardiovasculares (DCV) são importantes causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso, sabe-se que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (PA) (NOBRE *et al*, 2010).

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, representando cerca de 31,2% dos óbitos em todas as regiões do país, à frente das neoplasias, responsáveis por 16,7% (BRASIL, 2006).

Além disso, a DCV é condição muitas vezes silenciosa ou que pode atacar sem aviso, ressaltando a importância da prevenção (D'AGOSTINO *et al*, 2008). Por esses e outros motivos, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis.

Na realidade da ESF - Centro são constantes os atendimentos de pacientes com HAS, com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves, mas possivelmente evitáveis, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), por exemplo. Além disso, são frequentes os casos de pacientes com descompensações agudas dos níveis de PA, que sobrecarregam a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da HAS também são evidentes durante as consultas médica e de enfermagem. Dessa forma, devido à alta prevalência na HAS na população da área de abrangência

e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhora das condições de saúde e de vida da população adscrita, reduza a morbimortalidade relacionada as DCV e, indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

Assim, a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle, a longo prazo, da HAS e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos assistidos pela ESF Centro, município de São Tiago, MG, combatendo fatores de risco modificáveis.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi feita uma revisão de literatura narrativa, permitindo um embasamento teórico para a proposta de intervenção. A busca de dados teóricos foi realizada através da consulta ao conteúdo técnico da Linha Guia da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (2013), que regulamenta e orienta a atenção à saúde do adulto, e ao documento VI Diretrizes Brasileiras da abordagem da Hipertensão (2010), além da coleta de dados nos banco de dados do DATASUS e IBGE. Os temas utilizados como pesquisa são: “Hipertensão Arterial Sistêmica”; “Fatores de Risco e Intervenção”. Com o mesmo tema, foi pesquisado tendo a América do sul e do norte como região, em idioma português/inglês, no período de 2008 a 2015 na Biblioteca da Literatura técnica e científica da América Latina e Caribe (LILACS)

Para a elaboração desse projeto de intervenção será utilizado também o método de diagnóstico situacional, seguido do Planejamento Estratégico Situacional (PES). (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Para a elaboração deste plano de ação, foi levado em conta o número de pacientes hipertensos existentes na área de abrangência da UBS - Centro, no município de São Tiago, MG. Além disso, através de entrevistas com usuários e profissionais de trabalho do local, observou-se as dificuldades de adesão ao tratamento e a prática de hábitos de vida desfavoráveis para a promoção da saúde destes pacientes.

A definição das etapas propostas no projeto de intervenção exposto foi realizada de acordo com Meireles et al. (2013). Para abordagem dos pacientes hipertensos, a proposta inicial foi a realização do cadastramento e da estratificação de risco cardiovascular de todos esses usuários. Neste estudo, para classificação dos pacientes, será utilizada a escala de risco de Framingham. O cadastramento será realizado durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros, e também pela busca ativa dos outros usuários sabidamente hipertensos ou portadores de fatores de risco (FR), pelos ACS's. Os pacientes portadores de FR, não-hipertensos, serão avaliados quanto a possibilidade do diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e orientados, mas não terão seu cadastro

realizado. Apenas os usuários hipertensos serão cadastrados. Será utilizada uma ficha de cadastro, com preenchimento sobre dados de identificação, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal), FR, medicações em uso, comorbidades e classificação de risco de cada paciente.

Os FR avaliados serão os necessários para possibilitar a estratificação de risco pela escala de Framingham: idade, HDL colesterol, colesterol total, níveis pressóricos, tabagismo e diabetes mellitus (DM). Durante o cadastramento, os ACS's juntamente com a técnica de enfermagem preencherão os dados de identificação e antropométricos.

O médico e a enfermeira, durante as consultas, realizarão o preenchimento dos demais dados e a estratificação dos pacientes em grupos de risco.

Os pacientes com a estimativa de risco de evento cardiovascular menor que 10% em 10 anos serão classificados como HAS de baixo risco. Estimativa de risco entre 10% e 20% como risco moderado e, se maior que 20% em 10 anos, alto risco cardiovascular (MEIRELES et al., 2013). A partir dessa classificação dos usuários nesses três grupos, será proposta abordagem direcionada de acordo com faixa de risco cardiovascular de cada um. Os usuários classificados como baixo risco deverão realizar na atenção básica pelo menos duas consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano, os de moderado risco três consultas médicas e quatro consultas de enfermagem ao ano e os de alto risco três consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano, esses últimos deverão ser acompanhados conjuntamente em ambulatórios especializados na atenção secundária.

Todos os usuários deverão participar de pelo menos quatro atividades nos grupos ao ano e receber no mínimo doze visitas domiciliares realizadas pelos ACS's (MEIRELES et al., 2013).

A enfermeira será responsável por organizar a agenda dos profissionais de saúde, destinando o tempo necessário às atividades do plano e, juntamente com o médico e a técnica de enfermagem, irá verificar e controlar o plano de cuidado dos pacientes. Casos de maior complexidade serão discutidos individualmente durante as reuniões da equipe e será elaborado plano de cuidados diferenciado quando necessário.

Os exames complementares serão solicitados durante as consultas médicas e de enfermagem, de acordo com protocolo da Linha Guia de HAS (MEIRELES et al.,2013), com adaptações individuais quando necessário.

As consultas médicas e de enfermagem citadas serão realizadas preferencialmente em horário pré-determinado para essa atividade. Nessa etapa a equipe empenhada no plano de ação deverá buscar conscientizar a população em relação ao seu problema de saúde de forma a estabelecer abordagem da HAS centrada em medidas de promoção à saúde e prevenção de complicações durante todas as atividades realizadas, desde o cadastramento e as visitas domiciliares até as consultas médicas e de enfermagem.

Em continuidade a esta etapa há a proposta de criação do grupo de hipertensos e realização de palestras informativas. O grupo contará com a participação dos diversos profissionais da ESF com apoio do NASF, após discussão da proposta em reuniões na unidade. Os grupos e as palestras ocorrerão preferencialmente no mesmo dia, com periodicidade inicialmente mensal, com possibilidade de ser quinzenal para que seja possível abranger todos os usuários. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros dos grupos e durante as palestras.

Para a realização das operações do projeto de intervenção exposto, serão necessários diversos recursos, como:

- **Organizacionais:** Equipamentos adequados para realização da classificação de risco. A UBS possui esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas e balanças. Porém, alguns materiais se encontram em mau estado de conservação ou em quantidade menor que a necessária. Falta também quantidade suficiente de cópias das fichas a serem usadas para classificação e acompanhamento.

Espaço físico e equipamentos para realização dos grupos e palestras.

Esses serão realizados, inicialmente, na sala de reuniões da UBS.

O espaço é adequado para cerca de 20 pessoas, entretanto faltam cadeiras em bom estado de conservação, ventiladores, computador em funcionamento e equipamentos de projeção de multimídia. Caso se proponha reuniões com grupos maiores outro espaço mais adequado deverá ser providenciado.

Disponibilidade dos profissionais de saúde de diversas áreas. Os profissionais tanto da ESF quanto da equipe do NASF, já estão cientes e dispostos a participar do projeto, contudo, falta organização adequada das agendas para disponibilização do tempo adequado necessário para as ações.

- **Econômicos:** recursos financeiros para aquisição dos recursos organizacionais necessários
- **Cognitivos:** capacitação dos profissionais de saúde para realização de suas tarefas no projeto de intervenção
- **Poder:** recursos políticos necessários para implementação das ações e regularização das propostas.

O primeiro passo para implementação do projeto será viabilizar a disponibilização dos recursos organizacionais e econômicos frente a reunião com a gerência . A atualização conceitual e o treinamento dos profissionais de saúde da equipe para as atividades serão realizados conjuntamente pelo médico e pela enfermeira, durante as reuniões da equipe. A gerente das operações será a enfermeira, que já exerce cargo de liderança na equipe.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença altamente prevalente, constituindo fator de risco independente para diversas condições mórbidas, estando associada a importante mortalidade. Dessa forma, torna-se primordial sua identificação precoce, seu correto manejo, assim como o acompanhamento dos pacientes em longo prazo (BARBOSA, LIMA, 2006).

A hipertensão é uma das principais causas de doença no mundo. Aproximadamente 7,6 milhões de mortes (13-15% do total) e 92 milhões de anos de vida perdidos por incapacidade foram atribuíveis à pressão alta em 2001 (KOTCHEN, 2013). Esta condição dobra o risco de doenças cardiovasculares, como a doença coronariana e insuficiência cardíaca congestiva, AVE isquêmico e hemorrágico, insuficiência renal e doença arterial periférica. A terapia anti-hipertensiva reduz os riscos de complicações cardíacas e renais, entretanto, grandes segmentos da população hipertensa ou não são tratados ou são tratados inadequadamente (KOTCHEN, 2013).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos têm mostrado uma prevalência de Hipertensão acima de 30% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006 SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Entre os gêneros a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% entre as mulheres. Estudos demonstraram que a detecção, tratamento e controle da HAS são essenciais para reduzir riscos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

O não controle dos níveis pressóricos nos pacientes hipertensos está associado a complicações agudas e crônicas. Além disso, a HAS mal controlada está relacionada com a gênese de muitas condições graves. Em longo prazo, a mesma está associada a nefropatia, retinopatia, hipertrofia ventricular, insuficiência cardíaca, além de muitas outras condições. (JAMES, OPARIL, CARTER, *et al*, 2014).

Os doentes crônicos, em geral, tem pouco conhecimento sobre sua doença, sua fisiopatologia, complicações, condições associadas, assim, como

sobre seu tratamento, incluindo a importância de medidas não farmacológicas e mudanças no estilo de vida (MALTA, *et al*, 2009).

A adesão é o maior determinante para a efetividade do tratamento. A baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico é identificada como a principal causa do controle inadequado da pressão arterial dos pacientes hipertensos, considerando-se que 50% dos hipertensos descontrolados não adere adequadamente ao tratamento prescrito (BARBOSA, LIMA 2006).

A não adesão está associada a altos custos para o sistema de saúde. Nos Estados Unidos da América, estima-se que a falta de adesão ao tratamento leva a uma perda de cerca de 100 bilhões de dólares anualmente, comparando esta situação a uma epidemia com graves consequências. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, *et al*, 2009). No que se refere ao tratamento medicamentoso, a não adesão não se resume a tomar ou não os remédios, mas como o paciente os administra: doses, horário, frequência e duração do tratamento (HELENA, NEMES, ELUF-NETO, 2008).

Algumas medidas já foram testadas com o objetivo de aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento. A redução no número de doses diárias dos medicamentos deve ser usada como estratégia primordial. Estratégias motivacionais e intervenções complexas podem trazer resultados, mas sua contribuição precisa ser avaliada em mais estudos. (KNUT, TOM e SHAH, 2014).

Um estudo clássico com hipertensos desenvolvido por Wilber e Barrow (1972) descreveu a regra das metades (value of halves). Segundo esta teoria, metade dos hipertensos não sabem que o são, metade dos que sabem não são tratados e metade dos tratados não estão controlados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE *et al*, 2009). Destaca-se como fator relacionado à falta de controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos a não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Define-se adesão ao tratamento medicamentoso como o quanto o paciente segue as instruções que recebe para a tomada de suas medicações (BRIAN *et al*, 2014).

Os valores de pressão arterial a partir do qual se define a hipertensão é de 140 mmHg para a pressão arterial sistólica e de 90 mmHg para a pressão arterial diastólica em medidas de consultório. O diagnóstico deve ser validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. Existem, ainda, outras maneiras de se diagnosticar a hipertensão arterial, destacando-se a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA), existindo pontos de cortes diferentes para cada uma dessas modalidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O tratamento da Hipertensão envolve medidas não farmacológicas e medidas farmacológicas. Dentre as medidas não farmacológicas, destacam-se o controle do peso, o estilo alimentar (dietas DASH, mediterrânea, vegetariana e outras), redução do consumo de sal, ingestão de ácidos graxos insaturados, consumo importante de fibras, proteína de soja, oleaginosas, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas, cessação do tabagismo, prática regular de atividades físicas, entre outras medidas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGISTS, 2013).

O objetivo principal do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Dessa forma, os anti-hipertensivos empregados devem, não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Estudos de desfecho clinicamente relevantes apontam para redução de morbidade e mortalidade com o uso dos seguintes medicamentos: diuréticos, Beta-bloqueadores, Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA II) e antagonistas dos canais de cálcio (ACC) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Entretanto, recente metanálise publicada pela Cochrane Library questionou os benefícios do tratamento medicamentoso antihipertensivo para hipertensão estágio I, no que se refere à redução de mortalidade (DIANA, 2014).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

O Programa de Saúde da Família tem como objetivo oferecer um atendimento básico mais humanizado. Para isso, conta com ações de saúde individuais e coletivas, visando à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção da saúde.

É necessário que a equipe de saúde da família seja capaz de identificar os problemas mais frequentes e que exigem mais atenção na população adscrita. Sendo de suma importância o diagnóstico situacional da área de abrangência.

Em nossa área de atuação, no município de São Tiago, MG, os problemas mais comuns e importantes não diferem da maioria dos PSF's do Sudeste.

Depois de analisar os dados disponíveis em fontes como: IBGE, SIAB e Secretaria de Saúde Municipal, tivemos a oportunidade de discutir com os membros da equipe, os principais problemas enfrentados pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e a população.

Foram citados vários problemas, mas sendo consenso geral da equipe, os pacientes hipertensos e diabéticos. Estes foram os que ganharam maior destaque devido a grande número e a dificuldade de controle adequado. Apesar de grande esforço para otimização do tratamento destes pacientes, através de consultas no mínimo duas consultas anuais, grupos operativos, informações e instruções durante as consultas, este ainda é um grande problema enfrentado por todos.

6.2 Segundo passo: priorização de problemas

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da ESF- Centro de São Tiago, MG. 2015

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	seleção
TTO de Hipertensos	alta	7	parcial	1
TTO de Diabéticos	alta	6	parcial	2
Uso indiscriminado de IBP*	alta	5	parcial	3
Uso indiscriminado de benzodiazepínico	alta	5	parcial	3
Queixas ortopédicas (lombalgia, artralguas, etc.)	alta	4	parcial	4

*Inibidor da bomba de prótons- Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol, etc.

FONTE: Equipe de Saúde da Família – UBS – Centro – São Tiago/MG

6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

A hipertensão é o maior problema enfrentado pela ESF e seus usuários. Existe um grande número de pacientes hipertensos em nossa área, levando a uma demanda significativa de consultas, muitos apresentam dificuldade de adesão ao tratamento e com fatores que aumentam ainda mais o risco de problemas cardiovasculares.

O quadro abaixo ilustra em números a quantidade de pacientes hipertensos cadastrados e confirmados e alguns fatores de risco encontrados nessa população.

Quadro 2 – Descritores dos pacientes hipertensos e fatores de risco associados.

Descritores	População	Fontes
Hipertensos Cadastrados	505	Dados da equipe
Hipertensos Confirmados	489	Dados da Equipe
Hipertensos Acompanhados	423	Dados da Equipe
Hipertensos Controlados	407	Dados da Equipe
Hipertensos Diabéticos	203	Dados da Equipe
Hipertensos Obesos	281	Dados da Equipe
Hipertensos Tabagistas	104	Dados da Equipe
Hipertensos Sedentários	386	Dados da Equipe
Hipertensos dislipidêmicos	245	Dados da Equipe

Com o levantamento dos dados acima foi possível identificar os problemas mais comuns encontrados nessa população específica, facilitando a elaboração de planos de ação e direcionamento das estratégias de intervenção.

6.4 Quarto passo: explicação do problema selecionado

O meio em que o indivíduo vive, muitas das vezes cria uma interpretação equivocada da doença que o acomete. Os pacientes hipertensos, são a prova de que os fatores socioculturais, econômicos, ambientais e políticos estão diretamente ligados ao desfecho da doença. Estes fatores estão diretamente ligados aos hábitos de vida, nível de informação e pressão social, que podem levar ao sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dentre outros fatores que prejudicam o tratamento, controle e promoção da saúde destas pessoas.

Para conseguir melhorar a qualidade de vida destes usuários, são necessárias medidas que facilitem o acesso destes ao tratamento, prevenindo possíveis complicações. O bom entendimento da doença e de suas complicações é fundamental para a adesão ao tratamento por parte dos pacientes. Na vivência cotidiana, podemos observar o abandono do tratamento devido ao bom controle pressórico, onde por falta de informação os pacientes entendem que estão curados da doença.

Está claro em nosso meio, a necessidade de medidas que visem instruir os pacientes hipertensos, quanto aos fatores de risco, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, a fim de melhorar a qualidade de vida destes usuários.

6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” considerados do problema priorizado pela equipe foram:

- Entendimento da doença
- Hábitos de vida
 - Tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada, sedentarismo, etc.
- Adesão ao tratamento
- Consultas periódicas
- Prevenção de complicações

Após a identificação dos nós críticos, foram selecionadas três estratégias para elaboração do plano de intervenção, uma vez que todos dificilmente serão resolvidos ao mesmo tempo. Os chamados nós críticos (tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo) é uma ideia de algo que possamos intervir dentro das nossas possibilidades (CAMPOS, FARIA , SANTOS, 2008).

As situações na qual a ESF Centro tem possibilidades mais concretas sobre o tema escolhido foram:

- Baixo nível de informação a respeito da hipertensão arterial;
- Detalhamento do regime terapêutico (detalhar comprimidos, horários, embalagens);
- Implantação um cartão de acompanhamento.

Quadro 1: Elaboração do plano operativo: dificuldades de adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial na Estratégia de Saúde da Família – Centro- São Tiago-MG, 2015:

Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Operações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Multiplicando o conhecimento: População melhor informada sobre hipertensão arterial.	Levar conhecimento para a população. Tratamentos medicamentosos e não medicamentosos.	Avaliar os níveis de informação sobre a hipertensão arterial, e adesão ao tratamento.	Apresentações na sala de espera. Folhetos explicativos. Campanha Municipal.	Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde	Cinco meses para o início das atividades
Dose certa: medicamentos na dose e horários corretos.	Medicamentos usados de maneira e quantidade correta pelos pacientes	Evitar o uso incorreto das medicações mantendo os níveis pressóricos satisfatórios	Confecção de cartelas e/ou caixinhas de medicamentos para pacientes com dificuldades	Equipe de Saúde da Família.	Um mês para início das atividades
Cartão medicamentos: Controle mensal de distribuição de medicamentos	Paciente passará na unidade mensalmente, aferindo a pressão arterial e retirando as medicações	Avaliar os níveis pressóricos, peso, IMC dos pacientes e realizar atividade educativa individual	Distribuição do Cartão de Medicamentos a todos pacientes cadastrados no sistema HIPERDIA	Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde	Três meses para início das atividades

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão ao tratamento é um problema sério, e diante de tudo o que foi analisado, pode-se concluir que o número de pacientes que aderem ao tratamento anti-hipertensivo ainda é muito pequeno. A melhor forma de tentar conscientizar os pacientes para que possam aderir a esse tratamento é através de orientações e informações sobre hipertensão arterial, mudanças de hábitos e estilos de vida e a inclusão da família na totalidade do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

A ausência de iniciativas que busquem a promoção de saúde é um dos fatores que mais acarreta despesas com internações, uma vez que as pessoas não são estimuladas ao autocuidado.

Ressalta-se ainda a abertura de espaço para que outros acadêmicos dêem continuidade a esta intervenção, o que é válido, uma vez que novos resultados certamente surgirão com um trabalho persistente, no que diz respeito às doenças abordadas.

Essas conclusões apontam para a necessidade de melhor integração multidisciplinar, melhora na organização das funções e atividades dos profissionais do PSF com o programa tradicional e a promoção de atividades com os hipertensos para promover uma melhor adesão ao tratamento, melhorando o controle da hipertensão, prevenindo complicações que comprometem a saúde desse grupo.

Para maior eficácia, deve-se unir profissionais de saúde e participação da comunidade. Desta forma, a intervenção possibilitará desenvolvimento, transformação e tomada de consciência, tanto sob forma individual quanto coletiva.

REFERÊNCIAS

American heart association, american college of cardiologists.
Guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk.
Circulation. Vol 129. S.79-99, 2013

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão.** Vol 13(1). P 35-38, 2006.

BORK, A.M.T. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica 15. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** 1 ed. Brasília; 2006.

BRIAN, H. R. ET AL. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews. *In: The Cochrane Library*, Issue 6, Art. No. CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3, 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Elaboração do plano de ação. *In: CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde.* 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

D'AGOSTINO, R. B.; Vasan R. S.; Pencina M. J.; et al. **General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care – The Framingham Heart Study.** *Circulation.* 2008; 117: 743-753.

DIANA, D. ET AL. Pharmacotherapy for mild hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews. *In: The Cochrane Library*, Issue 6, Art. No.CD006742. DOI: 10.1002/14651858.CD006742.pub8, 2014.

DRUMMOND, J.P.; Silva, E.; COUTINHO, M. Medicina baseada em evidências: Novo paradigma assistencial e pedagógico.2.ed. São Paulo; Atheneu, n.2, 2004.

HELENA, E. T. S.; NEMES M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista de saúde pública.** Vol 42(4). P. 764-767, 2008

JAMES, P. A.; OPARIL, S.; CARTER, B. L.; ET AL. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report

From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **JAMA**. Vol 311(5). P. 507-520, 2014.

KNUT, S.; TOM, F.; SHAH, E. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. *In: The Cochrane Library*, Issue 6, Art. No. CD004804. DOI: 10.1002/14651858.CD004804.pub2. 2014.

KOTCHEN, T. A. Doença Vascular Hipertensiva. *In: Medicina Interna de Harrison*. Capítulo 247. P.2042. 18ª edição, Porto Alegre: AMGH, 2013.

MALTA D. C.; MOURA, L.; SOUZA F. M.; ET AL. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. **Ministério da Saúde**, Brasília. 2009. Pág 337–362.

MEIRELES, A. L. et al. **Atenção à saúde do adulto - Conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (no prelo)**, Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3 ed., 2013; p. 21-97

NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro , vol.17, n.1, Jan/Mar. 2010

Reis MG. Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev Latinoam Enferm* 2001; 9:51-7

SIAB. **Sistema de informação em atenção básica**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 10/08/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA.. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. Vol 95(1 supl.1): P. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardio**. Fev. P.1–48, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E
COMUNIDADE; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA;
FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA.
Aderência ao tratamento medicamentoso. **Projeto Diretrizes da
Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina.**
2009.