

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

YOSMELL CARRAZANA CORDOVI

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO TERRITÓRIO DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA LAGES DA VILA SÃO SEBASTIÃO NO
MUNICÍPIO DE JOÃO PINHEIRO - MINAS GERAIS**

UNAÍ - MINAS GERAIS

2016

YOSMELL CARRAZANA CORDOVI

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO TERRITÓRIO DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA LAGES DA VILA SÃO SEBASTIÃO NO
MUNICÍPIO DE JOÃO PINHEIRO - 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.

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

UNAÍ - MINAS GERAIS

2016

YOSMELL CARRAZANA CORDOVI

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO TERRITÓRIO DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA LAGES DA VILA SÃO SEBASTIÃO NO
MUNICÍPIO DE JOÃO PINHEIRO - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 12 de junho de 2016.

DEDICO

A meus pais Verania Cordovi Arjona e Luis Carrazana Espinoza, a meus irmãos e a meus filhos.

AGRADEÇO

A toda população da Vila São Sebastião em João Pinheiro -
MG.

A meus colegas de trabalho.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, na maioria das vezes assintomática e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas. É considerado um problema de saúde nos âmbitos nacionais e internacionais. A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão, à atividade física, à alimentação saudável, ao conhecimento dos fatores de risco, é importante instrumento para diminuir a incidência da hipertensão e controlar os índices de pacientes hipertensos. O objetivo deste trabalho é propor um projeto de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família "Posto Lages", no município João Pinheiro. Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional para identificar os problemas relativos à comunidade por meio do método de estimativa rápida. Em seguida, foi feita uma revisão de literatura sobre o tema e elaborado o projeto de intervenção. As ações do projeto incluem capacitação para a equipe de saúde e ações educativas com os pacientes e pessoas da comunidade, abordando a problemática de hipertensão arterial. Espera-se que ocorra mudança de condutas em relação ao conhecimento de hipertensão arterial, seu risco e adesão ao tratamento, melhorando o estado de saúde dos pacientes que participarão do projeto.

Palavras-chave: Hipertensão. Prevenção. Educação em saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease, most often asymptomatic and is one of the main risk factors for the onset of heart disease. Is considered a health problem in the national and international spheres. Health education, associated with the self-control of the pressure levels, to physical activity, healthy eating, to the knowledge of the risk factors, is an important tool to reduce the incidence of high blood pressure and controlling the contents of hypertensive patients. The aim of this study is to propose a project of intervention to reduce the incidence of hypertension in the area covered by the family health team "Posto Lages" in João Pinheiro municipality. Initially the situational diagnosis was carried out to identify the problems related to the community through the rapid assessment method. Then, a review of the literature on the subject and prepared the intervention project. The actions of the project include training for health staff and educational activities with patients and people in the community, addressing the issue of hypertension. It is expected that occurs a change of conduct in relation to the knowledge of high blood pressure, their risk and treatment adherence, improving the state of health of patients who will participate in the project.

Keywords: Hypertension. Prevention. Health education. Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	<i>Scientific Electronic Library on line</i>
SEPLAN	Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicilio

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Descrição do município	10
1.2	Sistema local de saúde	11
1.3	Diagnóstico situacional de saúde	14
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	17
3.1	Objetivo geral	17
3.2	Objetivos específicos	17
4	METODOLOGIA	18
5	REVISÃO DE LITERATURA	19
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO	23
6.1	Identificação dos problemas.....	23
6.2	Priorização dos problemas	23
6.3	Descrição do problema selecionado.....	24
6.4	Explicação do problema.....	24
6.5	Seleção dos “nós críticos”	24
6.6	Desenho das operações.....	25
6.7	Identificação dos recursos críticos.....	27
6.8	Análise de viabilidade do plano.....	28
6.9	Elaboração do plano operativo.....	28
6.10	Gestão do plano.....	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente este trabalho apresenta aspectos gerais do município de João Pinheiro e da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Posto Lages”, onde será implantado o projeto de intervenção.

1.1 Descrição do município

João Pinheiro insere-se na porção noroeste de Minas Gerais. Na divisão das regiões administrativas de Minas, o município está na Região Noroeste (RA-1), enquanto pertence à Microrregião de Planejamento VII, do mesmo nome. Nessa microrregião, João Pinheiro localiza-se na microrregião de Chapadões do Paracatu, segundo a nova regionalização estabelecida pela Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (SEPLAN) de Minas Gerais em 1994 (IBGE 2014).

Possui uma área total de 10.727,471 km², segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 era de 0,697 (IBGE, 2014).

João Pinheiro é uma cidade tipicamente mineira, onde a hospitalidade e a garra de um povo estão intrínsecas no cotidiano de sua população, cuja cidade consegue guardar características especiais encontradas em sua história, mas que, ao mesmo tempo, é empreendedora em sua economia, basicamente voltada para o setor na agropecuária.

No município, você pode encontrar, entre outras coisas, traços marcantes das belezas de Minas Gerais, como as serras e montanhas, os vãos rasantes dos tucanos, capivaras, o zelo das casas antigas, o som das quedas d’água nas cachoeiras, a vegetação nascente ou o sossego do gado no meio das estradas rurais.

Mas também pode fazer compras na terra do crochê, conhecer as maravilhas da tecnologia da indústria têxtil ou o capricho dos produtos feito à mão. São tantos produtos, como artigos em crochê, malhas, artesanatos, cama, mesa e banho, bucha vegetal, que seria impossível listar um a um.

A cidade possui algumas festas de tradição, como é o caso da Festa do Peão de Boiadeiro, realizada em abril, o carnaval fora de época, João Piro, realizado em outubro e a Festa da Cidade, realizada em setembro. A padroeira da cidade é Nossa Senhora de Sant' Ana, cuja festa litúrgica se dá em 26 de julho.

A população distribui-se, além da sede, nos distritos de Caatinga, Canabrava, Luizlândia do Oeste, Olhos d'Água do Oeste, Santa Luzia da Serra e Veredas. Além dos distritos, verifica-se em João Pinheiro a presença de nove vilas (Almas, Malhada Bonita, Olaria, Parque das Andorinhas, Riachinho do Gado Bravo, Riacho do Campo, São Sebastião, Tauá, e Vereda Malhada), além de dezoito núcleos de pequenos e médios produtores rurais, bem como pelo menos três núcleos de colonização, relacionados à reforma agrária. De acordo com IBGE (2014), a população estimada em 2015 era de 48.179 habitantes distribuídos dentro de todas as localidades já citadas acima.

O município divide-se em sete distritos: João Pinheiro, Caatinga, Canabrava, Luzilândia do Oeste, Olhos d'Água do Oeste, Santa Luzia da Serra; Veredas.

João Pinheiro tem limites com os seguintes municípios: a norte - Unaí e Brasilândia de Mina, a leste - Buritizeiro, a sul - São Gonçalo do Abaeté e Presidente Olegário, a oeste - Lagoa Grande e Paracatu.

Assim como outras cidades brasileiras, a partir da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de dezembro de 1993, João Pinheiro vem buscando construir um serviço efetivo. Em abril de 1996 foi criado o Conselho Municipal de Assistência Social, que estabeleceu como prioridades: atendimento à criança, através de creches; implantação do Conselho Tutelar, preparando a sociedade pinheirense para criação do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; atendimento à criança em situação de risco pessoal e social; serviço de apoio ao migrante; apoio à família (psicossocial, econômico, qualificação profissional, entre outros) (IBGE, 2014).

1.2 Sistema local de saúde

O Conselho Municipal de Saúde é composto por oito conselheiros, sendo dois representantes do governo, dois prestadores, dois trabalhadores da área da saúde e

dois usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), cada um possui seu suplente em caso de falta de algum do conselho.

Em nosso município temos o Centro Viva Vida, onde se faz atendimento de diferentes especialidades médicas (ortopedia, ginecologia, obstetrícia, endocrinologia, cardiologia, pequena cirurgia, entre outras). As outras que não temos, os pacientes são encaminhados pelo Tratamento fora do domicílio (TFD) para outras cidades onde a prefeitura coloca o transporte disponível para os pacientes.

Neste município existem redes de atendimento de média e alta complexidade; a rede média funciona na policlínica com as diferentes especialidades médicas e as de alta complexidade são feitas fora do município através do TFD.

O município possui fundo municipal de saúde onde são repassados todos os incentivos ao município; o secretário e a prefeita municipal possuem senhas de acesso para consultas de recebimento de recursos. Os valores são repassados de acordo com o cronograma do Ministério de Saúde.

Sistema de referência e contrarreferência

O município não possui o sistema ainda, porém, está tentando colocar em prática através de experimentos que em breve conseguirão adequar uma referência e uma contrarreferência no município colocando em ordem os prontuários.

O município é composto pela rede de alta complexidade onde é prestado o serviço através de outros municípios como Pouso Alegre, além de ser o prestador da região. São realizados exames de altas complexidades como, tomografias e ressonâncias e outros procedimentos fornecidos pelo SUS.

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município em junho de 2001, após a aprovação do projeto pelo conselho municipal de saúde, inicialmente era composta por uma equipe mínima na modalidade II, sendo um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, abrangendo cerca de 70% da população. Hoje o município dispõe de duas equipes modalidade II, com cobertura de 99% da população. No ano de 2014 foi aprovada a terceira equipe que

possibilitará 100% de cobertura. O município é composto pelos programas Mais Médicos e PROVAB do Ministério da Saúde.

Território de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Posto Lages”

Eu trabalho, como médico, na Equipe de Saúde da Família “Posto Lages” na Vila São Sebastião, zona rural do município João Pinheiro, em Minas Gerais. A equipe atende a população da Vila São Sebastião. Ela apresenta uma característica muito diferente, pois a população residente em assentamentos migra cada vez que termina a safra, reduzindo o número total de pacientes atendidos na unidade de saúde Lages.

Como vivem: O nível de vida do maior percentual da população é médio, cada família tem de 1 a 3 salários mínimos, tem alimentação saudável e água potável garantida; todas as vivendas têm boas condições incluindo área rural e as ruas e estradas ficam bem, tem escolas, igreja e todas as condições que precisa a população, tem problemas com a rede de esgoto que vai para o rio mais é um problema em vias de solução.

De que vivem: As pessoas vivem praticamente da agricultura e da pecuária, sendo as principais atividades: cana de açúcar e bovinocultura.

Como morrem: A primeira causa de morte da população são as doenças cardiovasculares, sendo o infarto e a hipertensão arterial as mais importantes, e seguem as complicações da Diabetes, Pneumonia e Câncer.

Encontram-se como fontes geradoras de trabalho na comunidade as usinas de álcool e uma empresa de carvão. Na comunidade existem uma escola, correios, uma farmácia popular, um posto de saúde e diferentes mercados e lojas.

A unidade de saúde Posto Lages da Vila São Sebastião conta com equipe de saúde que ainda está incompleta, pois foram demitidos o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde o que dificulta um bom trabalho na comunidade; a equipe está formada por um médico e uma técnica de enfermagem. Existe também uma ambulância para os traslados dos pacientes de urgência para o hospital de João Pinheiro.

A população registrada totaliza 1.908 pessoas no território, sendo que deles 1.507 são maiores de 15 anos. Do total da população 347 são hipertensos representando 23 %.

A distribuição da população da área de abrangência da equipe de saúde é mostrada na tabela 1.

Tabela 1 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família posto Lages município João pinheiro, 2015.

Sexo	Faixa Etária (anos)										
	< 1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Masculino	22	46	34	43	61	75	151	145	171	199	947
Feminino	19	45	31	43	57	74	182	147	247	116	961
Total	41	91	65	86	118	149	333	292	418	315	1908

Fonte: SIAB (2014).

Os dados da Tabela 1 apontam que o maior contingente populacional encontra-se na faixa etária de 50 a 59 anos de idade e que a população masculina, com mais de 60 anos, é maior do que a feminina contrariando os dados da população nacional, onde a feminilização da idade é um fato.

1.3 Diagnóstico situacional de saúde

O diagnóstico situacional, segundo Campos, Farias e Santos (2010, p.56), “é apenas um primeiro passo num processo que busca continuar um plano de ação”.

Sendo assim, após discussão com a equipe de estratégia saúde da família “Posto Lages”, foram identificados alguns dos principais problemas enfrentados pela população de sua área adscrita, levando-se em consideração a realidade vivenciada pela equipe.

Quando se fala de um problema, não se pode considerar apenas o problema isoladamente, mas sim tudo o processo que levam as causas e/ ou conseqüências. Por isso, “ao identificar um problema, deve-se considerar se ele é final (terminal) ou

intermediário”, sendo que os problemas intermediários farão parte de uma cadeia de causas que levam ao problema principal, tendo igual importância dentro do contexto (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 57).

O principal problema detectado nesta população foi o alto índice de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), principalmente em pessoas com idade acima de 15 anos. Outros problemas encontrados foram alta prevalência de Diabetes Mellitus, grande quantidade de pacientes com hiperlipidêmicas, baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento, baixo nível cultural da população e alto índice de stress, obesidade e sedentarismo.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta morbimortalidade, comprometendo a qualidade de vida das pessoas o que desperta um olhar atento para as práticas em saúde (BRASIL, 2013).

Ao se falar no processo terapêutico, na prevenção da HAS e seus agravos, há que se salientar como são importantes a modificação no estilo de vida da pessoa e sua alimentação adequada. O consumo de sal, controle do peso, adoção de atividades físicas orientadas, tabagismo e uso excessivo de álcool constituem “fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial” (BRASIL, 2006, p.8).

Para Oshiro, Castro e Cymrot (2010) o controle de hipertensão arterial ainda é um grande desafio para os serviços de saúde, principalmente quanto à adesão das pessoas ao tratamento da HAS, pois o não controle da pressão arterial e suas complicações resultam em elevada morbimortalidade.

O presente projeto de intervenção propõe criar ações de controle da hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da equipe de saúde da família “Posto Lages”, promovendo uma discussão acerca da associação de medidas educativas e o empenho das políticas públicas de saúde elaborando estratégias de intervenção para melhorar a qualidade de vida do paciente hipertenso.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Propor um projeto de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família "Posto Lages", no município João Pinheiro - MG.

3.2 Objetivos específicos

- Definir ações de saúde dentro e fora da unidade que garantam o conhecimento da população sobre prevenção da doença.
- Identificar intervenções para a redução dos fatores de riscos na incidência de hipertensão arterial sistêmica.

4 METODOLOGIA

Os procedimentos metodológicos aconteceram em três momentos interligados: realização do diagnóstico situacional, revisão de literatura sobre o tema e elaboração do projeto de intervenção.

O diagnóstico situacional foi realizado com a finalidade de identificar os problemas relativos à comunidade adscrita ao Posto Lages por meio do método de Estimativa Rápida. Os dados foram coletados nos registros da Unidade de Saúde e em fontes secundárias, como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A revisão de literatura para fundamentar teoricamente o presente trabalho, realizou-se por meio de levantamento bibliográfico de textos, livros, manuais do Ministério da Saúde e artigos científicos publicados no período de 2006 a 2015 nos seguintes bancos de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

Para realizar essa busca foram utilizados os descritores: Hipertensão; Prevenção; Educação em saúde; Atenção primária à saúde.

O projeto de intervenção para o enfrentamento do problema levantado pela Equipe de Saúde foi elaborado baseado nos dez passos do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Em reuniões de equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizamos o problema: hipertensão arterial sistêmica. A partir da sua importância e da nossa capacidade de enfrentamento descrevemos o problema e a elaboração de estratégias para combatê-lo.

5 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), a hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica derivada de vários fatores e caracteriza- por níveis elevados e sustentados de pressão arterial igual ou maior que 140 x 90 mmHg. Frequentemente a HAS está associada a alterações funcionais e/ou estruturais do coração, encéfalo, rins e provoca espessamento e perda de elasticidade das paredes dos vasos sanguíneos; associa-se também a alterações metabólicas, aumentando o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOARES; FALHEIROS; SANTOS, 2011).

No Brasil e no mundo, a HAS é considerada um grave problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.9), a hipertensão arterial sistêmica é:

[...] um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável pelo menos de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com a diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmhg), a prevalência na população rural adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido.

Ela é também um fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, como doença isquêmica cardíaca e em sua decorrência a insuficiência cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. A HAS pode ser fator de risco para doenças de déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular. Portanto, a hipertensão arterial sistêmica e suas consequências contribuem para maior redução da expectativa e da qualidade de vida das pessoas (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006 *apud* BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial tem alta prevalência, sendo que seu controle atinge baixas taxas. “A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.19).

Segundo o Williams (2010) *apud* Brasil (2013), no ano de 2001 ocorreram no mundo, aproximadamente, 7,6 milhões de mortes originadas pela elevação da pressão, sendo que 54% delas foram por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração; mais da metade dessas mortes ocorreram em pessoas na faixa de idade entre 45 e 69 anos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), citando informações da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), afirma que, na população brasileira em 2011, a prevalência média da HAS em pessoas acima de 18 anos foi de 22,7%, sendo maior no sexo feminino (25,4%) do que no sexo masculino (19,5%).

Embora a hipertensão arterial sistêmica seja uma doença crônica com alta prevalência, seu curso pode ser modificado com um tratamento adequado e contínuo, evitando complicações e melhorando a qualidade de vida das pessoas.

Nesse sentido, alguns fatores de risco da HAS não são modificáveis, como a idade, a hereditariedade, etnia e o sexo. Entretanto outros, como sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, podem ser modificados com mudanças de comportamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Portanto, a hipertensão pode ser evitada na maioria das vezes ou ter uma alta probabilidade de controle, se já presente. “Se não mais evitável a HA, o seu controle poderá evitar grande parte das complicações e do seu impacto social” (LESSA, 2006, p.45).

Machado, Pires e Lobão (2012), citando a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), enfatizam que para se promover a saúde e prevenir uma doença e suas complicações, é necessário que a pessoa conheça a sua doença e os fatores de riscos que contribuem para o desenvolvimento da mesma ou das comorbidades associadas.

Embora tenha evoluído o manejo da hipertensão com o avanço científico e tecnológico, um dos grandes desafios para as equipes de saúde refere-se à adesão das pessoas hipertensas ao tratamento proposto, seja ele com ou sem medicamentos. A adesão a um tratamento é considerada “o grau de coincidência

entre a prescrição médica, o que inclui as orientações não farmacológicas e o comportamento adotado, concretamente, pelo paciente”. Aproximadamente dois terços das pessoas que apresentam HAS não têm seus níveis pressóricos adequados em consequência do uso incorreto da terapêutica proposta (MENDES *et al.*, 2014, p.58).

Entre os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento, Mendes *et al.* (2014, p.64) destacam os relacionados às razões ligadas aos serviços de saúde e aos profissionais de saúde, os “fatores socioeconômicos e demográficos, aspectos psicossociais e culturais, apoio social e familiar e ao tratamento terapêutico”. Moura *et al.* (2015, p.10) reforçam este pensamento ao considerarem como fatores intervenientes no processo de adesão ao tratamento: “o paciente, a doença, o tratamento, a relação profissional-paciente, fatores culturais e os relacionados às instituições e sistemas de saúde”, portanto são necessárias múltiplas ações.

Para melhorar essa adesão é importante que as equipes de saúde tracem estratégias para que as intervenções sejam mais efetivas no atendimento das pessoas hipertensas e tenham a finalidade de evitar o abandono ao tratamento.

Publicações analisadas por Moura *et al.* (2015, p.7426) apontam a educação em saúde, desenvolvida por diversos profissionais que estejam envolvidos no cuidado, como instrumento fundamental no aumento da adesão. É necessário que a relação profissional/paciente nesse processo educativo seja embasada “em uma relação de confiança que permita uma compreensão clara do paciente sobre o tratamento fármaco e não fármaco proposto, e que considere a compreensão do paciente em relação à hipertensão e ao tratamento”.

Giroto *et al.* (2013, p.1770) ressaltam que para a adesão do paciente ao tratamento da HAS a equipe de saúde da família deve atuar, “de forma integrada na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção à saúde e no atendimento”. Sendo assim, o planejamento das atividades e sua execução são “fundamentais para minimizar os gastos dos serviços, especialmente os de média e alta complexidade, e, principalmente, para melhorar a qualidade de vida das pessoas”.

A definição e utilização de diversas estratégias e ferramentas, individuais e coletivas, são de grande importância para a adesão da pessoa ao tratamento, melhorando a qualidade do cuidado (RAMOS; CARVALHO FILHA; SILVA, 2015).

Entre as ferramentas utilizadas na educação em saúde para melhorar a adesão ao tratamento, Giroto *et al.* (2013) citam as oficinas ou grupos de trabalho e as ações individuais que facilitem a escuta, o acolhimento e o vínculo entre equipe e paciente de forma a possibilitar que os participantes compartilhem experiências, saberes e práticas.

Finalizando, outro aspecto importante é também na abordagem da pessoa com doenças crônicas, como a HAS, é a necessidade da equipe de saúde estimular o autocuidado.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p.113):

O autocuidado não deve ser entendido como exclusiva responsabilidade do indivíduo e de sua família, mesmo que estes tenham que compreender e aprender a desenvolver atividades que competem somente a este raio de relação. O autocuidado é também responsabilidade do profissional e das instituições de Saúde, já que estamos falando em dialogar sobre as necessidades de cuidado da pessoa em relação à sua condição crônica.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Conforme dito na metodologia deste trabalho, o projeto de intervenção foi norteado seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional.

6.1 Identificação dos problemas

Os problemas de saúde identificados no território da equipe de saúde “Posto Lages” foram:

- Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica
- Alta prevalência de Diabetes Mellitus
- Grande quantidade de pacientes com hiperlipidêmicas
- Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento
- Baixo nível cultural da população
- Alto índice de stress, obesidade e sedentarismo.

6.2 Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, foi realizada a priorização dos mesmos, de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 1 retrata essa priorização.

Quadro 1 - Priorização dos Problemas no território da ESF “Posto Lages” da Vila São Sebastião - 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica.	Alta	5	Dentro	1
Alta prevalência de diabetes <i>mellitus</i>	Alta	4	Dentro	2
Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento	Alta	5	Dentro	2
Grande quantidade de pacientes com hiperlipidêmicas	Alta	4	Dentro	2
Alto índice de estresse, obesidade e sedentarismo	Alta	4	Dentro	3
Baixo nível econômico e cultural da população.	Média	2	Fora	3

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.3 Descrição do problema selecionado

A prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Brasil atinge altas taxas variando de acordo com a faixa etária. Em adultos a prevalência da HAS entre adultos é de 22% a 44%, em pessoas com 60 a 69 anos é de mais de 50%, atingindo 75% em pessoas com mais de 70 anos. Quanto ao sexo há um ligeiro aumento entre a população feminina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Apesar dessa alta prevalência, as taxas de controle são baixas, embora seja notório que medidas simples podem controlar a pressão arterial, como modificações de hábitos e estilo de vida, além da adesão ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, na área de abrangência da equipe, observa-se que as pessoas apresentam dificuldades em mudar comportamentos e seguir os esquemas terapêuticos propostos.

6.4 Explicação do problema

É importante dizer que por ser uma doença silenciosa no início e em ocasiões o paciente apresentar níveis altos de pressão arterial (PA) sem apresentar sintomas, as pessoas hipertensas não dão a devida importância à doença e a seu tratamento. Percebe-se na área de abrangência da equipe que muitas pessoas com HAS não seguem as orientações do médico e dos demais membros da equipe de forma adequada, nem fazem o controle da PA, o que favorece o descontrole e a aparição de complicações em um menor período de tempo.

O grande número de pessoas com HAS não controlada se deve a alguns fatores: diagnóstico e identificação não oportunos, não estar cadastrado, não comparecer à unidade de saúde, não fazem uso de correto da medicação; muitos se automedicam desconhecendo desta prática, a gravidade da doença e complicações; resistem às mudanças dos hábitos alimentares e do estilo de vida, mantendo uma vida sedentária sem atividades físicas.

6.5 Seleção dos “nós críticos”

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar os seus “nós críticos” do problema. Para Campos; Faria e Santos

(2010, p63), “nó crítico é um tipo de causa do problema que, quando atacada é capaz de impactar o problema principal e efetivamente enfrenta-lo”. Portanto, é necessário analisar as várias causas, selecionando as mais importantes e que precisam ser enfrentadas, de acordo com a governabilidade da equipe de saúde.

Sendo assim, os principais “nós críticos” do problema foram:

- Hábitos e estilos de vidas não saudáveis.
- Fatores culturais e carências que dificultam a adesão ao tratamento.
- Pouca informação sobre a doença que dificulta na forma do paciente conviver com ela.
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e atendimento.

6.6 Desenho das operações

Após a explicação do problema e identificadas as suas causas consideradas mais importantes, “é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.64).

O plano de ação destina-se a desenhar as operações ou conjunto de ações para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema: Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica.

O desenho das operações está representado no quadro 2, a seguir.

Quadro 2 - Desenho das operações para enfrentamento dos “nós críticos” da alta incidência da HAS da ESF “Posto Lages”, Vila São Sebastião município João Pinheiro 2015.

“Nós críticos”	Operações/ Projetos	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vidas não saudáveis	Mudança de hábitos Modificar hábitos e estilos de vida não saudáveis.	Diminuição em um mínimo de 30% do número de obesos, sedentários e tabagismo no prazo de doze meses.	Distribuição de panfletos com orientação sobre alimentação, prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis, incorporação às academias e grupos.	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, Organizacional: incorporação às academias e grupos.
Fatores culturais e carências que dificultam a adesão ao tratamento	Saiba mais Identificar os fatores culturais que dificultam a adesão ao tratamento. Melhorar a adesão ao tratamento.	Conscientização e adesão da população aos tratamentos propostos pela equipe.	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da doença. Capacitação das ACS, divulgação educativa da doença nas escolas.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político: articulação Intersetorial das secretarias de: educação e saúde Organizacional: organização de grupos e da agenda de trabalho da equipe.
Pouca informação sobre a hipertensão arterial sistêmica o que dificulta a forma do paciente conviver com a mesma.	Convivendo melhor Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.	Conscientização e adesão da população aos tratamentos, comparecimento às consultas e controle periódico da PA.	Avaliação do nível de conhecimento adquirido pela população sobre a doença e os riscos. Programa de saúde escolar.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político: articulação Intersetorial das secretarias de: educação e saúde Organizacional: organização de grupos e de espaço para realização das atividades.
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e atendimento.	Linha de trabalho Implementar uma adequada linha de trabalho, baseado no cuidado aos hipertensos.	Cobertura de 80 a 85% da população com risco cardiovascular aumentado.	Linha de cuidado para as doenças crônicas não remissíveis em específico para o risco cardiovascular dos protocolos pessoal de saúde. Capacitação.	Organizacional: adequação de fluxo (referencias e contrarreferências) Cognitivo: elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos. Político: articulação entre os setores da saúde.

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.7 Identificação dos recursos críticos

Identificar os recursos críticos necessários à execução das operações é uma atividade essencial para se analisar a viabilidade do plano. Recursos críticos são “aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.67).

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos, para diminuir a incidência da HAS da ESF “Posto Lages”, Vila São Sebastião município João Pinheiro 2015.

Operação/ Projeto	Recursos Necessários
Mudança de hábitos Modificar hábitos e estilos de vida.	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais folhetos educativos. Organizacional: incorporação às academias e grupos.
Saiba mais Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político: articulação Intersectorial: secretarias de educação e saúde. Organizacional: organização de grupos e da agenda.
Convivendo melhor Identificar os fatores culturais que dificultam a adesão ao tratamento. Melhorar a adesão ao tratamento.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político: articulação Intersectorial: secretarias de educação e saúde. Organizacional: organização de grupos.
Linha de cuidado Implementar uma adequada linha de cuidado.	Organizacional: adequação de fluxo (referências e contrarreferências). Cognitivo: elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos. Político: Articulação entre os setores da saúde.

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.8 Análise de viabilidade do plano

Para se analisar a viabilidade do plano deve-se ter em mente que a pessoa que controla a ação não controla todos os recursos necessários para a sua execução. Portanto, é necessário identificar quem controla os recursos críticos e como se posiciona em relação ao problema para assim, “definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.68).

As propostas de ações para a motivação dos atores, possibilitando a viabilidade do plano encontram-se no quadro 4.

6.9 Elaboração do plano operativo

Na elaboração do plano operativo são designados os responsáveis pelos projetos e ações estratégicas, bem como definidos os prazos para o cumprimento das ações planejadas. “O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las”, podendo contar com o apoio de outras pessoas. O seu desse “responsável” é garantir que as ações sejam executadas de formas coerentes e sincronizadas, “prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.71).

O plano operativo está exposto no quadro 5.

Quadro 4 - Propostas de ações para a motivação dos atores, para diminuir a incidência da HAS da ESF “Posto Lages”, Vila São Sebastião município João Pinheiro 2015.

Operações/ Projetos	Recursos Necessários	Controle dos Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<p>Mudança de hábitos</p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida.</p>	<p>Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais folhetos educativos, Organizacional: incorporação às academias e grupos Lian Gong.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Equipe de Saúde.</p> <p>NASF.</p>	<p>Favorável.</p>	<p>Não é necessária.</p>
<p>Saiba mais</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação.</p> <p>Político: articulação Intersetorial: secretarias de educação e saúde. Organizacional: organização de grupos e da agenda.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde e de Educação.</p> <p>NASF.</p> <p>Equipe de Saúde.</p>	<p>Favorável.</p>	<p>Não é necessária.</p>
<p>Convivendo melhor</p> <p>Identificar os fatores culturais que dificultam a adesão ao tratamento. Melhorar a adesão ao tratamento.</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação.</p> <p>Político: articulação Intersetorial: secretarias de educação e saúde. Organizacional: organização de grupos.</p>	<p>Equipe de Saúde.</p> <p>NASF</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde e de Educação.</p>	<p>Favorável.</p>	<p>Não é necessária.</p>
<p>Linha de cuidado</p> <p>Implementar uma adequada linha de cuidado.</p>	<p>Organizacional: adequação de fluxo (referências e contrarreferências).</p> <p>Cognitivo: elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos.</p> <p>Político: articulação entre os setores da saúde.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Equipe de Saúde.</p>	<p>Favorável.</p>	<p>Não é necessária.</p>

Fonte: Autoria Própria (2016).

Quadro 5 – Plano operativo para diminuir a incidência da HAS da ESF “Posto Lages”, Vila São Sebastião município João Pinheiro 2015.

Operações	Resultados	Produtos	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
Mudança de hábitos Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em mais de 30% os obesos, sedentários e tabagistas. No prazo de doze meses.	Distribuição de panfletos com orientação sobre alimentação pratica de exercícios físicos e hábitos saudáveis, incorporação às academias, Lian Gong.	Não é necessária.	Médico e técnica de enfermagem	Três meses para o inicio das atividades e avaliação anual.
Saiba mais Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.	Conscientização e adesão da população aos tratamentos.	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da doença. Capacitação das ACS, divulgação educativa da doença nas escolas.	Não é necessária.	Médico e técnica de enfermagem	Início três meses e término em oito meses, início em seis meses e avaliações semestral.
Convivendo melhor Identificar os fatores culturais que dificultam a adesão ao tratamento. Melhorar a adesão ao tratamento	Conscientização e adesão da população aos tratamentos, comparecimento às consultas e controle periódico da PA.	Avaliação do nível de conhecimento adquirido pela população sobre a doença e os riscos. Programa de saúde escolar	Não é necessária.	Médico e técnica de enfermagem.	Início três meses e término em oito meses, início em seis meses e avaliações semestral.
Linha de cuidado Implementar uma adequada linha de cuidado.	Cobertura de 80 a 85% da população com risco cardiovascular aumentado.	Linha de cuidado para as doenças crônicas não remissíveis em específico para o risco cardiovascular dos protocolos pessoal de saúde capacitado.	Não é necessária.	Médico e técnica de enfermagem.	Início em três meses e finalização em doze meses.

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.10 Gestão do plano

O acompanhamento e avaliação do plano de intervenção para o problema alta incidência de hipertensão arterial sistêmica no território da equipe de saúde do Posto Lages na Vila São Sebastião serão realizados por meio de indicadores do SIAB, pela equipe multidisciplinar e coordenadores da unidade. O acompanhamento será semanal e a avaliação mensal durante o fechamento do SIAB.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial foram, em grande parte, relacionados a situações desgastantes do dia a dia, à falta de enfrentamento da doença pela desinformação e à desorganização do processo de trabalho do serviço de saúde.

A elaboração deste estudo contribuiu para reforçar a importância de se conhecer os fatores que dificultam a adesão da pessoa com hipertensão arterial sistêmica ao tratamento, considerando seus conhecimentos, suas características individuais e sua cultura, conhecendo melhor a sua maneira de ser, sentir e agir. Para isso a capacitação da equipe de saúde e o planejamento das ações em saúde tornam-se indispensáveis.

Espera-se com a implantação deste projeto de intervenção que ocorra melhora do conhecimento da população sobre a hipertensão arterial sistêmica, seus riscos e como evitá-los, por meio da adesão ao tratamento, melhorando assim o estado de saúde das pessoas da comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf> Acesso em: 06 mai., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa como doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

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

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIROTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T.. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1763-1772, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=313630&search=|joao-pinhoiro>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

LESSA, I.. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v.13, n.1, p.39-46, 2006.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M.. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p.1357-1363, 2012.

MENDES, L. M. O.; BARROS, J. S. T.; BATISTA, N. N. L. A. L.; SILVA, J. M. O.. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Revista Univap**, v. 20, n. 35, p.56-68, 2014.

MOURA, A. A.; GODOY, S.; TOGNOLI, S. H.; MENDES, I. A. C.. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial no contexto da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, v.9,n.4, p.7420-30, abr., 2015.

OSHIRO, M. L.; CASTRO, L. L. C.; CYMROT, R.. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v.31, n.1, p.95-100, 2010.

RAMOS, J. S.; CARVALHO FILHA, F. S. S.; SILVA, R. N. A.. Avaliação da adesão ao tratamento por idosos cadastrados no programa do HIPERDIA. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v.4, n.1, p.29-39, 2015.

SOARES, C. A. M.; FALHEIROS, M. R.; SANTOS, E. O.. A enfermagem e as ações de prevenção primária da hipertensão arterial em adolescentes. **Adolesc. Saude**, v.8, n.2, p. 46-55, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, supl.1, p.51, 2010.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.