

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

NATHANAEL DE MELO ARAUJO

**FATORES CAUSAIS DE BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES DA AREA
42 DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EDVALDO SILVA EM
MACEIÓ-ALAGOAS**

MACEIO - ALAGOAS

2018

NATHANAEL DE MELO ARAUJO

**FATORES CAUSAIS DE BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES DA AREA
42 DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EDVALDO SILVA EM
MACEIÓ-ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

MACEIÓ - ALAGOAS

2018

NATHANAEL DE MELO ARAUJO

**FATORES CAUSAIS DE BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EMPACIENTES DA AREA 42
DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EDVALDO SILVA EM
MACEIÓ-ALAGOAS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora –UFMG

Profa. Dra. Maria Rizeide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 27/09/2018

DEDICATÓRIA

À equipe de saúde que compartilhou comigo na realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha equipe, pelo apoio.

RESUMO

Por meio do diagnóstico situacional, realizado na área de abrangência da Unidade de Saúde Edvaldo Silva do bairro Fernão Velho situado no município de Maceió-Alagoas, identificou-se a existência de alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica Primária não controlada, por causa da baixa adesão ao tratamento terapêutico. A hipertensão Arterial Sistêmica contribui com o aumento do risco cardiovascular incrementando a morbidade e a mortalidade por patologias cardiovasculares que geram um alto impacto socioeconômico. Este trabalho objetivou elaborar um projeto de intervenção para reduzir as complicações da hipertensão, o surgimento de Doenças Cardiovasculares e aumentar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Foi realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados da SciELO, com os descritores: Hipertensão, adesão e saúde da família. O plano de intervenção se baseou nos passos do Método do Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se, por meio das ações deste plano que busca melhorar a adesão terapêutica, reduzir as complicações e o aumento do risco cardiovascular além de se criar uma consciência coletiva e que o paciente com hipertensão se sinta e seja o elemento ativo no seu processo de tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão. Adesão. Saúde da Família.

ABSTRACT

The situational diagnosis, performed in the area of coverage of the Edvaldo Silva Health Unit in the Fernão Velho neighborhood located in the municipality of Maceió-Alagoas, identified the existence of a high prevalence of patients with uncontrolled primary hypertension due to low adherence to therapeutic treatment. Systemic Arterial Hypertension contributes to an increase in cardiovascular risk, increasing morbidity and mortality due to cardiovascular pathologies that generate a high socioeconomic impact. This study aimed to elaborate an intervention project to reduce the complications of hypertension, the emergence of Cardiovascular Diseases and increase adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment. A bibliographic review was performed in the Virtual Health Library, in the SciELO database, with the descriptors: Hypertension, adherence and family health. The intervention plan was based on the steps of the Strategic Situational Planning Method. It is hoped that, through the actions of this plan that seeks to improve therapeutic adherence, reduce complications and increase cardiovascular risk, as well as creating a collective conscience and that the patient with hypertension feels and is the active element in their process of treatment.

Key words: Hypertension. Adherence. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PA	Pressão Arterial
USF	Unidade Saúde da Família.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura-1 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.	12
Figura 2- Possíveis causas que interferem na baixa adesão terapêutica dos pacientes com Hipertensão arterial.....	26
Quadro 1 –Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 42, Unidade de Saúde Edvaldo Silva, bairro Fernão Velho município de Maceió, estado de Alagoas.	15
Quadro 2 –Dados de Hipertensão Arterial por Capital (Vigitel 2012).	24
Quadro 3 –Situação dos pacientes hipertensos da área de abrangência da equipe 42 da USF Edvaldo Silva.	25
Figura 2: Possíveis causas que interferem na baixa adesão terapêutica dos pacientes com Hipertensão arterial.	26
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “a alta prevalência de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silvado município Maceió, estado de Alagoas.	27
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “a alta prevalência de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silva do município Maceió, estado de Alagoas.	28
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “a alta prevalência de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silva do município Maceió, estado de Alagoas.....	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município Maceió-Alagoas	11
1.2 Aspectos da comunidade de Fernão Velho	12
1.3 O sistema municipal de saúde	12
1.4 A Equipe de Saúde da Família 42 USF Edvaldo Silva, seu território e sua população..	13
1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	15
1.6 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVO	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	23
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	25
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	26
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município Maceió-Alagoas

Maceió é a capital do estado de Alagoas, situada na Região Nordeste do país. Sua população no Censo de 2010 era de 932.748 habitantes e com estimativa para 2017 de 1.029.129 habitantes. É, portanto, o município mais populoso de Alagoas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015).

Maceió, capital de Alagoas, é banhada por lagoas, um mar que mescla o azul-turquesa e o verde-esmeralda e belas praias ornadas por jardins de coqueirais. Conhecida como “Paraíso das Águas”, hoje é considerada como o “Caribe Brasileiro” devido às suas belezas naturais que atraem turistas de todo o mundo (MACEIÓ, 2018).

Alagoas é o quinto maior produtor nacional de cana-de-açúcar, além dos cultivos de arroz, feijão, mandioca, milho, banana, abacaxi, coco-da-baía, laranja, algodão e fumo.

Entre 2007 e 2010, detectou-se que o Valor de Transformação Industrial (VTI) da agroindústria sucroalcooleira ainda representa cerca de 70% do VTI estadual (ALAGOAS, 2014).

O setor químico e plástico, que é a segunda maior e mais organizada indústria em Alagoas, respondeu por 17% do VTI em 2010. A soma desses dois setores concentra 87%, em média, da geração de valor da indústria, clarificando o nível de concentração que existe no estado. Existem em Alagoas 24 usinas, mas na safra 2013/14 apenas 20 moeram efetivamente. Para a safra 2014/15 apenas 16 apresentam condições integrais para operar. Devido a crise existente no setor há uma possibilidade de redução do número de usinas, particularmente as de menor porte (abaixo de 1 milhão de tons/ano) que não estão operando em regime de cooperativa (ALAGOAS, 2014, p.21-22)

O Município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Entre os anos de 2000 e 2010 a dimensão que mais cresceu foi a Educação, seguida por longevidade e por Renda (IBGE, 2017). Na figura 1 pode-se verificar esse crescimento educacional.

Figura-1 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal



Fonte: Atlas

do Desenvolvimento Humano Brasil (2013)

1.2 Aspectos da Comunidade Fernão Velho

Fernão Velho é um dos primeiros bairros da cidade de Maceió. Possui 5.655 habitantes e encontra-se situado numa das regiões mais bonitas da cidade. Seus moradores vivem basicamente da pesca e da agricultura, predominando a economia informal. Sua população mais jovem trabalha no comércio da cidade, há um grande número de idosos e aposentados, desempregados e subempregados. O bairro possui características rurais apesar de encontrar-se na capital do estado. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário que uma parte é despejada na lagoa e outras possuem fossas. Quanto às moradias, estas são bastante precárias e ribeirinhas. Na área educacional a população possui elevado índice de analfabetismo funcional, sobretudo entre os maiores de 40 anos (IBGE, 2015).

A população conserva hábitos e costumes característicos da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas.

1.3 O sistema municipal de saúde

O município de Maceió pertence a 1ª macrorregião de saúde de Alagoas e está situado na 1ª microrregião cuja estrutura de assistência à saúde dispõe de 148 estabelecimentos de saúde pública, distribuídas entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) compostas por equipes multiprofissionais que prestam assistência à saúde na atenção básica. Esta conta com o apoio da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que oferece as seguintes especialidades: Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria, Cardiologia, Cirurgia geral, Ortopedia e Endocrinologia.

Na média complexidade, o município conta na área de saúde mental, com a equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na oferta dos seguintes profissionais: psiquiatra, assistente social, psicólogo, e pedagogo. O CAPS também presta assistência referenciada aos municípios circunvizinhos conveniados para área de saúde mental (IBGE, 2015).

O município encontra-se dividido em oito distritos de saúde e possui uma Rede Integrada de Laboratórios de Saúde Pública e Patologia (Relab), que é instituída pela Secretaria de Estado da Saúde por meio do Laboratório Central de Alagoas (Lacen/AL) e do Centro de Patologia e Medicina Laboratorial (CPML), que faz parte da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Os pacientes do SUS poderão fazer exames laboratoriais de baixa e média complexidade.

1.4 A Equipe de Saúde da Família 42 USF Edvaldo Silva, seu território e sua população.

A equipe de Saúde da Família 42 USF Edvaldo Silva está localizada no bairro Fernão Velho, onde trabalham três Equipes de Saúde da Família, denominadas pela Secretaria Municipal de Saúde como equipes 42, 52e 53 e uma Equipe de Saúde Bucal.

A Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silva de Fernão Velho foi inaugurada há 29 anos e está situada na Rua Coronel Othon Bezerra de Melo, que faz a ligação com a estação de trem que leva ao centro da cidade. O prédio onde está situada a unidade de saúde foi adquirido com recursos próprios da secretaria de saúde do município. Sua área pode ser considerada adequada considerando a população atendida de 5200 pessoas distribuídas entre as três equipes. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta o atendimento, é motivo de insatisfação de alguns usuários e também dos profissionais de saúde.

Não existe uma copa adequada nem sala de reunião, razão pela qual a equipe utiliza o espaço de um salão disponibilizado pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que fica a poucas quadras da unidade de saúde, o que às vezes é um problema, pois o espaço na maioria das vezes está ocupado por reuniões administrativas do CRAS. As reuniões com a comunidade, isto é, os grupos operativos, são realizadas no salão disponibilizado pela associação dos Alcoólicos Anônimos (AA), que fica distante, cinco quadras da unidade de saúde, porém acessível a comunidade e a equipe. Houve momentos em que as reuniões aconteciam no salão da igreja ou praça da comunidade “recreio”.

O cadastramento das famílias de cada microárea é uma atividade constante das equipes, atividade realizada principalmente pelos agentes comunitários de saúde e tem como

finalidade um melhor conhecimento e acompanhamento da população. Atualmente existem em torno de 429 famílias cadastradas.

As equipes de saúde da família são compostas por uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um médico, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião dentista e uma auxiliar de consultório dentário. Tem, ainda, um farmacêutico, agentes administrativos que respondem pelo arquivo e a diretora administrativa da unidade.

No planejamento das atividades diárias destinamos um dia e horário específico da semana para reunir a equipe e discutirmos sobre fixar metas, tirar dúvidas, solucionar problemas e planejar a agenda com os cronogramas de atividades. São programados para atenção médica em torno de 20 consultas por dia, 10 em horário matutino e 10 em vespertino, deixando-se espaço para quatro atendimentos de demanda espontânea por dia que são avaliados e priorizados segundo os critérios de triagem. As visitas médicas domiciliares são realizadas nas quartas-feiras durante a tarde conforme agendamento.

Também aproveitamos as tardes para realizar as atividades de promoção de saúde, palestras, atenção de grupos de hipertensos, diabéticos entre outros. Observamos que atualmente na área existe uma grande demanda reprimida devido à falta de profissional médico há alguns meses atrás.

A unidade está informatizada, utilizamos o sistema regulador Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e o Complexo Regulador de Maceió (CORA) para realizar as marcações de exames e consultas de nível especializado para os pacientes. Desta forma, o processo de marcação de exames e referências aos níveis secundários e terciários de saúde torna-se mais humanizado tendo em conta que os pacientes já não devem enfrentar filas para realizar as marcações.

A população tem muito apreço pela unidade de saúde que atualmente encontra-se bem equipada e conta com os recursos adequados para as atividades profissionais desempenhadas pela equipe.

1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade(primeiro passo)

A atividade da disciplina de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) apontou os seguintes problemas de saúde identificados pelos profissionais da USF Edvaldo Silva, foram:

- Usuários diabéticos descompensados pela falta de adesão ao tratamento farmacológico.
- Comportamento de risco para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis tais como: alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e etilismo.
- Parasitoses em crianças decorrentes do saneamento básico inexistente.
- Baixa adesão ao tratamento farmacológico para a hipertensão arterial sistêmica identificadas nas consultas médicas e de enfermagem.
- Poucas ações de promoção à saúde e intervenções.
- Falta de estratificação de risco da população afetada.
- Internações devido a complicações da hipertensão.

1.6 Priorização dos problemas (segundo passo)

No Quadro 1 estão apresentados os problemas de saúde identificados na nossa área de abrangência e suas respectivas avaliações.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 42, Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silva, bairro Fernão Velho, município de Maceió, estado de Alagoas.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Hipertensos com baixa adesão ao tratamento farmacológico e não Farmacológico	Alta	7	Parcial	1
Hábitos e Estilo de vida inadequado	Alta	6	Parcial	1
Internações devido a hipertensão.	Alta	5	Parcial	2
Alto índice de Idosos na região	Alta	3	Fora	3
Falta de estratégias de promoção à saúde para o controle da hipertensão	Alta	3	Alta	1

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pela alta incidência de hipertensão arterial sistêmica na comunidade adscrita à equipe de Saúde 42, Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silva. Vale lembrar o que nos diz o Ministério da Saúde em relação à hipertensão. Normalmente, ela é acompanhada com a presença de vários fatores de riscos como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, dieta inadequada, a obesidade é um dos fatores de maior risco, por isso a prevenção e diagnóstico precoce são importantes para redução da morbidade e a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

No estado de Alagoas segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013) até o ano 2013 existiam 184.104 mil casos de hipertensão, com uma incidência de 7.930,14 casos por cada 100 mil habitantes e em Maceió apresentou 22.279 casos, com incidência de 8.500 casos por cada 100mil habitantes.

A hipertensão arterial sistêmica consiste em uma doença crônica, considerada como a principal causa para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e é uma doença de elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações e hospitalizações o que acarreta grande impacto nas mobilidades brasileiras e do mundo (BRASIL, 2013).

Assim, o projeto de intervenção aqui proposto apresentará ações de educação à saúde, utilizando estratégias que possibilitem a adesão ao tratamento da HAS estimulando as mudanças no estilo de vida que trarão qualidade de vida dos usuários hipertensos cadastrados na área 42 da Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silva. Atualmente a área possui 1750 usuários dos quais 319 são hipertensos e desses 199 não aderem ao tratamento.

Pretende-se estruturar estratégia de promoção à saúde para controle dos pacientes portadores de hipertensão, organizar o grupo operativo Hiperdia com encontros educativos, classificação de risco cardiovascular com objetivo de desenvolver estratégias focando principalmente nos pacientes com classificação de risco moderado evitando que avancem para alto risco. O grupo de Hiperdia atualmente encontra-se desestruturado servindo apenas para fornecer as prescrições médicas mensais aos pacientes. Portanto buscamos desenvolver estratégias de busca ativa de pacientes hipertensos.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir as complicações da hipertensão, o surgimento de Doenças Cardiovasculares e aumentar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

4 METODOLOGIA

Para elaborar o projeto de intervenção foi utilizado o método de Planejamento conhecido como Planejamento Estratégico Situacional (PES), concebido por Carlos Matus a partir do diagnóstico situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) da área adscrita da equipe de Saúde 42, Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silva. Após identificação dos problemas, a equipe se reuniu e avaliou os problemas identificados e selecionou a alta incidência de hipertensos como prioridade para se propor ações para o enfrentamento deste problema.

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre hipertensão para fundamentar o projeto mediante pesquisas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da *Cientific Electronic Library Online* (SciELO), por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Adesão.

Saúde da família.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) compreende uma das doenças de alta prevalência entre a população Brasileira e conseqüentemente é considerada como um dos principais problemas de saúde pública. É caracterizada por uma doença crônica não transmissível, sendo a principal causa para agravos e surgimento das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

No Brasil, no ano 2000, aproximadamente 17 milhões de pessoas eram portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo 35% constituídas por indivíduos com faixa etária entre 40 anos ou mais. “É esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta [...]” (BRASIL, 2006, p. 7).

Dados atuais apresentam a prevalência de hipertensão arterial autorreferida entre os adultos na população brasileira é de 24,1% (MALTA et al., 2017).

Foram identificadas as seguintes associações com hipertensão arterial autorreferida: faixa etária, tomando 18 a 24 anos como referência, todas as faixas etárias apresentaram maior chance – de 25 a 34 anos (RC = 2,6; IC95% 2,0–3,4) até 65 anos ou mais (RC = 28,1; IC95% 21,7–36,4); baixa escolaridade (9 a 11 anos de estudo – RC = 0,8; IC95% 0,7–0,9; e 12 anos ou mais – RC = 0,6; IC95% 0,6–0,7); raça/cor da pele preta (RC = 1,3; IC95% 1,1–1,5); ser ex-fumante (RC = 1,2; IC95% 1,1–1,3); obesidade (RC = 2,7; IC95% 2,4–3,0); diabetes (RC = 2,9; IC95% 2,5–3,5); e colesterol elevado (RC = 1,9; IC95% 1,8–2,2) (MALTA, 2017, p.1s).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial e é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Tem, ainda, alta prevalência e baixas taxas de controle. A HAS é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e dos mais importantes problemas de saúde pública (BRASIL, 2013).

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente tendo como fator de risco a elevação da pressão arterial (54% por acidente vascular encefálico – AVE, e 4% por doença isquêmica do coração – DIC) sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos, esse número têm maior prevalência entre a população masculina. No Brasil as DCV têm sido a principal causa de morte (BRANDÃO et al., 2011).

De acordo com Beck et al. (2011) a HAS é uma doença com elevada prevalência entre a população adulta sendo, portanto, relevante desenvolver ações em saúde que viabilizem a redução do descontrole da hipertensão e a ocorrência de agravos e complicações entre os usuários da atenção básica, com orientações acerca de mudanças no estilo de vida (MEV) e adesão ao tratamento.

Beck et al. (2011) encontraram em vários estudos que a qualidade do contato humano é um dos pontos críticos do sistema de saúde público brasileiro, sendo assim, dentro dessa perspectiva, existe uma atenção voltada ao hipertenso que promova o seu restabelecimento, assim como o acompanhamento do seu tratamento, de forma humanizada e coerente.

Para se prevenir dos agravos decorrentes da Hipertensão se faz necessária a adesão ao tratamento e aderir às mudanças no estilo de vida. A saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além do estilo de vida saudável, na direção de um bem estar saudável, promovendo a melhoria da qualidade de vida e a prevenção do aumento de internações hospitalares com práticas de prevenção e promoção á saúde (HAESER; BUCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Segundo Costa et al. (2013) para a efetiva redução das complicações cardiovasculares é importante manter o controle da PA e evitar os agravos e complicações decorrentes da hipertensão e isso se dá através da adesão ao tratamento e, mudanças do estilo de vida uma vez que este representa um importante papel na alta prevalência da hipertensão.

Existem vários fatores que podem afetar a pressão arterial como: circunferência abdominal elevada, ingestão energética, ingestão de gorduras, sódio, potássio e fibras dietéticas, consumo de bebidas alcoólicas. A obesidade pode aumentar diretamente a pressão arterial, sendo os indivíduos obesos mais suscetíveis ao aumento de pressão (COSTA et al., 2013),

Dentre as doenças crônicas, uma das que se destacam por sua prevalência é a HAS e por ser um problema de difícil resolutividade devido ao seu controle que depende do comportamento do paciente principalmente se o mesmo mantiver uma vida sedentária, abuso de bebidas alcoólicas e uma alimentação rica em carboidratos, lipídios e sódio. Constitui-se, assim, uma doença com elevado fator de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (ZAMAI; BURGUES, 2012).

Compreende-se que as complicações da hipertensão arterial, em muitos casos, levam o paciente a requerer cuidados médicos de alto custo, exigindo uso constante de medicamentos, exames complementares periódicos e procedimentos como diálise e, até mesmo, transplante. No Brasil, as doenças cardiocirculatórias são uma das principais causas de internações

hospitalares e, reconhecidamente, envolvem custos elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na VI Diretriz Brasileira de Cardiologia encontra-se mencionada a importância das modificações do estilo de vida que podem se refletir no retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe e, ainda, aos que são hipertensos poderem manter o controle evitando os agravos cardiovasculares(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

O “[...] tratamento não medicamentoso (TNM) da HA envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 30).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão chama ainda atenção para que os hipertensos sejam atendidos por equipe multiprofissional, tendo em vista que esta promove melhor controle da hipertensão o que significa dizer que há maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Os problemas mais evidentes relacionados à saúde da população na área de abrangência da equipe 42 da Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silva são: Hipertensos com baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico; hábitos e estilo de vida inadequados que estimulam o surgimento de doenças crônicas; Internações devido à hipertensão arterial em caráter de urgência; alto índice de idosos na região.

Foi possível fazer o levantamento dos problemas da comunidade, chegando à eleição do problema prioritário para o atual momento que é a alta prevalência de pacientes hipertensos com baixa adesão a terapêutica farmacológica ou não farmacológica. Observou-se que 27% da população da área de abrangência maior de 30 anos são portadores de hipertensão arterial primária.

Outros fatores que potencializam a ocorrência desse processo é o alto índice de analfabetismo em pacientes idosos da população, visto que a desinformação impede que os usuários compreendam os males que a hipertensão provoca, o que gera a falta de adesão com o tratamento.

Maceió é a quarta capital com maior número de hipertensos quase um quarto dos brasileiros adultos tem de enfrentar a hipertensão, mas o maior controle da doença tem diminuído fortemente o número de complicações ligadas à doença, que chegaram em 2012 ao menor patamar dos últimos 10 anos. Em Maceió, obesidade atinge 21,1% e colabora para maior prevalência de hipertensão e diabetes (PORTAL SAÚDE, 2018).

De acordo com a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 24,3% da população têm hipertensão arterial, contra 22,5% em 2006, ano em que foi realizada a primeira pesquisa (VIGITEL, 2012).

Quadro 2- Dados de Hipertensão Arterial por Capital (Vigitel 2012)

Capitais/DF	Total %	Masculino %	Feminino %
Aracajú	26,6	24,9	28,1
Belém	17,9	16,7	19,0
Belo Horizonte	25,9	23,9	27,7
Boa Vista	16,6	17,0	16,2
Campo Grande	25,9	23,3	28,3
Cuiabá	25,2	20,9	29,2
Curitiba	24,2	21,2	26,8
Florianópolis	21,7	19,1	24,1
Fortaleza	20,8	18,0	23,2
Goiânia	22,9	20,3	25,2
João Pessoa	25,7	21,4	29,2
Macapá	19,3	14,6	23,7
Maceió	26,7	23,3	29,4
Manaus	19,0	16,2	21,6
Natal	24,8	20,3	28,5
Palmas	17,2	17,1	17,4
Porto Alegre	26,2	23,3	28,6
Porto Velho	18,9	14,8	23,2
Recife	26,9	22,5	30,4
Rio Branco	22,4	18,2	26,1
Rio de Janeiro	29,7	25,4	33,2
Salvador	25,7	23,7	27,4
São Luís	18,2	14,9	20,9
São Paulo	23,5	20,0	26,6
Teresina	20,9	19,4	22,0
Vitória	24,7	22,5	26,5
Distrito Federal	23,9	24,0	23,8

Fonte: (Fabiane Schmidt / Agência Saúde Portal saúde.2018)

A leitura dos dados do Quadro 2 mostram que a capital Maceió encontra-se em terceiro lugar no que diz respeito ao número de pessoas com hipertensão, ficando apenas

após Rio de Janeiro e Recife. Dado preocupante e que alerta os profissionais da saúde para estudos e tomadas de decisão efetivas com vistas à melhoria desse dado.

Para solucionar a problemática da falta de promoção da saúde, a equipe deve buscar novas estratégias para viabilizar a adesão ao tratamento da hipertensão pelos pacientes que não aderem ao tratamento de forma correta seja a forma farmacológica ou medidas não farmacológicas como, por exemplo, as mudanças de estilo de vida.

Quadro 3-Situação dos pacientes hipertensos da área de abrangência da equipe 42 da USF Edvaldo Silva:

População	Número de pacientes	Fontes
Hipertensos cadastrados	319	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados	319	Registro da equipe
Hipertensos controlados	120	Registro da equipe

Fonte: e-SUS, 2017

6.2 Explicação do Problema Selecionado (quarto passo)

A escolha para o problema selecionado ocorreu em função da necessidade de realizar ações e estratégias em saúde que possibilitem a adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico e ações de promoção a saúde que estimulem as mudanças no estilo de vida, levando melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos da Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silva.

Atualmente, a unidade possui cadastrados 319 usuários hipertensos. As estratégias a serem implementadas na unidade para trazer resolutividade ao problema são ações em educação em saúde para orientar e conscientizar os usuários, acolhimento para fortalecer o vínculo com os hipertensos e o acompanhamento para monitorar o progresso do tratamento para o controle da hipertensão. Toda a equipe da Estratégia da Saúde da família estará engajada nas ações, como medidores das atividades do plano de ação.

Figura 2- Possíveis causas que interferem na baixa adesão terapêutica dos pacientes com Hipertensão arterial.



6.3 Seleção dos "nós críticos" do problema escolhido (quinto passo)

Os "nós críticos" mais prevalentes relacionados à saúde e de difícil controle relacionado às causas da Hipertensão são:

- Falta de estratégias de promoção de saúde para o controle da hipertensão.
- Hábitos e estilo de vida de risco (sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, obesidade)
- Baixo nível de informação

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “a alta prevalência de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 42 da Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silvado município Maceió, estado de Alagoas

Nó crítico	Falta de estratégias de promoção de saúde
Operação	Estabelecer registro de assistência, realizar a classificação de risco cardiovascular e grau de hipertensão da população alvo; Avaliar e controlar as metas segundo níveis de risco; Organizar palestras educativas sobre mudança de estilo de vida, realizando seguimento da população controlando o manejo farmacológico por meio das prescrições e registros da evolução individual de cada paciente e mostrar a

	necessidade de reorganizar ou adequar a prescrição médica.
Projeto	Retomando o controle da pressão.
Resultados esperados	Controle das metas pressóricas; Obtenção da classificação de risco cardiovascular e o grau de hipertensão da população alvo em um 100%, obtendo desta maneira uma abordagem adequada e direcionada para cada nível de risco (Alto, Médio ou Baixo). Otimização da adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico da hipertensão.
Produtos esperados	Grupo operativo de hipertensos organizado, adesão ao manejo farmacológico e não farmacológico, acompanhamento e controle dos níveis pressóricos.
Recursos necessários	Estrutural: Organização de atividades de grupos operativos, uma vez por semana com tempo de duração de 1 hora. Cognitivo: Profissionais capacitados no assunto com as informações atualizadas, materiais audiovisuais. Financeiro: Para adquirir materiais audiovisuais.
Recursos críticos	Estrutural: Organização de grupos operativos. Financeiro: Recursos para adquirir materiais audiovisuais.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde, com motivação favorável.
Ações estratégicas	Realização de matriciamento com o núcleo de apoio à saúde da família.
Prazo	Em um período de um mês para organização das ações.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	A equipe de saúde da unidade. Enfermeiro, Médico, Auxiliares, ACS.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenais com a equipe.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “a alta prevalência de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 42 da Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silva do município Maceió, estado de Alagoas

Nó crítico	Hábitos e estilo de vida de risco
Operação	Estabelecer um grupo de atividades físicas com a finalidade de promover uma mudança no estilo de vida de risco; Educação em saúde abordando fatores de riscos como obesidade, alimentação rica em sal, excesso de álcool, tabagismo que contribuem com a hipertensão arterial.
Projeto	Vida saudável.
Resultados esperados	Melhora dos níveis pressóricos. Romper com o sedentarismo Melhora da função cardiovascular; Alívio do estresse e a ansiedade; Promover perda de peso, Controle dos níveis glicêmicos. Diminuição ou cessação de álcool e tabaco.
Produtos esperados	Grupo comunitário de atividades físicas implantado, promoção de terapias não farmacológicas, adesão a tratamentos não farmacológicos para controle da hipertensão arterial..
Recursos necessários	Estrutural: Espaço para caminhadas orientadas e espaço para grupos operativos. Cognitivo: Usuários hipertensos conhecendo melhor sobre os fatores de risco e a importância do tratamento não farmacológico.
Recursos críticos	Político: Apoio da Secretaria de Saúde em contratação de profissionais da área.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde, com motivação favorável.
Ações estratégicas	Reunião com os membros da equipe de saúde para sensibilização quanto à necessidade de educação dos hipertensos para que alcancem melhor qualidade de vida. Apresentar projeto de educação continuada.
Prazo	Em um período de um mês para organização das ações.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	A equipe de saúde da unidade. Enfermeiro, Médico, Auxiliares, ACS.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenais com a equipe.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “a alta prevalência de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 42 da Unidade de Saúde da Família Edvaldo Silva do município Maceió, estado de Alagoas

Nó crítico	Baixo nível de informação
Operação	Elaborar um cartão que contenha os dados pessoais do hipertenso, Grau de classificação da hipertensão do portador, antecedentes ,informações básicas e dicas sobre mudanças de estilo de vida, Informações sobre dieta; registro pressórico, metas pressóricas a serem atingidas, medicações prescritas e a data de retorno ao grupo.
Projeto	Caderneta do Hipertenso
Resultados esperados	Pacientes com maior compreensão da própria doença, dos fatores de risco e de como se cuidar tanto em relação às mudanças de hábitos de vida quanto ao tratamento medicamentoso.
Produtos esperados	Cartão pronto com todos os dados para monitoramento do hipertenso. Monitoramento realizado mensalmente ou conforme data registrado no cartão do paciente.
Recursos necessários	Estrutural: Espaço para grupos de educação Cognitivo: Usuários hipertensos com maior conhecimento sobre a HAS. Financeiro: verba para aquisição de cartões.
Recursos críticos	Político: Apoio da Secretaria de Saúde para aquisição de verbas e confecção de cartões.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde, com motivação favorável.
Ações estratégicas	Apresentar projeto de aquisição de cartões e a importância de acompanhamento dos hipertensos por meio deles.
Prazo	Em um período de um mês para organização das ações.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro, Médico
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenais com a equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos grandes problemas para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica continua sendo a falta de adesão à terapêutica farmacológica assim como mudanças relativas às importantes medidas não farmacológicas que fazem parte dos fatores para o controle desta doença.

O grupo com maior dificuldade para adesão terapêutica e, conseqüentemente, para o controle da HAS são os idosos, faixa etária que compõe a maioria dos hipertensos da nossa região. Grande parte deste grupo sofre com limitações físicas e cognitivas além de hábitos culturais e cuja tradição os impede de “querer mudar” desencadeando falta de adesão principalmente às medidas não farmacológicas. Também contamos com os pacientes que já possuem danos irreversíveis conseqüentes da HAS não controlada.

Para controlar o aumento da prevalência da HAS, além de focar no grupo mais vulnerável que são os idosos, devemos investir naqueles grupos de baixo risco cardiovascular com grau de hipertensão baixo ou susceptíveis a adquirir a hipertensão por diversos fatores de riscos. Desta forma, conseguiremos um impacto positivo e futuro nos casos de HAS.

O presente trabalho objetivou promover ações de promoção de saúde e prevenção de agravos aos pacientes hipertensos da nossa área de abrangência, por meio de um plano de intervenção focando em melhorar a adesão terapêutica, reduzir as complicações e o aumento do risco cardiovascular. Espera-se criar uma consciência coletiva tornando o paciente como elemento ativo no seu processo de tratamento.

REFERENCIAS

ALAGOAS. **Alagoas contemporânea: Economia e Políticas Públicas em Perspectiva.** Organização: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Alagoas. Maceió: FAPEAL, 2014.

ATLAS BRASIL. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Municípios Brasileiros. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/maceio_al> acesso em 23/05/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRANDÃO, A. A. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J Bras Nefrol.** v. 32, Supl1, p. S1-S4, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbn/pdf>>. Acesso em 06/03/2018

BECK, C. C. et al . Fatores de risco cardiovascular em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associações com variáveis sociodemográficas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 14, n. 1, p. 36-49, 2011.

COSTA, J. V. et al. Análise de fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes escolares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 20, n. 2, 7 telas, mar.-abr. 2013. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acessado em: 05/05/2018

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

HAESER, L. M.; BUCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis**, v. 22, n. 2, p. 605-620, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@maceio /alagoas.**[online], 2017. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> acesso em :24/08/2017

MACEIÓ. Alagoas. **A cidade.** 2018. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br>. Acesso em 02 de julho de 2018.

MALTA, D. C. et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, 1s-11s, 2017.

PORTAL R7. Bairro histórico de Fernão Velho é tema de exposição fotográfica na Ufal <http://www.tnh1.com.br/noticias/noticias-detalle/cultura/bairro-historico-de-fernao-velho-e-tema-de-exposicao-fotografica-na-ufal/?cHash=4f1bf40a5d648add34b4c0b3f7eae4db> acesso em 12/04/218

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, p.1-83, 2016. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05>>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq.Bras.Cardiol.** São Paulo, v. 95, n.1, suppl1,p.1-51, 2010.

VIGITEL. Hipertensão atinge 24,3% da população adulta. Pesquisa 2012 <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/33542-hipertensao-atinge-24-3-da-populacao-adulta>> acesso em 05/04/2018

ZAMAI, C.A.; BURGUEÊS, V. Análise dos benefícios da pratica de atividades físicas para grupos especiais participantes do programa Mexa-se Unicamp. **Lecturas Educación Física y Deportes**, v. 16, n.4, p. 1-10, 2012