

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

ALEXI MOLINA LUIS

**PLANO DE INTERVENÇÃO: EDUCAÇÃO PREVENTIVA PARA A
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UPA HOMERO GIL, EM BETIM – MINAS
GERAIS.**

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2015

ALEXI MOLINA LUIS

**PLANO DE INTERVENÇÃO: EDUCAÇÃO PREVENTIVA PARA A
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UPA HOMERO GIL, EM BETIM MINAS
GERAIS.**

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

Orientador: Prof. Ubiratan Brum de Castro.

LAGOA SANTA- MINAS GERAIS

2015

ALEXI MOLINA LUIS

**PLANO DE INTERVENÇÃO: EDUCAÇÃO PREVENTIVA PARA A
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UPA HOMERO GIL, EM BETIM – MINAS
GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Nome - Instituição

Examinador 2 – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho para todos os profissionais brasileiros que trabalham para melhorar o quadro da saúde pública no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Aos meus colegas brasileiros e cubanos pelo apoio e companheirismo;

Ao meu orientador pela ajuda na realização deste trabalho;

Muito obrigado!

“Apesar de absolutamente necessário, o domínio da técnica não basta. O exercício da Medicina envolve a arte de ouvir as pessoas, de observá-las, de examiná-las, interpretar lhes as palavras e de discutir com elas as opções mais adequadas. O tempo dos que impunham suas condutas sem dar explicações, em receituários cheios de garranchos, já passou e não voltará”.

Hipócrates

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis são hoje responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, entre elas, a hipertensão arterial sistêmica. Os desafios do controle e prevenção da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações fazem parte da rotina das equipes de atenção básica, buscando assim, um vínculo entre a comunidade e a clientela registrada, observando-se a diversidade cultural, racial, religiosa e diversos fatores sociais envolvidos. Desta maneira, o projeto de intervenção tem como finalidade orientar os portadores de hipertensão arterial sistêmica sobre as modificações no cotidiano de vida, principalmente, no processo terapêutico e preventivo, destacando aspectos, como a alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e o controle do peso. A prática de atividades físicas, abandono do tabagismo, diminuição do uso de álcool, pois estes são fatores que necessitam ser abordados e controlados para que os níveis desejados da pressão arterial sejam atingidos. Assim, a criação de projetos que visem sanar esse problema é de suma importância para promover a qualidade de vida do portador de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Palavras-chaves: Doenças Crônicas. Hipertensão Arterial Sistêmica. Educação em Saúde. Autocuidado.

ABSTRACT

The chronic diseases are now responsible for most illnesses and deaths in many countries, among them the hypertension. The challenges of prevention and control of hypertension and its complications are part of routine primary care teams, seeking thus a link between the community and the registered customer, observing cultural, racial, religious and various social factors involved. Thus, the intervention project aims to guide those with hypertension on the changes in the life of daily life, particularly in therapeutic and preventive process, highlighting aspects such as adequate food, especially regarding the consumption of salt and control weight. The physical activity, smoking cessation, reduced alcohol use, as these are factors that need to be addressed and controlled so that the desired blood pressure levels are reached. Thus, the creation of projects that address this problem is very important to promote the quality of life carrier of Hypertension.

Keywords: Chronic Diseases. Hypertension. Health Education. Self Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|---|
| AB | Atenção Básica |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| DCNT | Doenças Crônicas Não-transmissíveis |
| DCV | Doenças Cardiovasculares |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PA | Pressão Arterial |
| PAD | Pressão Arterial Diastólica |
| PAS | Pressão Arterial Sistólica |
| PNAD | Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios |
| UAI | Unidade de Atendimento Imediato |
| UAPS | Unidade de Atenção Primária à Saúde |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----------|
| Figura 1. Contextualizando as DCNT | 18 |
| Figura 2. Classificação dos níveis de pressão arterial no adulto acima de 18 anos de idade | 19 |
| Figura 3. Fatores de risco e intervenções possíveis | 21 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 13 |
| 3 OBJETIVOS | 15 |
| 4 METODOLOGIA..... | 16 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 17 |
| 5.1 Doenças Crônicas não-transmissíveis | 17 |
| 5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica | 18 |
| 5.3 Tratamento | 20 |
| 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 22 |
| 6.1 Cenário | 22 |
| 6.2 Considerações Básicas..... | 22 |
| 6.3 Propostas de Intervenção | 23 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 27 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 28 |

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) tem despertado a atenção devido à grande demanda por atendimentos nas unidades de saúde, pois são as morbidades mais presentes nos países industrializados, com crescente aumento nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Entre as doenças que fazem parte deste grupo, estão as doenças cardiovasculares (DCV), câncer, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças mentais.

“As DCNT são hoje responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica” (GOULART, 2011, p. 8).

Cerca de 80% das mortalidades causadas por doenças do coração e vasos sanguíneos dizem respeito a três condições deste grupo: doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva (GOULART, 2011).

Os desafios do controle e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e suas complicações fazem parte da rotina das equipes de Atenção Básica – AB. Estas equipes são multiprofissionais e no processo de trabalho buscam um vínculo entre a comunidade e a clientela registrada, observando-se a diversidade cultural, racial, religiosa e diversos fatores sociais envolvidos. Desta maneira, o Ministério da Saúde orienta que sejam abordadas as modificações no cotidiano de vida, principalmente, no processo terapêutico e preventivo, destacando aspectos, como a alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e o controle do peso; a prática de atividades físicas, abandono do tabagismo, diminuição do uso de álcool, pois estes são fatores que necessitam ser abordados e controlados para que os níveis desejados da pressão arterial sejam atingidos (BRASIL, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), morrem a cada ano, cerca de 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo por causa da hipertensão e, 80% dessas mortes acontecem em países em desenvolvimento como o Brasil, levando ao óbito 30 milhões de brasileiros, sendo 36% dessas vítimas homens adultos e 30% mulheres.

A hipertensão é uma das principais causas de morbimortalidade prematura no Brasil, e o seu tratamento é uma das intervenções mais comuns em atenção primária. Em adultos brasileiros tem-se encontrado uma prevalência de HAS de 22,3% a 43,9%, sendo que o valor de 35% acima de 40 anos foi utilizado como parâmetro para a Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial (RIO DE JANEIRO, 2013, p. 4).

Segundo o Departamento de Atenção Básica, a hipertensão arterial sistêmica proporciona alta morbimortalidade, acarretando perda da qualidade de vida, o que pressupõe a importância do diagnóstico precoce. Para tal, este diagnóstico é simples e não requer tecnologia sofisticada, podendo a doença ser controlada e tratada de forma adequada através de modificações no estilo de vida. Os medicamentos a ser utilizados no tratamento são baixo custo e possuem poucos efeitos colaterais, sendo comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros (BRASIL, 2013, p. 29).

Enfatiza-se a necessidade de informar aos pacientes sobre a possibilidade de se ter uma vida saudável mesmo sendo portador de uma DCNT, pois muitos pacientes acreditam que não conseguirão mais ter uma vida normal, devido aos transtornos e complicações advindos da doença. Através de atitudes simples no cotidiano do paciente, como alimentação mais saudável, prática de atividades físicas, entre outros, podem fazer a diferença no que diz respeito às complicações agudas próprias da doença.

Desta forma, este trabalho se justifica na valorização da educação preventiva como forma de gerir o conhecimento necessário para que as pessoas portadoras de DCNT possam modificar o estilo de vida e assim, se adaptar às mudanças necessárias para controlar e diminuir as complicações provenientes da doença.

A educação preventiva possibilita que além do tratamento medicamentoso o paciente tenha acesso a informações e procedimentos que irão auxiliar no tratamento da doença, de maneira, que resultará na melhoria da qualidade de vida. Contudo, para que isso ocorra é essencial o envolvimento de toda a equipe multidisciplinar em um projeto que vise as alterações nos hábitos de vida dos pacientes como ponto de partida para um tratamento satisfatório.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Elaborar ações educativas preventivas para ampliar os conhecimentos em saúde preventiva dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, assim, como também a comunidade atendida pela Unidade de Atenção Primária à Saúde Homero Gil (UAPS).

Objetivos específicos

- Apresentar o projeto de intervenção de educação preventiva para os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde da UAPS, ressaltando a demanda por atendimento para DCNT, destacando a HAS e como medidas preventivas podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes.
- Propor medidas educativas preventivas para controlar e assim diminuir as complicações provenientes das DCNT.
- Propor palestras educativas que orientem o paciente e a comunidade a modificar os hábitos diários em prol de uma vida mais saudável.

4 METODOLOGIA

Primeiramente foi realizada uma revisão bibliográfica através da leitura de artigos publicados na Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*), utilizando como descritores: Doenças Crônicas; Hipertensão Arterial Sistêmica; Educação em Saúde e Autocuidado; além de cartilhas e publicações do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, entre outros, sendo todos pertinentes ao tema.

Para orientar e viabilizar a proposta foram utilizados dados fornecidos pela Unidade de Atenção Primária à Saúde Homero Gil no município de Betim, em Minas Gerais, onde foi realizado o levantamento do número de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Concluída a obtenção dos dados bibliográficos, seguiu-se o momento de reflexão para analisar as informações obtidas e assim, construir o plano de intervenção para alcançar os objetivos esperados.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Doenças Crônicas não-transmissíveis

As DCNT trazem uma grande preocupação sobre a saúde global pois é uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, ocorrendo principalmente em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos (SCHMIDT, 2011).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD), no ano de 2008 no Brasil, cerca de um terço dos entrevistados, ou seja, cerca de 60 milhões de pessoas, afirmou ser portadora de pelo menos uma das doenças crônicas e 5,9%, afirmaram possuir três ou mais doenças crônicas (SCHMIDT, 2011).

No Brasil, em 2007, 72% das mortes foram atribuídas às DCNT, a saber, as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer, doenças renais, entre outras. Estudos apontam os principais fatores de risco: tabagismo, inatividade física, falta de alimentação saudável e consumo de álcool (SILVA JUNIOR, 2009).

Pode-se também projetar a carga de doenças crônicas, em termos de fatores de risco, como hipertensão; tabagismo; colesterol alto; baixo consumo de frutas e hortaliças; sobrepeso e obesidade; sedentarismo, bem como consumo abusivo de álcool (SCHMIDT, 2011, p. 11).

Segundo a OMS (2010), a idade é fator a ser considerado, principalmente para os idosos que fazem parte do grande grupo de risco, contudo, há evidências mundiais sobre o crescente número de jovens e adultos que possuem algum tipo de problema de saúde crônico (SCHMIDT, 2011).

Conforme este autor, pesquisas realizadas pela OMS, ressaltam que as DCNT estão enraizadas na pobreza devido à falta de recursos para tratamento e mudança de hábitos para melhorar a qualidade de vida, como por exemplo, alimentação saudável.

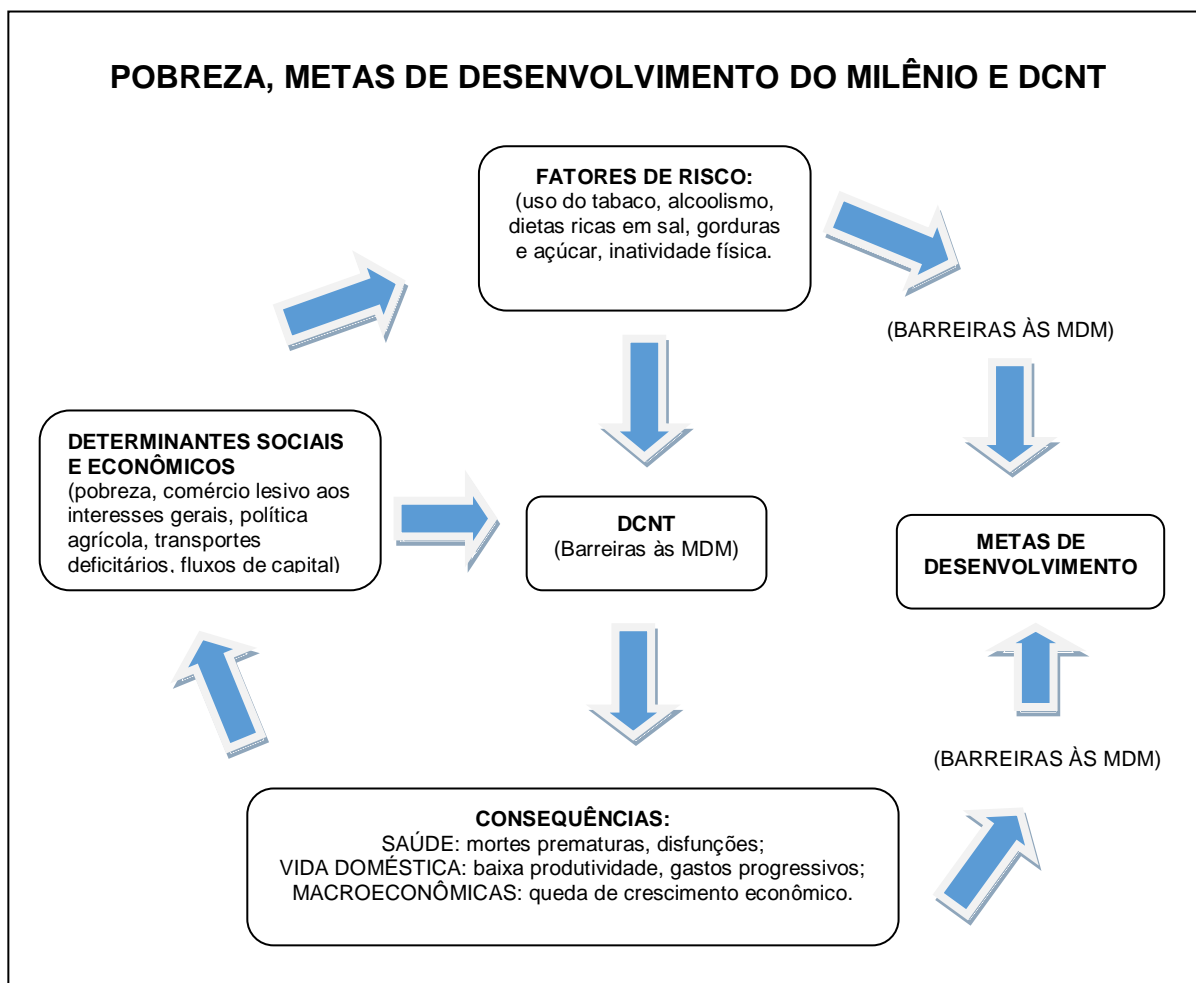


Figura 1. Contextualizando as DCNT.

Fonte: www.thelancet.com (2011).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

Conceitua-se a HAS, como uma condição clínica multifatorial que tem como característica níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Essas alterações funcionais dos órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos; e as alterações metabólicas estão associadas ao aumento do risco de episódios cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

“É caracterizada como uma condição sistêmica que envolve a presença de alterações estruturais das artérias e do miocárdio, associadas à disfunção endotelial e constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular” (SASHIDA, 2007, p. 153).

| Classificação Diagnóstica da Hipertensão Arterial de maiores de 18 anos | | |
|--|--|----------------------------------|
| Pressão Arterial Diastólica (mmHg) – PAD | Pressão Arterial Sistólica – PAS (mmHg) | Classificação |
| <85 | <130 | Normal |
| 85-89 | 130-139 | Normal limítrofe |
| 90-99 | 140-159 | Hipertensão leve (estágio 1) |
| 100-109 | 160-179 | Hipertensão moderada (estágio 2) |
| ≥110 | ≥180 | Hipertensão grave (estágio 3) |
| <90 | ≥140 | Hipertensão sistólica (isolada) |

Figura 2. Classificação dos níveis de pressão arterial no adulto acima de 18 anos de idade.

Fonte: III Congresso Brasileiro de HAS.

O diagnóstico da HAS incide na média aritmética da pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg, sendo esta verificada pelo menos três dias diferentes com intervalo de no mínimo uma semana entre as aferições, então, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as medidas dos dias subsequentes e divide-se por três. É importante verificar por pelo menos três dias, pois a constatação de um valor elevado em apenas um dia não é suficiente para diagnosticar um quadro de hipertensão. É imprescindível o cuidado ao se fazer o diagnóstico correto da HAS porque é uma doença crônica que acompanhará o paciente por toda a vida. Contudo, ressalta-se ainda que deve-se evitar verificar a PA em situações que podem alterá-la como o estresse físico em caso de dor por exemplo, ou emocional, como situações que envolvem luto, ansiedade, entre outras, pois tais fatos podem elevar o valor da PA (BRASIL, 2013).

Em casos em que a PA ótima é menor que 120/80mmHg deverá verifica-la novamente em até dois anos. Nos casos que a PA está entre 130/85mmHg as pessoas são consideradas normotensas, a aferição será realizada anualmente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A PA é considerada limítrofe quando está entre 130/85 a 139/89mmHg sendo necessário fazer uma avaliação para identificar a presença de possíveis fatores de risco para DCV. Quando diagnosticada a presença desses fatores, o paciente deverá ser avaliado, por uma enfermeira, em consulta individual ou coletiva, para se estratificar o risco cardiovascular. Outra verificação da PA deverá ocorrer em mais duas ocasiões com intervalos de 7 a 14 dias. Na

ausência de fatores de risco, será agendado atendimento com a enfermagem, em consulta coletiva, para orientar sobre mudanças no estilo de vida. A verificação da PA ocorrerá anualmente. A PA limítrofe possui risco aumentado de HAS e as pessoas devem ser orientadas pela equipe de Saúde a adquirirem hábitos saudáveis de vida (BRASIL, 2013).

5.3 Tratamento

O tratamento e o cuidado para pacientes com HAS deve-se levar em consideração as preferências que estes possuem. Para que esse cuidado seja realizado é necessária a boa comunicação, sendo apoiada por informações baseadas em evidências. Com o consentimento do paciente, tanto familiares e cuidadores devem ter a oportunidade para se envolverem nas decisões sobre o tratamento e o cuidado (RIO DE JANEIRO, 2013).

Para que o tratamento seja eficiente é fundamental adotar estratégias que incluam: educação, mudanças dos hábitos de vida e, caso haja necessidade, medicamentos. É necessário estimular o paciente a adotar hábitos saudáveis, como controle de peso adequado, prática regular de atividades físicas, suspender o hábito de fumar, diminuir o consumo de gorduras e bebidas alcoólicas. Essas mudanças na rotina de vida pode ser estimulada constantemente durante as consultas, ao longo do acompanhamento (BRASIL, 2001).

O tratamento dos portadores de HAS deve ser individualizado, respeitando-se as seguintes situações: idade do paciente; presença de outras doenças; capacidade de percepção da hipoglicemia; estado mental do paciente; uso de outras medicações; dependência de álcool ou drogas; cooperação do paciente; restrições financeiras (BRASIL, 2001, p. 33).

A prevenção primária da HAS tem como objetivo controlar os fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de gordura, especialmente na cintura abdominal, abuso de álcool, entre outros. São duas as estratégias de prevenção a serem consideradas: a populacional e a dirigida a grupos de risco. Estas estratégias defendem a redução da exposição a fatores de risco, principalmente o consumo de sal, podendo o profissional atuar através de ações educativas coletivas com a população em geral orientando sobre a restrição à adição de sal durante a preparação de alimentos e também identificando a quantidade de sal e/ou sódio presente nos alimentos industrializados, entre outros. (BRASIL, 2013).

| FATOR DE RISCO | INTERVENÇÕES POSSÍVEIS |
|--|---|
| Uso de tabaco | <ul style="list-style-type: none"> - Acelerar a implementação da “Convenção quadro”; - Aumentar taxas para cigarros e produtos afins; - Alertas na publicidade e embalagens de tabaco; - Banir o tabagismo dos espaços públicos por medidas legais, como proteção também aos “fumantes passivos”; - Oferecer apoio e tratamento às pessoas que desejam abandonar o tabaco; - Medidas educativas e de promoção da saúde. |
| Sódio excessivo na dieta | <ul style="list-style-type: none"> - Regular a dosagem de cloreto de sódio nos alimentos processados e semiprocessados; - Reduzir a concentração de sal em alimentos mediante adesão voluntária da indústria respectiva; - Promover o uso de substitutivos do cloreto de sódio; - Realizar campanhas informativas e educacionais sobre os riscos da alta ingestão salina. |
| Uso abusivo do Alcool | <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar taxas sobre bebidas alcoólicas; - Banir a publicidade respectiva; - Restringir acesso ao uso. |
| Dietas pouco saudáveis, obesidade e inatividade física | <ul style="list-style-type: none"> - Introduzir taxa específica para alimentos pouco saudáveis; - Subsidiar o consumo de alimentação saudável; - Prover informação adequada na embalagem dos produtos; - Introduzir e gerir restrições de mercado aos alimentos pouco saudáveis. |
| Riscos cardiovasculares | <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar acesso aos serviços de saúde e à assistência farmacêutica para os pacientes em alto risco para DCNT. |

Figura 3. Fatores de risco e intervenções possíveis

Fonte: Harvard School of Public Health – World Economic Forum, 2011.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Cenário

Betim é um município localizado na região nordeste de Minas Gerais e fica a cerca de 28 km da capital do estado. A população é de 378089 habitantes segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2014 que ocupam uma área de 345.99 km² com uma densidade populacional de 1.102 habitantes/km².

A cidade possui dois hospitais públicos, uma maternidade, diversas Unidades de Atendimento Imediato (UAI) e Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), localizadas em pontos estratégicos e de maior número de habitantes por região.

A Unidade de Atenção Primária à Saúde Homero Gil foi fundada em 1992 e está localizada na Rua Divinópolis, região norte do município, no bairro Homero Gil. Sua área de abrangência envolve regiões do Homero Gil, Vila das Flores, Bom Retiro, Nossa Senhora das Graças, Alto das Flores, Bela Vista, Ponte Alta, Itacolomi, Sítio Poções e Várzea das Flores. Esta unidade atende cerca de 22 mil usuários cadastrados. Uma parte da população tem acesso dificultado à mesma devido à distância e serviço de transporte deficiente. Os usuários desta UAPS são crianças, jovens, adultos, idosos e gestantes, oferecendo serviços como, acolhimento, procedimentos de enfermagem, serviços sociais, clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, coleta de material para exames complementares, odontologia e assistência farmacêutica.

Os programas implantados na unidade envolvem a organização de grupos de hipertensos e diabéticos, ações de controle da hanseníase e tuberculose, oxigenioterapia, assistência a pacientes acamados, planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer de mama e do colo uterino, DST/AIDS.

Esta unidade possui diversas equipes de saúde composta por três Agentes Comunitárias de Saúde, um profissional de enfermagem, um técnico de enfermagem e um médico.

6.2 Considerações Básicas

Entre os principais problemas encontrados na área de abrangência da UAPS Homero Gil estão: falta de educação para a saúde, falta de conhecimento da população sobre seus problemas de saúde, alto índice de incidência de doenças crônicas não transmissíveis e obesidade e, principalmente, um número elevado de hipertensos e diabéticos mal controlados. A partir desses problemas, observa-se a necessidade de fazer um estudo da população, com o objetivo de desenvolver um plano de intervenção para melhorar o nível de educação em saúde da comunidade atendida.

6.3 Propostas de Intervenção

O problema a ser discutido, previamente diagnosticado, é o primeiro passo para se criar um projeto de intervenção que atenda às demandas da comunidade. Através deste diagnóstico é possível planejar e gerir ações segundo às necessidades e problemas detectados, prevenindo complicações provenientes da falta de controle da doença.

Desta maneira, as metas a serem alcançadas por este projeto são: diminuir o índice de hipertensos na região; prevenir as complicações provenientes da doença, conseguir maior adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso, à alimentação saudável e à prática de exercícios físicos; obtenção de conhecimento sobre educação preventiva.

Primeiro passo

O primeiro passo para a realização deste projeto é a identificação do problema. É aquilo que cria certa insatisfação e inquietação ao profissional da saúde na comunidade em que atua.

Entre os problemas destaca-se: alto índice de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica; pouca adesão aos programas preventivos direcionados aos portadores de HAS; falta de conhecimento da comunidade sobre a doença e suas complicações; falta de conhecimento sobre a importância da alimentação saudável e a prática de atividades físicas como parte fundamental do tratamento; falta de programas que conscientizem o paciente acerca do autocuidado.

Segundo passo

Realizada a identificação dos problemas, considerar aquele que mais desperta a atenção dos profissionais envolvidos para buscar a solução através do projeto, considerando aquele que deve ser priorizado devido às consequências por ele apresentadas, observando-se a urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe. Neste caso, é a falta de conhecimento da comunidade em relação à doença e suas complicações que acarretam descontrole e agravamento do quadro do paciente.

Terceiro passo

A Unidade de Atenção Primária à Saúde Homero Gil possui 3.579 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, dessa quantidade foram selecionados, aleatoriamente, 72 pacientes para participar desse projeto de intervenção. A maior parte desses pacientes é composta por pessoas idosas, que possuem pouco ou nenhum conhecimento sobre a doença em si, o que torna mais difícil a tarefa de mudar os hábitos de vida.

Nesta etapa, a participação dos agentes comunitários de saúde é fundamental, pois estes conhecem a não adesão ao tratamento, as dificuldades encontradas pelo paciente para não acompanhar as consultas e o conhecimento que eles possuem sobre a doença.

Desses 72 pacientes selecionados, 59% possuem a HAS controlada e os outros 41% possuem dificuldades para controlar a PA, devido principalmente ao estilo de vida que não é condizente com as precauções a serem adotadas provenientes da doença.

Confirma-se portanto, a importância de se adotar medidas educativas preventivas que orientem o paciente sobre o controle da doença através do tratamento medicamentoso e não medicamentoso para que assim, possa garantir a qualidade de vida.

Quarto passo

Identificado o problema, faz-se necessário também, compreender o porquê deste, qual a sua causa, qual fator ocasionou esse problema. Nesse caso, o que ocasiona a falta de conhecimento sobre a doença podem ser destacados diversos fatores para o usuário como, a escolaridade, a dificuldade de seguir as orientações médicas, resistência em aceitar as

mudanças do estilo de vida, precariedade de informações sobre a doença, baixo nível socioeconômico, entre outros.

É importante salientar que este problema também deve ser destacado entre os profissionais da saúde pois, não são realizadas atividades educativas preventivas sobre HAS e outras doenças na UAPS Homero Gil.

Observa-se que a falta de espaço apropriado para criar palestras, roda de discussão entre usuários e profissionais de saúde desfavorece bastante a questão de se criar programas preventivos da unidade, contudo, poderiam ser analisadas outras opções para criar um ambiente de educação em saúde para conscientizar a comunidade sobre os cuidados com a saúde para a qualidade de vida.

Quinto passo

Esta etapa apresenta o nó crítico: falta de conhecimento sobre a doença prejudicando a qualidade de vida, devido à ineficiência do auto cuidado do paciente para com a sua saúde. A falta de informações e a dificuldade de assimilar que as complicações podem comprometer tanto a qualidade de vida como prejudicar ainda mais a saúde é o principal fator que leva o paciente tanto a não realizar o tratamento quanto o controle da PA. O auto cuidado do paciente é peça fundamental para que o tratamento seja eficiente.

Sexto passo

O quadro a seguir contempla o nó crítico apresentado e quais as operações a serem utilizadas para a execução do plano de intervenção, observando-se os seguintes objetivos: identificar os problemas; analisar as causas desse problema; identificar os produtos e resultados esperados; buscar os recursos necessários para empreender esse projeto.

“Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico Nível de informação do paciente” relacionado ao problema de mudanças no estilo de vida, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UPAS Homero Gil, em Betim, Minas Gerais

| | |
|---|--|
| Nó crítico 1 | Baixo conhecimento do paciente com relação a doença e suas complicações – Inexistência de programas educativos preventivos de saúde. |
| Operação | Ampliar o nível de conhecimento do paciente e dos familiares a respeito da hipertensão arterial sistêmica. |
| Projeto | Através das informações sobre a doença, suas complicações e o tratamento o paciente pode compreender a importância da mudança do estilo de vida para se adequar à nova rotina demandada pela doença. |
| Resultados esperados | Paciente, familiares e comunidade mais informada sobre a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. |
| Produtos esperados | Campanhas educativas; palestras educativas; grupos de orientação preventiva; ampliação do conhecimento sobre a doença, suas complicações e tratamento; fornecimento de caderneta para controle da pressão arterial; relatório sobre a participação dos pacientes nos grupos e reuniões educativas. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Enfermeira Médico Equipe de Saúde da Família Coordenador de Estratégia de Saúde da Família. |
| Recursos necessários | Estrutural: criação da agenda com cronograma de todas as atividades a serem desenvolvidas. Cognitivo: conhecimento sobre a doença, complicações e tratamento. Financeiro: materiais educativos, cadernetas de controle. Político: apoio da gestão, parceiros e comunidade. |
| Recursos críticos | Estrutural: criação da agenda com cronograma de todas as atividades a serem desenvolvidas. Cognitivo: conhecimento sobre a doença, complicações e tratamento. Financeiro: materiais educativos, cadernetas de controle. Político: apoio da gestão, parceiros e comunidade. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde/Equipe de Saúde da família Motivação: Favorável |
| Ação estratégica de motivação | Apresentação do projeto para a Secretaria Municipal de Saúde; discussão com a Equipe de Saúde da Família os resultados almejados; construção de abordagens ao paciente para a construção do conhecimento sobre a doença; controlar a participação dos pacientes e familiares nos instrumentos do projeto de intervenção. |
| Responsáveis: | Equipe de Saúde da Família. |
| Cronograma / Prazo | 12 meses subsequentes. |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação de projetos de intervenção possui um papel fundamental na área da saúde pois fortalece os programas assistenciais na Estratégia de Saúde da Família, com isso, prestam assistência adequada aos portadores de HAS, assim como as outras DCNT. Desta forma, modificando essa assistência, controlam a doença e assim melhoram a qualidade de vida dos pacientes conscientizando-os sobre os agravos da doença.

A atuação das equipes em Estratégia de Saúde da Família é importante para identificar precocemente todos os riscos e agravos provenientes da doença e assim, orientar o portador de HAS para que tome os cuidados devidos, favorecendo assim, a qualidade de vida. A participação da equipe nos projetos de intervenção exerce grande valia pois buscam a confiança do paciente na amenização dos problemas causados pela doença, participando de forma mais ativa, auxiliando-o a adquirir mais conhecimento sobre a doença e como lidar com seus agravos. A informação acerca das DCNT é essencial para levar o paciente a perceber que o autocuidado é necessário para garantir a qualidade de vida proporcionando segurança para lidar com os sintomas, o tratamento, entre outros.

Para que o projeto de intervenção seja bem sucedido é necessário o envolvimento de todos os profissionais que atuarão no processo. Todas as etapas devem sempre levar em consideração que o paciente necessita de atenção, cuidado e respeito e como tal deve ser abordado e tratado com dignidade. Cada passo, cada etapa deve estar atenta ao objetivo principal: levar informações ao paciente sobre o autocuidado.

Após recadastrar os pacientes portadores de HAS, a abordagem ser utilizada deve ser direcionada conforme a população demandada, seguindo assim, uma metodologia para cada grupo de pessoas. As informações sobre a HAS a serem repassadas aos pacientes devem ser simples, de fácil compreensão e que esteja adequada a cada grupo demandado.

Todos os profissionais que atuam nas equipes devem ter pleno conhecimento da HAS para que sintam segurança para transmitir adequadamente as informações sobre a doença e assim, garantir o objetivo e a eficácia do projeto de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *Diabetes mellitus* (DM): protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 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, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.
- GOULART, Flávio A. de Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. Brasília: 2011.
- NEDER, Marta de Medeiros; BORGES, Arthur Augusto Nogueira. **Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia?** Cuiabá: 2006. Disponível on-line: www.bireme.br/cgi-bin
- RIO DE JANEIRO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013. **Guia de Referência Rápida: Hipertensão – Manejo clínico da hipertensão em adultos**. Rio de Janeiro: 2013.
- SARQUIS, Leila Maria Mansano et al. **A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica**. Ver. Esc. Enf. USP. 1998. Disponível on-line: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341998000400007>
- SASHIDA, Vivian Tiemi. **Relação entre hipertensão arterial e cognição**. São Paulo: 2007. Disponível on-line: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes>
- SCHMIDT, Maria Inês et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Porto Alegre: 2011. Disponível on-line: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/brazilpor41.pdf>
- SILVA JUNIOR, J. B. **As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde**. In: Ministério da Saúde, ed. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- SILVA, Maria Enoia Dantas da Costa e. **Representações sociais da hipertensão arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde: uma contribuição para a enfermagem**. 2010. Disponível on-line: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles>
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Hipertensão, 2010.