

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Izabela Coelho Vidigal Martins

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NAS MULHERES ATENDIDAS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO DE CONCEIÇÃO DE MINAS DO MUNICÍPIO
DE DIONÍSIO – MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte
2020**

Izabela Coelho Vidigal Martins

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NAS MULHERES ATENDIDAS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO DE CONCEIÇÃO DE MINAS DO MUNICÍPIO
DE DIONÍSIO – MINAS GERAIS**

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

Orientador: Dr. André Luiz dos Santos
Cabral

Belo Horizonte

2020

Izabela Coelho Vidigal Martins

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NAS MULHERES ATENDIDAS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO DE CONCEIÇÃO DE MINAS DO MUNICÍPIO
DE DIONÍSIO – MINAS GERAIS**

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.

Orientador: Dr. André Luiz dos Santos Cabral

Banca examinadora

Professor: Dr. André Luiz dos Santos Cabral (UFMG)

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de agosto de 2020

M386p Martins, Izabela Coelho Vidigal.
Projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial nas mulheres atendidas na Unidade Básica de Saúde do Distrito de Conceição de Minasdo município de Dionísio – Minas Gerais [recursos eletrônicos]. / Izabela Coelho Vidigal Martins. - - Belo Horizonte: 2020. 41f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): André Luiz dos Santos Cabral.
Área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde da Família.
Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Hipertensão. 2. Fatores de Risco. 3. Doenças Cardiovasculares. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Cabral, André Luiz dos Santos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WG 340

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos cinco dias do mês de Dezembro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado Em Saúde da Família - CEGCSF - se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna IZABELA COELHO VIDIGAL MARTINS “ PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NAS MULHERES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO DE CONCEIÇÃO DE MINAS DO MUNICÍPIO DE DIONÍSIO – MINAS GERAIS”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista Gestão do Cuidado Em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Prof^o. Dr^o. ANDRE LUIZ DOS SANTOS CABRAL e Prof^a. Dr^a. ELIANA APARECIDA VILLA, O TCC foi aprovado com a nota 85.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dias cinco de Dezembro, do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 24 de maio de 2023.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 29/05/2023, às 12:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2330427** e o código CRC **D9198116**.

Dedico este trabalho à equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Distrito Baixa Verde da cidade de Dionísio – MG, pelo apoio, dedicação, troca de experiências e muita força de vontade em ajudar o próximo e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Talvez não existam palavras suficientes e significativas que permitam agradecer a vocês família, com justiça, com o devido merecimento. Mas tudo que posso fazer é usar palavras para agradecer o quanto vocês foram importantes na minha vida, na minha caminhada, nas minhas conquistas.

Agradeço também aos colegas de trabalho, pela troca de experiências e pelas vivências do dia a dia que muito nos ensinaram.

Aos tutores pela troca de conhecimentos e experiências, pelas habilidades de ensinar e orientar da melhor forma possível.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste projeto.

“Para realizar as grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar; não apenas planejar, mas também acreditar”.

Anatole France

RESUMO

A hipertensão arterial é considerada o principal fator de risco de morte prematura e de morbidade cardiovascular, vâsculo-encefálico e doena renal terminal. Entre as mulheres, a hipertensão não são   responsável por um tero das doenas cardiovasculares, como também eleva em 3,5 vezes o risco relativo de doena coronariana, principal causa de mortalidade feminina. A comunidade de Conceio de Minas apresenta em média 2000 pacientes. Estes pacientes são compostos por mulheres (36%), homens (27%), idosos (24%) e crianas (13%). Dos problemas detectados, houve priorizao das ao es com o intuito de melhorar a qualidade de vida da populao feminina de Conceio de Minas em Dionísio – MG, já que há alto  ndice de mulheres hipertensas e com baixa adesão ao tratamento. Além do tratamento medicamentoso, as recomendao es para adoo es de mudanas de estilo de vida e utilizao es de postura mais saudável, como, por exemplo, alimentao es com menos produtos industrializados, associados a hábitos mais salutare s são unanimidade no meio médico e científico. Há inúmeros registros observacionais de maior incidência de hipertensão e doenas cardiovasculares em pessoas com obesidade, sedentárias e ainda consumidoras em excesso de sal e  lcool. Com a alta prevalência de obesidade, de alcoolismo e de sedentarismo em nosso meio, há largo campo para todas as tentativas, motivao es e ensaios para melhorar este perfil. Porém, a comunidade enfrenta desafios para superar a alta prevalência de mulheres com hipertensão, principalmente no que diz respeito à baixa adesão ao tratamento e mudanas nos hábitos alimentares. Assim, o objetivo desse estudo é aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial nas mulheres atendidas na Unidade Básica de Saúde. Foi realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema com consulta nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. O Planejamento Estratégico Situacional foi a metodologia utilizada para a elaborao es do projeto de interveno es. Com um estudo mais aprofundado da comunidade, foram detectados alguns nós críticos como: nível de informao es da populao es insuficiente quanto aos problemas causados pela hipertensão es arterial; baixa adesão às mudanas de estilo de vida e mudanas nos hábitos alimentares e baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Assim, espera-se que, com este projeto, seja possível alcanar o objetivo proposto que é aumentar a adesão ao tratamento de pacientes do sexo feminino com hipertensão, principalmente aquelas que correm risco cardiovascular.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Doenas cardiovasculares.

ABSTRACT

Arterial hypertension is considered to be the main risk factor for premature death and cardiovascular morbidity, vasocephalic and terminal kidney disease. Among women, hypertension is not only responsible for one third of cardiovascular diseases, but also increases the relative risk of coronary heart disease, the main cause of female mortality, by 3.5 times. The community of Conceição de Minas has an average of 2000 patients. These patients are composed of women (36%), men (27%), elderly (24%) and children (13%). Of the problems detected, actions were prioritized in order to improve the quality of life of the female population of Conceição de Minas in Dionísio - MG, as there is a high rate of hypertensive women and with low adherence to treatment. In addition to drug treatment, recommendations for adopting lifestyle changes and using a healthier posture, such as, for example, eating less industrialized products, associated with healthier habits, are unanimous in the medical and scientific environment. There are numerous observational records of a higher incidence of hypertension and cardiovascular diseases in people with obesity, sedentary and still consuming in excess of salt and alcohol. With the high prevalence of obesity, alcoholism and physical inactivity in our environment, there is a wide scope for all attempts, motivations and trials to improve this profile. However, the community faces challenges to overcome the high prevalence of women with hypertension, especially with regard to low adherence to treatment and changes in eating habits. Thus, the objective of this study is to increase adherence to the treatment of arterial hypertension in women attended at the Basic Health Unit. A bibliographic review on the topic was carried out with consultation in the databases of the Virtual Health Library. The Situational Strategic Planning was the methodology used for the elaboration of the intervention project. With a more in-depth study of the community, some critical nodes were detected, such as: insufficient level of information from the population regarding the problems caused by arterial hypertension; low adherence to lifestyle changes and changes in eating habits and low adherence to drug treatment. Thus, it is expected that, with this project, it will be possible to achieve the proposed objective, which is to increase adherence to the treatment of female patients with hypertension, especially those who are at cardiovascular risk.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Cardiovascular diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da UBS Distrito /baixa Verde na cidade de Dionísio – MG.....	20
Quadro 2	Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Nível de informação da população insuficiente quanto aos problemas causados pela hipertensão arterial nas mulheres atendidas na UBS Distrito Verde da cidade de Dionísio – MG.....	35
Quadro 3	Operações sobre o “nó crítico 2 relacionado ao problema “Baixa adesão às mudanças no estilo de vida mudanças nos hábitos alimentares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da UBS Distrito Verde da cidade de Dionísio – MG.....	36
Quadro 4	Operações sobre o “nó crítico 3 relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento medicamentoso para doenças cardiovasculares” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da UBS Distrito Verde de Dionísio - MG.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEP	Índice de Desenvolvimento da Educação
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MG	Minas Gerais
PA	Pressão Arterial
PERD	Parque Estadual do Rio Doce
PIB	Produto Interno Bruto
RRD	Região do Rio Doce
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 O sistema municipal de saúde	17
1.3 Aspectos da comunidade	17
1.4 A Unidade Básica de Saúde (nome)	17
1.5 A Equipe de Saúde da Família (nome) da Unidade Básica de Saúde (nome)	18
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe (nome)	18
1.7 O dia a dia da equipe (nome)	18
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	19
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	20
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo geral	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
5.1 Hipertensão na mulher	24
5.2 Hipertensão arterial associada à contracepção oral	25
5.3 Hipertensão na gravidez	27
5.4 Hipertensão e risco cardiovascular na mulher após menopausa	29
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	31
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	32
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	34
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Dionísio é um município do estado de Minas Gerais, localizado na Região Sudeste do país. Localiza-se no Vale do Rio Doce e pertence ao colar metropolitano do Vale do Aço, situado a cerca de 160 km a leste da capital do estado. Ocupa área de 339,375 km², sendo que 1,7 km² estão em perímetro urbano. Sua população em 2018 era de 7 852 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIONÍSIO, 2017).

A sede tem temperatura média anual de 21,3 °C e, na vegetação, predomina a mata atlântica. Com 82% da população vivendo na zona urbana, a cidade contava, em 2009, com quatro estabelecimentos de saúde. O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,702, considerando como alto em relação ao estado.

O relevo do município de Dionísio é predominantemente montanhoso. Em aproximadamente 45 % do território dionisiano há o predomínio de mares de morros e terrenos montanhosos, enquanto cerca de 35% é coberto por áreas onduladas e os 20% restantes são lugares planos. A altitude máxima encontra-se no Alto da Trindade, que chega aos 910 metros, enquanto que a altitude mínima está em um trecho de divisa com o município de São José do Goiabal, com 262 metros. Já o ponto central da cidade está a 350m.

O território é banhado por vários pequenos rios e córregos, sendo o principal o rio Mumbaça, fazendo parte da bacia do Rio Doce. A região do município é bastante rica em recursos hídricos, estando parte do território dionisiano incluída nos limites do Parque Estadual do Rio Doce (PERD), onde concentram-se cerca de 50 corpos lacustres (aproximadamente 31% do total presente na bacia do Rio Doce), que ocupam 6% da área total.

O clima dionisiano é caracterizado como tropical subquente semiúmido, com temperatura média compensada anual em torno dos 23°C e pluviosidade média de 1 330mm/ano, concentrados entre os meses de outubro e abril, sendo dezembro e janeiro os meses de maior precipitação.

No Produto Interno Bruto (PIB) de Dionísio, destacam-se a agropecuária e a área de prestação de serviços. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE), relativos a 2011, o Produto Interno Bruto (PIB) do município era de R\$ 54 132 mil. Em 2010, 61,8% da população maior de 18 anos era economicamente ativa, enquanto que a taxa de desocupação era de 12,6%.

Em 2017, salários juntamente com outras remunerações somavam R\$12.300,00 e o salário médio mensal de todo município era de 1,6 salários mínimos. Havia 264 unidades locais e 260 empresas atuantes. Segundo o IBGE, 75,94% das residências sobreviviam com menos de salário mínimo mensal por morador, 19,18% sobreviviam com entre um e três salários mínimos para cada pessoa, 1,93% recebiam entre três e cinco salários, 0,83% tinham rendimento mensal acima de cinco salários mínimos e 2,11% não tinham rendimento (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIONÍSIO, 2017).

A pecuária e a agricultura representam o segundo setor mais relevante na economia de Dionísio. Em 2017, de todo o PIB da cidade, R\$12.450,00 era o valor adicionado bruto da agropecuária, enquanto que em 2017, 33,13% da população economicamente ativa do município estava ocupada no setor. Segundo o IBGE, em 2018 o município possuía um rebanho de 12 asininos, 13 435 bovinos, 70 bubalinos, 60 caprinos, 415 equinos, 158 muares, 45 ovinos, 930 suínos e 6 800 aves, entre estas 1 300 galinhas e 5 500 galos, frangos e pintinhos. Em 2018 a cidade produziu 2.840 mil litros de leite de 2.380 vacas, 15 mil dúzias de ovos de galinha e 7.820 quilos de mel de abelha (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIONÍSIO, 2017).

Na lavoura temporária são produzidos principalmente a cana-de-açúcar (1.800 toneladas produzidas e 30 hectares cultivados), o milho (1.460 toneladas e 450 hectares) e a mandioca (72 toneladas e 6 hectares), além do alho, arroz e feijão. Já na lavoura permanente destacam-se a banana, o café, a laranja e a tangerina (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIONÍSIO, 2017).

A indústria, em 2018, era o setor menos relevante para a economia do município. R\$5.804,00 do PIB municipal eram do valor adicionado bruto do setor secundário. A produção industrial ainda é incipiente na cidade, mesmo que comece a dar sinais de aprimoramento, sendo resumida principalmente à extração de madeira para construção e móveis e para suprir à demanda das siderúrgicas da Região Metropolitana do Vale do Aço. Segundo estatísticas do ano de 2018, 0,68% dos trabalhadores de Dionísio estavam ocupados no setor industrial extrativo e 11,08% na indústria de transformação.

Ainda em 2018, 8,43% da população ocupada estava empregada no setor de construção, 0,92% no setor de utilidade pública, 10,6% no comércio e 29,82% no setor de serviços. Em 2018, 35.465 real do PIB municipal era do valor adicionado bruto do setor terciário. Também há no município, em especial nas proximidades do Parque Estadual do Rio Doce, uma considerável concentração de estabelecimentos comerciais, hotéis, pousadas, restaurantes e áreas de *camping*.

Em 2018, o município possuía quatro estabelecimentos de saúde entre hospitais, prontos-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos, sendo ambos públicos, pertencentes à rede municipal e integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2018, 98,2% das crianças menores de 1 ano de idade estavam com a carteira de vacinação em dia. Neste mesmo ano foram registrados 62 nascidos, sendo que o índice de mortalidade infantil neste ano foi nulo. Em 2018, 6,15% das mulheres de 10 a 17 anos tiveram filhos (todas acima dos 15 anos) e a taxa de atividade entre meninas de 10 a 14 anos era de 2,89%. 1.412 crianças foram pesadas pelo Programa Saúde da Família, sendo que 0,9% do total estavam desnutridos (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIONÍSIO, 2017).

Na área da educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Dionísio era, no ano de 2018, de 5,1 (numa escala de avaliação que vai de nota 1 a 10), sendo que a nota obtida por alunos do 5º ano (antiga 4ª série) foi de 5,4 e do 9º ano (antiga 8ª série) foi de 4,8; o valor das escolas públicas de todo o Brasil era de 4,0. Em 2010, 0,39% das crianças com faixa etária entre sete e quatorze anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 76,5% e o percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos era de 98,1%. A distorção idade-série entre alunos do ensino fundamental, ou seja, com idade superior à recomendada, era de 2,1% para os anos iniciais e 20,8% nos anos finais e, no ensino médio, a defasagem chegava a 21,1% (IBGE, 2018).

Em 2018, de acordo com dados da amostra do censo demográfico, da população total, 2.333 habitantes frequentavam creches e/ou escolas. Desse total, 40 frequentavam creches, 224 estavam no ensino pré-escolar, 117 na classe de alfabetização, 22 na alfabetização de jovens e adultos, 1.090 no ensino fundamental, 466 no ensino médio, 103 na educação de jovens e adultos do ensino fundamental, 59 na educação de jovens e adultos do ensino médio, 17 na

especialização de nível superior, 187 em cursos superiores de graduação e sete cursavam mestrado. 1.536 pessoas não frequentavam unidades escolares, sendo que 866 nunca haviam frequentado e 5.540 haviam frequentado alguma vez. O município contava, em 2018, com aproximadamente 1.465 matrículas nas instituições de ensino da cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIONÍSIO, 2017).

A frota municipal no ano de 2018 era de 1.548 veículos, sendo 757 automóveis, 42 caminhões, 141 caminhonetes, 18 caminhonetas, seis micro-ônibus, 542 motocicletas, oito motonetas, 15 ônibus, dois utilitários e 17 classificados como outros tipos de veículos. A Viação São Roque mantém linhas que ligam Dionísio a Timóteo, Coronel Fabriciano, Ipatinga e ao distrito de Cava Grande, em Marliéria (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIONÍSIO, 2017).

Dionísio é atendido por duas rodovias federais: a BR-120, que começa em Arraial do Cabo, no Rio de Janeiro, passa por cidades mineiras como Viçosa e Itabira e termina em Araçuaí; e a BR-262, que começa em Vitória, no Espírito Santo, passa por cidades como Belo Horizonte, Uberaba e Campo Grande e termina junto à fronteira com a Bolívia, em Corumbá, Mato Grosso do Sul, sendo assim a principal ligação à capital mineira. A LMG-760 liga a cidade de Timóteo à BR-262, passando por Cava Grande (Marliéria) e São José do Goiabal e pelos distritos de Baixa Verde e Conceição de Minas.

Conceição de Minas é um distrito do município de Dionísio, no interior do estado de Minas Gerais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2017 era de 3.100 habitantes, possuindo um total de 806 domicílios particulares (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIONÍSIO, 2017).

É conhecido por suas inúmeras lagoas, sendo mais de 40 em toda sua extensão. Conceição de Minas pertence à Região do Rio Doce (RRD), onde se encontra o Parque Estadual do Rio Doce, um dos três maiores sistemas de lagos do Brasil. É alvo de turistas e pesquisadores de todo o Brasil, devido à sua fauna e flora e suas lagoas.

O distrito possui uma escola estadual que atende o ensino fundamental e médio. Na área da saúde conta com a Unidade básica de Saúde. Possui uma agência da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos e o abastecimento de água

e a coleta de esgoto são feitos pela prefeitura de Dionísio. Recebe sinal de uma emissora de rádio: a Tropical FM 100,3.

1.2 O sistema municipal de saúde

Dionísio conta com uma unidade de vigilância sanitária, O Hospital São Sebastião (hospital geral) que atende toda a comunidade e quatro unidades básicas de saúde, sendo uma no distrito de Conceição de Minas e outra no distrito de Baixa verde. O município tem reservado para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) 42 leitos para internação (BRASIL, 2018).

O município conta ainda com farmácias e dois laboratórios credenciados. Casos mais complexos são encaminhados para cidade de referência Ipatinga.

1.3 Aspectos da comunidade

Na comunidade de Conceição de Minas atendemos em média 2700 pacientes. Estes pacientes são compostos por mulheres (36%), homens (27%), idosos (24%) e crianças (13%).

Alguns pacientes aparecem com problemas como saúde mental, asma e transtornos de ansiedade. As crianças, em geral, são acometidas de viroses, resfriados, pneumonia e alguns casos de bronquite e asma. As mulheres se destacam no atendimento da área ginecológica, 42% destas mulheres estão com patologias como diabetes e hipertensão e obesidade.

A comunidade procura as unidades de atendimento com os problemas relatados acima, porém, não aderem ao tratamento e orientações médicas. Percebemos que há alta prevalência de mulheres hipertensas e, em sua maioria sofrem de sobrepeso e ou obesidade.

1.3 A Unidade Básica de Saúde de Conceição de Minas

Esta unidade é específica para a realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma agendada (90%) e forma espontânea (10%). O atendimento ocorre de 7 às 11 horas e das 12 às 16 horas.

A Unidade Básica de Saúde em Conceição de Minas não é bem estruturada para atender as necessidades das pessoas da região, Pois, o ambiente de atendimento é pequeno, faltam alguns materiais e medicamentos. O prontuário não é eletrônico, o que dificulta e atrasa o atendimento. O distrito não disponibiliza carro para o transporte de pacientes.

A demanda é muito grande. Não se tem atenção especializada. , Quando se necessita, os pacientes são enviados a Dionísio, Coronel Fabriciano ou Timóteo.

1.4 A Equipe de Saúde da Família Azul da Unidade Básica de Saúde Conceição de Minas

A equipe é composta por um dentista, um fisioterapeuta, um psicólogo, um nutricionista, uma ginecologista (que atende a cada 15 dias), uma recepcionista, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma médica e quatro agentes de saúde. Há grande preocupação com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que tem aumentando muito nos últimos anos, principalmente a hipertensão. A unidade trabalha grupo de gestantes e sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) e grupos de pacientes com doenças mentais.

1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe azul

A Unidade de Saúde funciona das 07:00 às 16:00 horas, com uma hora de almoço, e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo escala, em atividades relacionadas à assistência que é feita mensalmente nas visitas domiciliares. Além dos serviços na unidade são realizadas 16 visitas domiciliares por mês.

1.6 O dia a dia da equipe azul

O trabalho da equipe, como foi dito anteriormente, é baseado no atendimento diário à população rural de Conceição de Minas. O fluxo de usuários é muito grande, além do déficit de recursos financeiros e materiais, que dificultam nossas ações.

A equipe está sempre voltada para campanhas e ações que possam ajudar a população no entendimento do que seja doença e saúde, do que seja prevenção de doenças para a qualidade de vida de crianças, adultos, idosos e gestantes, como também no enfrentamento de algumas doenças que acabem limitando o paciente para algumas atividades da vida diária como o diabetes e a hipertensão.

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

O primeiro passo da equipe foi detectar os problemas encontrados na comunidade através de um processo de observação para, em seguida, trabalhar com os cuidados individualizados. Os problemas de saúde encontrados que mais nos preocupam foram:

- ✓ Faltam equipamentos para a realização de alguns exames;
- ✓ Faltam materiais para pequenos procedimentos como curativos, suturas, etc.;
- ✓ Faltam medicamentos;
- ✓ Faltam recursos humanos para um atendimento especializado na região;
- ✓ Faltam investimentos em campanhas para a prevenção (imunização) de algumas doenças;
- ✓ Recursos financeiros escassos para investir em melhorias;
- ✓ Demanda muito grande de pacientes em relação ao número de funcionários;
- ✓ Dificuldade de fazer um atendimento com classificação de risco por causa da demanda e das condições estruturais da UBS;
- ✓ Alta prevalência de mulheres com hipertensão arterial;
- ✓ Baixa adesão ao tratamento;
- ✓ Baixa adesão às mudanças ao estilo de vida e mudanças nos hábitos alimentares;
- ✓ Faltam materiais de papelaria para o nosso trabalho;
- ✓ Faltam recursos financeiros para melhorias nas unidades de saúde de toda a região;
- ✓ Faltam investimentos por parte da Prefeitura e do Estado para melhorias nas campanhas e ações voltadas para a saúde da comunidade.

1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Dos problemas detectados acima, houve uma priorização das ações com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população feminina do distrito de Conceição de Minas em Dionísio - MG. A priorização do problema foi baseada na temática do presente projeto. Sabemos que existem outros problemas a serem priorizados, porém estes lançados abaixo são os mais urgentes dentro de nossa área a abrangência e que estão dentro de nossa capacidade de enfrentamento. A classificação de prioridade para os problemas está demonstrada no quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde azul, Unidade Básica de Saúde Conceição de Minas, município de Dionísio, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Falta de adesão ao tratamento	Alta	4	Total	2
Inatividade física	Alta	4	Parcial	4
Alimentação inadequada	Alta	4	Parcial	3
Alta prevalência de mulheres com hipertensão arterial	Alta	5		1
Faltam medicamentos	Alta	4	Parcial	5
Infraestrutura da unidade inadequada	Alta	3	Parcial	6
Déficit de recursos humanos	Alta	3	Parcial	7
Alta prevalência de hipertensão	alta	3	Parcial	8

Fonte: autoria própria (2020)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica primária ou essencial (HAS) é reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, pois além de sua alta prevalência na população em geral, contribui tanto para o estabelecimento de sequelas cardiovasculares e renais quanto para a redução da expectativa de vida.

Até a menopausa, as mulheres são hemodinamicamente mais jovens que os homens da mesma idade, apresentando, portanto, menor vulnerabilidade à hipertensão arterial e a doenças cardiovasculares. Porém, após a menopausa, as mulheres passam a apresentar maior prevalência de hipertensão que os homens.

Diante deste contexto, verificou-se que na UBS Conceição de Minas de Dionísio – MG, existe alta prevalência de hipertensão arterial em mulheres na faixa etária de 40 a 65 anos de idade, o que preocupa muito a equipe, já que estas mulheres não aderiram ao tratamento medicamentoso e nem ao tratamento nutricional, que é de suma importância para se evitar as complicações.

Assim, surgiu a necessidade de se elaborar um projeto de intervenção que contribuísse para o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão neste grupo.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial nas mulheres atendidas na UBS Conceição de Minas do município de Dionísio – MG.

4 METODOLOGIA

Foi realizado Planejamento estratégico situacional (PES), seguindo os passos de proposta de intervenção que se referem ao levantamento dos problemas (primeiro passo), priorização do problema (segundo passo), para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo) e por fim o desenho das operações (sexto ao décimo passo).

O PES foi utilizado para a estimativa rápida dos problemas observados, definição do problema prioritário e seleção dos nós críticos. Baseado nos resultados obtidos pelo diagnóstico situacional e fundamentado na revisão de literatura, foi desenvolvido um plano de ação de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

Para subsidiar a elaboração do plano de intervenção foi feita uma revisão de literatura nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como nos manuais do Ministério da Saúde.

Optou-se por utilizar como material, artigos científicos em língua portuguesa, espanhola e inglesa produzidos entre 2000 e 2020 e livros científicos da área. Para a busca das publicações foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão, fatores de risco e doenças cardiovasculares.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão na mulher

A Hipertensão Arterial (HA) é reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, pois se trata de uma patologia com alta prevalência na população em geral, estimando que atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de 20 anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces (CUPPARI, 2015).

A hipertensão arterial é considerada o principal fator de risco de morte prematura e de morbidade cardiovascular, vâsculo-encefálico e doença renal terminal. Entre as mulheres, a hipertensão não só é responsável por um terço das doenças cardiovasculares, como também eleva em 3,5 vezes o risco relativo de doença coronariana, principal causa de mortalidade feminina (MAGALHÃES; AMORIM; REZENDE, 2018).

A prevalência da hipertensão arterial essencial em mulheres é, em linhas gerais, semelhante á que se observa em homens, acometendo, em média 30% a 40% das mulheres negras e aproximadamente 20% das brancas. A prevalência aumenta consideravelmente com a idade, aproximando-se a 80% em mulheres com mais de 70 anos, incluindo nesse percentual os casos de hipertensão sistólica isolada (MAGALHÃES; AMORIM; REZENDE, 2018)

Além das diferenças hemodinâmicas, a mulher se expõe a situações especiais que, por si só, contribuem para a emergência de quadros hipertensivos, como a gestação, o uso de contraceptivo oral e a própria menopausa (XAVIER; GAGLIARDI, 2015).

Esta doença faz parte do grupo de doenças cardiovasculares que representam o maior porcentual de causas de mortalidade. Está associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (CUPPARI, 2015).

A hipertensão arterial é classificada em primária/essencial ou secundária. A hipertensão arterial primária não tem causas conhecidas na maioria dos casos, já a

hipertensão arterial secundária deve ser investigada, uma vez que o diagnóstico etiológico significa, em muitos casos, a possibilidade de tratamento específico (XAVIER; GAGLIARDI, 2015).

O tratamento deve ser iniciado com mudanças no estilo de vida eliminando fatores de risco e prática de exercícios físicos, o tratamento farmacológico é indicado apenas para hipertensos moderados e graves, e para pacientes com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos alvo (MALTA et al, 2018).

Em mulheres, alterações cardiovasculares levando ao aumento da pressão arterial ocorrem principalmente após a menopausa, podendo estar relacionadas aos hormônios sexuais como os estrogênios, que em taxas adequadas, podem influenciar neste sistema, incluindo efeito benéfico sobre a hipertensão, atividade antioxidante e uma série de benefícios ao sistema cardiovascular, levando em conta que após a menopausa há uma desordem nas taxas hormonais, as mulheres estariam de certa forma, mais exposta ao risco de surgimento da hipertensão arterial (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2015).

A HAS designa uma elevação excessiva da PA, acima dos valores de referência para a população em geral, sendo considerada como uma das doenças mais comuns do mundo moderno. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2015).

5.2 Hipertensão arterial associada à contracepção oral

Os contraceptivos orais encontram-se entre as drogas mais utilizadas no mundo ocidental. Estima-se que mais de 8 milhões de mulheres fazem uso diário da pílula. Acredita-se, hoje, que aproximadamente 50% das mulheres entre 15 e 30 anos tomam pontualmente um fármaco que atua na contracepção, sem que esteja presente uma condição de doença, e com intenção de evitar uma gravidez (BARRETO; SANTELLO, 2012).

Os contraceptivos orais vêm sendo utilizados desde o início da década de 1960 e atualmente mostram um perfil de risco muito mais seguro que no início da experiência com estes (BARRETO; SANTELLO, 2012).

A associação entre hipertensão arterial e contraceptivo oral, embora suspeitada durante alguns anos, só foi claramente defendida a partir de 1967 com as publicações do grupo Laragh, nos Estados unidos, e Woods, no Reino unido (MALTA et al, 2018).

Os primeiros estudos epidemiológicos, realizados quando os contraceptivos orais ainda continham doses elevadas de estrogênio e progestágeno, demonstraram que a pressão arterial sistólica e diastólica se elevavam em média 3 a 6/2 a 5 mmHg, respectivamente, e que aproximadamente 5% das mulheres desenvolviam hipertensão. Contudo, as formulações farmacêuticas atualmente disponíveis contêm apenas cerca de 20% do estrogênio e do progestágeno das preparações anteriores (CUPPARI, 2015).

Dados do *Nurses Health Study*, que avaliaram prospectivamente aproximadamente 70 mil mulheres com idade de 25 a 42 anos, mostraram que o risco relativo da hipertensão, comparado às mulheres que nunca haviam usado contraceptivo, foi de 1,8, naquelas em uso corrente do medicamento e de 1,2 para as que relataram tê-lo empregado previamente. Contudo, quando esses resultados foram ajustados para idade, peso, tabagismo, história familiar e outros fatores de risco, revelaram que apenas 41,5 casos de hipertensão, por 10.000 pessoas/ano, puderam ser atribuídos ao uso de contraceptivo oral (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2015).

Atualmente, a maior preocupação quanto à elevação da pressão arterial induzida pelos contraceptivos reside no desenvolvimento de hipertensão arterial persistente, que se associa com frequência a prematuridade da doença cardiovascular (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

Na maioria das mulheres que desenvolvem hipertensão em uso de contraceptivo oral, a doença costuma ser leve, e em mais de 50% dos casos a pressão arterial retorna às cifras normais no período de 2 a 12 meses após a interrupção do contraceptivo. Em um pequeno número de pacientes a hipertensão pode ser severa, evoluindo rapidamente para hipertensão maligna e lesão renal irreversível (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2015).

Os mecanismos pelos quais os contraceptivos orais causam hipertensão não são bem conhecidos. Modificações hemodinâmicas, ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e resistência á insulina têm sido identificadas e podem estar envolvidas na gênese da hipertensão (XAVIER; GAGLIARDI, 2015).

Os contraceptivos orais, nas formulações atuais que contêm baixas doses de estrogênios e progestágeno, são relativamente seguros para a maioria das mulheres. São também, considerados altamente efetivos como método anticoncepcional. Se, de um lado, não aumentam os riscos do infarto agudo do miocárdio e reduzem o câncer ovariano, por outro, elevam as chances de tromboembolismo venoso, acidente vascular encefálico, câncer de mama e do colo uterino. Os riscos são consistentemente maiores em mulheres fumantes com idade superior a 35 anos (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

5.3 Hipertensão na gravidez

Nos dias atuais, a hipertensão na gravidez é a principal causa de morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal, não só em países industrializados, mas principalmente naqueles em desenvolvimento. Além disso, o fato de a hipertensão está associada ao retardo de desenvolvimento fetal e as evidências crescentes de que os neonatos de baixo peso estão mais propensos à hipertensão na vida adulta têm dado ênfase à necessidade de prevenção de pré-eclâmpsia e de prematuridade, bem como o controle adequado da hipertensão durante a gestação (MAGALHÃES; AMORIN; REZENDE, 2018).

Em condições normais, a pressão arterial cai no segundo trimestre, atingindo valores em média 15 mmHg menores daqueles anteriores à gestação. No terceiro trimestre, a pressão arterial retorna a valores anteriores à gestação. Esta flutuação ocorre tanto em normotensas quanto em mulheres portadoras de hipertensão crônica (MAGALHÃES; AMORIN; REZENDE, 2018).

Por ser uma entidade clínica heterogênea, a hipertensão na gestação é classificada, de acordo com o *National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy*, em cinco categorias principais (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2015):

- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia: a pré-eclâmpsia é caracterizada pelo aparecimento de hipertensão e proteinúria (≥ 300 mg/24h) após a 2^a semana de gestação em mulheres previamente normotensas. Por sua vez, na eclâmpsia, observam-se convulsões do tipo grande mal, que se instalam em gestantes já portadoras de pré-eclâmpsia. Deve-se ter o cuidado de excluir outras causas de convulsão antes de se firmar o diagnóstico definitivo de eclâmpsia.
- Hipertensão crônica: é definida por níveis de pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica > 90 mmHg, registrados antes da gestação, ou presentes no período que precede a 20^a semana de gravidez, ou ainda que persistam elevados por 12 semanas aos o parto.
- Pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica: é definida pela elevação aguda dos níveis pressóricos aos quais se superpõem proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de hipertensão crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas.
- Hipertensão gestacional ou transitória: refere-se a níveis elevados de pressão arterial ($\geq 140/90$ mmHg) detectados pela primeira vez depois da 20^a semana da gestação. A hipertensão transitória da gravidez evolui sem proteinúria. Na maioria dos casos, observa-se normalização dos níveis tensionais antes de transcorridos 42 dias após o parto.
- Pré-eclâmpsia: é registrada em 5% a 8% das gestações, sendo a segunda maior causa de mortalidade materna, superada apenas pela doença tromboembólica. A pré-eclâmpsia associa-se também elevada morbimortalidade perinatal, principalmente por prematuridade iatrogênica. As manifestações clínicas habituais de pré-eclâmpsia são: hipertensão, proteinúria, edema, hiperuricemia, irritabilidade do sistema nervoso simpático e, não raramente, anormalidades na coagulação sanguínea e na função hepática.

Apesar de exaustivas investigações, iniciadas há mais de cem anos, ainda não se conhecem plenamente a etiologia e a patogênese da pré-eclâmpsia. Numerosas propostas têm surgido para explicar suas causa, mas acabem por ser reconhecidas posteriormente apenas como fatores coadjuvantes de uma doença

sabidamente multifatorial. Fatores imunológicos, genéticos e ambientais se integram, levando às modificações estruturais e funcionais que caracterizam a pré-eclâmpsia (BARRETO; SANTELLO, 2012).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia são: nuliparidade, pré-eclâmpsia em gestação prévia, idade > 35 anos, história familiar, hipertensão crônica, doença renal crônica, síndrome de anticorpo antifosfolipídico, doença vascular ou do tecido conjuntivo, diabetes mellitus, obesidade, afro-americana/ hispânica, homocigoto, heterocigoto, teste de rollover positivo, alteração em Doppler de artéria uterina, trombofilia, restrição ao crescimento fetal inexplicável, gene T235 do angiotensinogênio (BARRETO; SANTELLO, 2012).

5.4 Hipertensão e risco cardiovascular na mulher após a menopausa

A doença cardiovascular é a mais importante causa de morte entre mulheres, sendo responsável a cada ano por mais óbitos que todas as demais outras causas combinadas (CUPPARI, 2015).

A incidência de infarto do miocárdio, embora menor do que em homens, aumenta drasticamente após a menopausa. Além disso, a mortalidade por doença coronariana é mais elevada em mulheres que em homens. Esta tendência tem sido atribuída a comorbidades, que ocorrem com maior frequência em mulheres em idade mais avançada. Diversos estudos têm demonstrado que a doença cardiovascular na mulher aparece acima do horizonte clínico, 10 a 12 anos mais tarde que no homem (MALTA et al, 2018).

Vários estudos transversais e longitudinais têm apontado que a pressão arterial aumenta progressivamente com a idade. Nas primeiras quatro ou cinco décadas de vida, a hipertensão é mais comum em homens que em mulheres. Esta relação se inverte nas faixas etárias mais altas, e a hipertensão passa a ser mais frequente nas mulheres, independentemente da raça. A hipertensão é mais prevalente e severa em mulheres negroides do que em mulheres caucasianas (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

A menopausa se acompanha de aumento da pressão sistólica e da diastólica, independentemente da idade, o que resulta em maior prevalência da hipertensão quando se compara ao período da pré-menopausa. Alguns investigadores têm

sugerido que esse efeito esteja relacionado á produção na produção endógena de hormônios sexuais que acompanha a menopausa. Aumento do peso corporal é também um importante determinante, potencialmente prevenível, de incremento da prevalência de hipertensão em mulheres após menopausa (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2015).

Embora a incidência de complicações hipertensivas seja menor em mulheres do que em homens, a hipertensão é ainda um forte preditor de risco cardiovascular. Entre idosos, por exemplo, a hipertensão em mulheres (comparada aos homens) é preditor mais forte de risco coronariano, sendo frequentemente observada naquelas com doença coronariana estabelecida (CUPPARI, 2015).

O tratamento da hipertensão arterial na mulher pós-menopausa deve sempre começar por modificações no estilo de vida, introduzindo-se, quando necessário, as drogas anti-hipertensivas (XAVIER; GAGLIARDI, 2015).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado: alta prevalência de mulheres com hipertensão arterial e baixa adesão ao tratamento, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como nós críticos, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Dos problemas encontrados em minha unidade de atendimento, o que mais chamou a atenção foram os números de casos de pacientes do sexo feminino portadoras de hipertensão arterial na faixa etária de 40 a 65 anos de idade.

A HAS é um problema mundial que pode atingir todas as faixas etárias e suas complicações são graves e dispendiosas. O Sistema Único de Saúde (SUS) não consegue conscientizar os pacientes da importância do tratamento medicamentoso e principalmente do não medicamentoso com as mudanças de hábito para melhoria da qualidade de vida e da saúde.

Sabe-se que a HAS geralmente possui fatores de risco associados, alguns daqueles já identificados são idade, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status socioeconômico, obesidade, etilismo, tabagismo, gênero e uso de anticoncepcionais. Os fatores que predispõe à incidência da doença muito contribuem para o avanço da HAS, tornando-se então necessárias a adoção de medidas preventivas, eliminando sempre que possível fator de risco como tabagismo, etilismo, redução do peso, mudança do medicamento anticonceptivo, dentre outros.

A adoção destas medidas muitas vezes torna-se um sacrifício, no entanto muito colabora para a redução dos índices pressóricos, fazendo com que não se

torne necessário o tratamento farmacológico, melhorando e certamente melhorando a qualidade de vida de cada indivíduo.

Para tratamento específico da mulher hipertensa é imprescindível o acompanhamento, principalmente quando em idade fértil, pois o método anticoncepcional pode interferir nos índices pressóricos.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo, o gênero e o uso de anticoncepcionais orais muito colaboram para os avanços na epidemiologia cardiovascular, e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

A menopausa é o período no qual cessa o ciclo menstrual como consequência da diminuição na liberação dos hormônios femininos estrogênio e progesterona. A falta de estrogênio afeta 75% das mulheres que sofrem na fase inicial com sintomas como: ondas de calor, incontinência urinária, ressecamento da pele, secura vaginal e distúrbios do sono.

Podem acontecer ainda sinais de irritabilidade, perda de concentração, baixa da libido e aumento da depressão. Em 30% das mulheres os sintomas são severos. A baixa hormonal em longo prazo está relacionada ao aumento de doenças cardiovasculares, aumento e redistribuição da adiposidade, osteoporose, cânceres, doenças cognitivas e demências, como o Mal de Alzheimer.

Em muitos estudos foi verificado que na menopausa há uma redução da força e massa muscular, da massa óssea, aumento da gordura corporal, especialmente na região abdominal, prevalência de diabetes, de osteoporose e de doenças cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares são mais propensas devido ao aumento da gordura intra-abdominal que tem um efeito negativo nos níveis de lipídios.

É muito importante que nessa fase há uma diminuição do gasto energético de repouso, pois a diminuição da massa magra reduz as necessidades energéticas do

organismo, e que associada ao sedentarismo e a manutenção da ingestão calórica, possa levar a um aumento de massa gorda, o que pode alterar a pressão arterial de forma significativa.

Na unidade de saúde de Conceição de Minas há um grande número de mulheres em idade entre 45 e 60 anos de idade que sofrem com a hipertensão arterial e, apesar de saberem dos riscos de complicações a adesão ao tratamento é muito baixa, da mesma forma a adesão às mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares.

Foi preciso selecionar os nós críticos existentes para tentar planejar ações voltadas para a melhoria na qualidade de vida das pacientes com hipertensão arterial, da mesma forma que combater os fatores de risco podem evitar o aparecimento de novos casos.

As terapias medicamentosas utilizadas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica desencadeiam suas ações por interagirem com componentes macromoleculares das células, também conhecidos como alvos celulares para ação de fármacos.

As classes de alvos celulares atualmente descritas são as proteínas com funções específicas (proteínas que atuam como receptores, enzimas, proteínas estruturais, proteínas transportadoras, canais iônicos); os ácidos nucleicos; e pequenas moléculas ou íons como radicais livres e íons H⁺. Classes de medicamentos que atuam nestes locais.

Em sua grande maioria os medicamentos interagem com macromoléculas ou proteínas situadas na membrana celular e que tem a função específica de reconhecer sinais ou mensagens que chegam às células, geralmente na forma de estímulo químico (um hormônio, neurotransmissor ou mesmo um fármaco). Após ativação pelo estímulo químico, estas proteínas, conhecidas como receptores ativam várias proteínas efetoras intracelulares que, por sua vez, geram pequenas moléculas sinalizadoras ou mensageiras secundários.

Em outras palavras, a ativação do receptor modifica a função de componentes interligados ao mesmo, iniciando uma série de alterações intracelulares (ativação de vias de sinalização intracelulares) que irão determinar mudanças na função celular. Como os receptores reconhecem um estímulo/mensagem que chega à célula e, em resposta, propagam o sinal regulatório

para a célula, os mesmos atuam como elementos de integração da informação extracelular, ou seja, os receptores coordenam sinais provenientes de diferentes moléculas com a atividade metabólica da célula. Para exercer tal função, os receptores apresentam dois domínios funcionais: domínio para ligação da molécula sinalizadora e domínio efetor.

Intervenções não farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física. Deste modo, a intervenção não farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da hipertensão arterial.

Porém, o tratamento não medicamentoso como as mudanças nos hábitos alimentares e mudanças no estilo de vida também têm baixa adesão.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos encontrados foram:

1. Nível de informação da população insuficiente quanto aos problemas causados pela hipertensão arterial;
2. Baixa adesão às mudanças de estilo de vida e mudanças nos hábitos alimentares;
3. Baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de mulheres com hipertensão arterial e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família azul, do distrito de Conceição de Minas do município Dionísio, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Nível de informação da população insuficiente quanto aos problemas causados pela hipertensão arterial nas mulheres.
6º passo: operação (operações)	Informar a população da necessidade de modificar hábitos alimentares e estilos de vida; promover informações quanto às doenças através de visitas domiciliares; informar sobre a importância da adesão ao tratamento.
6º passo: projeto	Saúde da Mulher
6º passo: resultados esperados	Pacientes informados quanto á necessidade de adesão ao tratamento com consciência sobre a necessidade de redução de peso corporal e níveis pressóricos; redução da obesidade, mudanças no estilo de vida.
6º passo: produtos esperados	Trabalhar a reeducação alimentar para diminuir os índices de doenças crônicas não transmissíveis e diminuir os casos de doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes. Trabalhar atividade física para a redução de calorias no organismo através da promoção da educação em saúde.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Financeiro: Verbas para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos e palestras. Político: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra a obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes; fazer palestras nas escolas sobre boa alimentação.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para trabalhar a educação em saúde e orientação aos pacientes; Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; cartilhas para serem distribuídas nas escolas para conscientizar as crianças quanto à importância da boa alimentação.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável); Diretora da escola rural da região (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; reuniões com os educadores e direção das escolas da região.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenalmente com a equipe de saúde para verificar os resultados alcançados e formular novas estratégias para a próxima quinzena; Visitas domiciliares para verificar a adesão ao tratamento e mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência de mulheres com hipertensão arterial e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família azul, do distrito de Conceição de Minas do município Dionísio, estado de Minas

Nó crítico 2	Baixa adesão às mudanças de estilo de vida e mudanças nos hábitos alimentares.
6º passo: operação (operações)	Modificar hábitos alimentares e estilos de vida. Conscientizar a comunidade dos perigos existentes em não se alimentar bem e não praticar atividade física.
6º passo: projeto	Saúde da mulher
6º passo: resultados esperados	Saúde total: Diminuir IMC, pois a cada 10Kg reduzidos, reduz 26% o risco de doenças cardiovasculares; diminuir número de tabagistas; reduzir ingestão calórica e aumentar gasto calórico com atividades físicas. Diminuir os níveis pressóricos.
6º passo: produtos esperados	Reeducação alimentar; Campanhas educativas sobre boa alimentação e perigos das doenças cardiovasculares; programa de atividade física. Panfletos com regras praticas de boa alimentação e qualidade de vida.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Financeiro: Verbas para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos e palestras. Político: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra a obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes; fazer palestras nas escolas sobre boa alimentação.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para trabalhar a educação em saúde e orientação aos pacientes; Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; cartilhas para serem distribuídas nas escolas para conscientizar as crianças quanto à importância da boa alimentação.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável); Diretora da escola rural da região (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; reuniões com os educadores e direção das escolas da região
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenalmente com a equipe de saúde para verificar os resultados alcançados e formular novas estratégias para a próxima quinzena; Visitas domiciliares para verificar a adesão ao tratamento e mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida.

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência de mulheres com hipertensão arterial e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família azul, do distrito de Conceição de Minas do município Dionísio, estado de Minas

Nó crítico 3	Baixa adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial.
6º passo: operação (operações)	Modificar os hábitos alimentares da população através de reeducação alimentar; Mudar o estilo de vida da população, propondo atividade física; construir auditório para palestras e campanhas; promover informações quanto às doenças através de visitas domiciliares; aumento da área de cobertura; fiscalização e conscientização para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso.
6º passo: projeto	Saúde da mulher
6º passo: resultados esperados	Adesão total ao tratamento medicamentoso. Melhoria na qualidade dos pacientes femininas com hipertensão arterial.
6º passo: produtos esperados	Cuidados da equipe em relação à saúde da mulher; intervenção nos hábitos alimentares e estilo de vida; acompanhamento do tratamento medicamentoso.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Financeiro: Verbas para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos e palestras. Político: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra a obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes; fazer palestras nas escolas sobre boa alimentação e sobre a importância do tratamento medicamentoso.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para trabalhar a educação em saúde e orientação aos pacientes; Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; cartilhas para serem distribuídas nas escolas para conscientizar as crianças quanto à importância da boa alimentação.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável); Diretora da escola rural da região (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; reuniões com os educadores e direção das escolas da região
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenalmente com a equipe de saúde para verificar os resultados alcançados e formular novas estratégias para a próxima quinzena; Visitas domiciliares para verificar a adesão ao tratamento e mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de intervenção apresentada é de extrema importância para o incentivo e conscientização do paciente em relação aos perigos da hipertensão em mulheres na UBS Distrito Conceição de Minas em Dionísio – MG.

É importante também que se faça uma avaliação da prevalência e fatores associados ao diabetes e á hipertensão para, em seguida diminuir esses fatores, contribuindo assim, para que o paciente consiga levar uma vida normal e sem grandes limitações.

Espera-se que, com este projeto seja possível alcançar os objetivos propostos que é aumentar a adesão ao tratamento de pacientes do sexo feminino com hipertensão, principalmente aquelas que correm risco cardiovascular.

Porém, é muito importante trabalhar a prevenção da hipertensão desde cedo, já que vários fatores de risco são modificáveis como boa alimentação, exercícios físicos, redução de sódio, cessação do tabagismo e de uso de bebidas alcoólicas, perda de peso, adesão aos tratamentos disponíveis para aquelas que já se encontram hipertensas.

As vantagens deste projeto de intervenção são:

- Contribuir para a identificação dos fatores de risco na comunidade feminina;
- Melhorias de qualidade de vida das mulheres com hipertensão;
- Conscientizar as mulheres da importância do tratamento e das mudanças no estilo de vida;
- Prevenção de complicações por causa da hipertensão.

Não existe desvantagem para um projeto de intervenção, pois desde que seja necessária a sua criação é porque existem necessidades de mudanças, seja na forma de abordar o paciente ou na forma de acompanhar a evolução do seu tratamento.

Caso o projeto não seja aprovado, o plano B se resume em continuar trabalhado na prevenção de doenças e agravos e na educação em saúde.

REFERENCIAS

BARRETO, A. C. P.; SANTELLO, J. L. **Manual de Hipertensão: entre a evidência e a prática clínica.** São Paulo: Lemos, 2012.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde.** Brasília, [online], 2016a. (BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).** Brasília, [online] 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>). Acesso em: 26jun2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades.** Brasília, [online], 2016b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/coronel-fabriciano/panorama/>>. Acesso em: 26 jun 2019.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2017.** Brasília. [online], 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf. Acesso em 23jun2019.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano. **Conheça Coronel Fabriciano.** Coronel Fabriciano [online] 2019. Disponível em: <http://www.fabriciano.mg.gov.br/localizacao-municipio> Acesso em: 24jun2019.

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. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 25jun2019.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 25jun2019.

CORRÊA, E. J. ; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.** Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>). Acesso em: 25jun2019.

CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis.** Barueri, São Paulo: Manole, 2015.

DATASUS. Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Município de Coronel Fabriciano.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=CORONEL%20FABRICIANO>. Acesso em: 23jun2019

DATASUS. Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Ficha de estabelecimento Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais->

ativos/3119402140993. Acesso em: 23jun2019

FRANCISCHETTI, E. A.; SANJULIANI, A. F. **Tópicos especiais em hipertensão arterial**. São Paulo: BBS Editora, 2015.

MALTA, D. C. et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 21, n. 1, 2018.

MAGALHÃES, L. B. N. C.; AMORIN, A. M. REZENDE, E. P. Conceitos e aspectos epidemiológicos da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 25, n. 1, 2018.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. B. O.; PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev. Esc.Enf. USP**, v. 50, n. 1, 2016.

XAVIER, H. T.; GAGLIARDI, A. R. T. **Cardiometabolismo**: uma visão prática da síndrome metabólica. São Paulo: BBS Editora, 2015.