

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

**Samyra Silvana Da Silva Vitoretti**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTO DA PARTICIPAÇÃO  
DOS PACIENTES HIPERTENSOS AO GRUPO HIPERDIA, NA ESF  
MOINHOS DE CONSELHEIRO LAFAIETE.**

**Conselheiro Lafaiete/ Minas Gerais**

**2016**

**SAMYRA SILVANA DA SILVA VITORETTI**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTO DA PARTICIPAÇÃO  
DOS PACIENTES HIPERTENSOS AO GRUPO HIPERDIA, NA ESF  
MOINHOS DE CONSELHEIRO LAFAIETE.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

**Conselheiro Lafaiete/ Minas Gerais**

**2016**

**SAMYRA SILVANA DA SILVA VITORETTI**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTO DA PARTICIPAÇÃO  
DOS PACIENTES HIPERTENSOS AO GRUPO HIPERDIA, NA ESF  
MOINHOS DE CONSELHEIRO LAFAIETE.**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

Examinador 2 – Dra. Márcia Bastos Rezende Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2016.

## Resumo

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. A necessidade de propor medidas de intervenção, iniciando na atenção primária, buscar melhorar a adesão e o autocuidado desses pacientes visando a prevenção e promoção à saúde, o que contribui para evitar as complicações cerebrovasculares e coronarianas, principais causas de óbito e seqüela. Este estudo teve como objetivo propor um plano de intervenção que visa melhorar a adesão e frequência dos pacientes hipertensos, da área de abrangência da ESF Moinhos, ao grupo Hiperdia, a partir dos três nós críticos identificados: Horário em que os grupos são realizados coincidem com os horários de trabalho; Palestras expositivas;- Monotonia dos temas apresentados nas palestras. Para cada um foi elaborado um plano de ação. Seu desenvolvimento e o acompanhamento multiprofissional dos pacientes hipertensos e diabéticos é essencial para que a proposta de ação funcione estabelecendo assim maior vínculo e adesão da população adstrita.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial; Hiperdia, Educação para a Saúde.

## ABSTRACT

Systemic hypertension (SH) is a major public health problems in Brazil and the world. The need to propose intervention measures, starting in primary care, seeks to improve adherence and self-care of these patients aimed at prevention and health promotion, which helps to prevent cerebrovascular and coronary complications, leading causes of death and sequel. This study aimed to propose an intervention plan to improve adherence and frequency of hypertensive patients, the ESF Mills coverage area, the Hiperdia group, from the three we identified critical: Time in which the groups are made coincide with working hours-; Expository lectures; Monotony of the topics presented in the lectures-. To each was prepared an action plan. Its development and multidisciplinary monitoring of hypertensive and diabetic patients is essential for the proposed action work thus establishing greater ties and membership of the enrolled population.

Keywords: Primary Health Care; Arterial hypertension; Hiperdia, Health Education

|

## **Lista de abreviaturas**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PES	Planejamento Estratégico-Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## **Lista de quadros**

Quadro 1- Anti-hipertensivos comercialmente disponíveis no Brasil

Quadro 2- Nó crítico 1

Quadro 3- Nó crítico 2

Quadro 4- Nó crítico 3

Quadro 5- Acompanhamento do plano de ação

Quadro 6- Resultados: Número de pacientes que compareceram ao grupo Hiperdia em cada semana e o número de pacientes que se encontram com níveis pressóricos controlados.



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por sempre iluminar meus caminhos e pela oportunidade de exercer essa profissão que tanto amo.

Aos meus pais, por todo carinho e incentivo.

Ao meu noivo, pelo amor, compreensão e apoio nas minhas decisões.

A minha irmã e familiares que sempre estão do meu lado.

Aos meus professores da especialização pela ajuda e orientação, pois, sem eles nada seria possível.

Obrigada.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
• Identificação, histórico e descrição do município.....	11
2. JUSTIFICATIVA.....	14
3. OBJETIVOS.....	15
Objetivo geral .....	15
4. METODOLOGIA .....	16
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
Breve relato sobre HAS .....	17
• Políticas públicas: Hiperdia .....	21
Perfil do paciente .....	22
6. PLANO DE AÇÃO.....	25
Definição dos problemas .....	25
Priorização dos problemas .....	25
• Descrição do problema selecionado .....	26
Explicação do problema.....	26
• “Nós críticos” .....	26
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	34

|

## 1. INTRODUÇÃO

- Identificação, histórico e descrição do município

O município mineiro denominado Conselheiro Lafaiete, está localizado a 96 Km da capital Belo Horizonte. A primeira notícia que se tem da história de Conselheiro Lafaiete é por volta de 1683, dada pelo bandeirante de Garcia Rodrigues, que fala no arraial de garimpeiros e índios denominados Carijós que povoavam a região. Em 1694, a grande bandeira paulista de Manuel Camargo, Bartolomeu Bueno de Siqueira, Miguel Garcia de Almeida Cunha e João Lopes de Camargo oficializou a existência do arraial, que teve, então, um grande crescimento, servindo de ponto de apoio aos garimpeiros que iam explorar ouro descoberto em Itaverava, município vizinho, assim como em Ouro Preto, Mariana e Sabará. Em 1872 foi criada a Comarca de Queluz. O nome Conselheiro Lafaiete passou a vigorar a partir de 1934, em homenagem ao Conselheiro Lafayette Rodrigues Pereira, quando se comemorava o centenário de seu nascimento (PREFEITURA MUNICIPAL DE LAFAIETE, 2015).

A administração de Conselheiro Lafaiete é composta pelo prefeito, Ivar de Almeida Cerqueira Neto; vice-prefeito, Darci Tavares; e o secretário municipal de saúde, Marcos Bernardes Prates.

Conselheiro Lafaiete possui uma população estimada de 116.512 habitantes, segundo censo de 2010; uma área territorial correspondente a 370,246 km<sup>2</sup>; densidade demográfica igual a 314,69 hab/km<sup>2</sup> e IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) igual a 0,761 (2010). O município tem uma arrecadação de aproximadamente R\$ 103,7 milhões/ano (IBGE, 2010).

A cidade fica localizada próxima de grandes mineradoras e indústrias siderúrgicas como a CSN, Ferrous, a Gerdau Açominas, Logsteel, MRS Logística, NAMISA, Vallourec & Sumitomo Tubos do Brasil, Cimento Tupi, USIMINAS Vagões, a Vale e

Real Mix Concretos. Possui diversas indústrias de pequeno porte como serralherias, carpintarias e tijolos. Conselheiro Lafaiete tem instaladas, hoje, metalúrgicas em geral, fábricas de móveis, ceras e velas, cerâmicas, empresas de ônibus, transporte, de prestação de serviços em geral e uma cooperativa de leite da Itambé. Conta ainda com estabelecimentos comerciais variados. Na agricultura produz os seguintes produtos agrícolas: arroz, batata, laranja, tangerina, tomate, milho, mandioca, feijão e cana-de-açúcar. Na pecuária tem como principais efetivos: bovinos, suínos, muares, galináceos, entre outros (IBGE, 2010).

O município possui uma rede de saúde que atende a 20 municípios vizinhos. Conta com 20 ambulatórios distribuídos pelos bairros da cidade; um Pronto Atendimento que funciona 24 horas, prestando serviço de urgência e emergência médica e odontológica; quatro hospitais, sendo que três possuem maternidade; além de uma unidade móvel provida de consultório médico, odontológico e enfermagem. Todas as unidades são mantidas pelo SUS, que em Conselheiro Lafaiete encontra-se no nível de gestão semi-plena- (IBGE, 2010).

O Programa da Saúde da Família (PSF) Moinhos fica localizado no bairro Moinhos em Conselheiro Lafaiete e possui aproximadamente 10.000 habitantes, sendo que chegarão mais 300 famílias que irão residir nos condomínios do Programa Minha Casa Minha Vida do governo federal. A população em grande parte é carente e possui pouco grau de instrução, o que demanda mais programas educativos para ajudar na promoção à saúde. A unidade conta com uma equipe composta pelos seguintes profissionais: 6 agentes comunitários de saúde, 1 assistente social, 1 auxiliar de enfermagem, 1 enfermeiro da estratégia de saúde da família, 1 farmacêutico, 1 fisioterapeuta, 1 médica do PSF, 1 nutricionista, 1 psicóloga, 1 educador físico e 1 fonoaudióloga. O horário de funcionamento da unidade é das 7 às 17 horas, sem pausa para almoço.

A unidade básica é utilizada como porta de entrada para os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) pela a comunidade, o que gera grande expectativa pelos pacientes.

A maioria da população hipertensa cadastrada no PSF Moinhos pertence à faixa etária maior de 50 anos, sendo que a maioria possui baixo nível de escolaridade. Vivem com seus familiares ou sozinhos, em ambientes sociais, por vezes, conflituosos e desestruturados. Adoecem devido obesidade, dislipidemia, tabagismo, etilismo, sedentarismo e fatores ligados a genética. Morrem por complicações pertinentes de doenças cerebrovasculares e coronarianas.

Na área de abrangência do PSF- Moinhos, no município de Conselheiro Lafaiete, foi possível constatar que há uma falta de adesão pelos pacientes portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes ao grupo operativo Hiperdia, pois, uma proporção considerável de pacientes não comparecem aos grupos e nem as consultas médicas agendadas. São 544 hipertensos e 105 diabéticos cadastrados pelo SIAB, mas apenas cerca de 20 pacientes comparecem ao grupo de Hiperdia mensalmente. Foi possível verificar também, em reunião com a equipe, que a maioria dos pacientes possuem um nível sociocultural muito baixo, fazendo uso incorreto da medicação, não seguindo as orientações médicas e assim, permanecendo com níveis pressóricos e glicêmicos elevados. O fato da grande rotatividade de médicos na área adstrita, também contribui para a baixa adesão ao tratamento e acompanhamento da enfermidade.

## 2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão arterial é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, juntamente com o Diabetes.-(SILVA, 2006).

-A necessidade de propor projetos de intervenção buscando melhorar a adesão dos pacientes com estas comorbidades, visa o , o autocuidado e o conhecimento da doença, assim como, suas possíveis complicações no futuro.

Ao desenvolver este trabalho, acredita-se ser possível melhorar a assistência prestada à nossa clientela, ou seja, à população hipertensa adstrita, considerando que o usuário é o ator principal nesse processo.

Para Rodrigues et al. (2012), a adesão ao grupo Hiperdia não depende apenas do portador de hipertensão ou diabetes, mas sim de todo o conjunto de elementos constituintes do processo, embora deva considerá-lo como o foco central do processo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção para melhorar a adesão e frequência dos pacientes hipertensos, da área de abrangência da ESF Moinhos, ao grupo Hiperdia.

#### **Objetivos específicos**

Revisar publicações científicas recentes relacionadas à hipertensão arterial.

Identificar métodos pedagógicos para a realização de palestras para hipertensos e diabéticos, envolvendo a participação dos pacientes e de outros profissionais de saúde;

Analisar textos que orientem para o desenvolvimento de palestras dialogadas, com o intuito de ouvir o paciente hipertenso e conversar sobre o autocuidado;

Sistematizar ações a serem desenvolvidas do plano de ação.

#### 4. METODOLOGIA

As queixas apontadas pelos pacientes para justificar a não adesão ao grupo operativo são: o fato do horário em que os grupos são realizados coincidir com os horários de trabalho; as palestras serem expositivas; a monotonia dos temas das palestras e a ausência de acompanhamento médico. Devido a esses motivos conseguimos identificar os principais problemas para chegar aos nós críticos e elaborar o plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Este estudo foi realizado através dos métodos experimental e de revisão bibliográfica. Teve como base a pesquisa empírica realizada no período de seis meses, com a finalidade de melhorar a adesão de pacientes hipertensos, da área de abrangência da ESF Moinhos, ao grupo Hiperdia. Os dados foram coletados através das Fichas D dos agentes comunitários de saúde. A pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library On-Line) e MEDLINE, foi realizada pela busca ativa através dos descritores: Atenção Primária à Saúde, Hipertensão arterial, Hiperdia, Educação para a Saúde.

Para a construção do plano de ação foram seguidos os passos do Planejamento Estratégico-Situacional (PES), propostos pelo Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família, Nescon, Escola de Medicina, UFMG, que são os seguintes: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico, momento tático operacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).



## 5. REVISÃO DA LITERATURA

### Breve relato sobre HAS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como pressão arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de pressão arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg, aferidas a nível ambulatorial. O diagnóstico definitivo é comprovado através de medidas repetidas, pelo menos em três momentos, aferidas em condições ideais (Diretrizes de Hipertensão VI, 2010).

A HAS apresenta caráter multifatorial estando associado a obesidade, aumento da circunferência abdominal, sedentarismo, tabagismo, etilismo, hábitos alimentares inadequados, fatores genéticos, o avanço da idade e baixa escolaridade (SILVEIRA et al; 2013).

O tratamento da HAS dependerá da adesão do paciente ao uso dos medicamentos prescritos pelo profissional de saúde. Segundo SOUZA et al (2014), fatores relacionados a adesão incluem “as características do paciente, a qualidade da relação médico-paciente, a gravidade da doença, o acesso aos cuidados de saúde e fatores específicos relacionados à prescrição medicamentosa”.

### **Tratamento da HAS segundo VI Diretrizes de Hipertensão,**

O tratamento da HAS não deve ser baseado apenas nas medidas de PA, mas também na existência de fatores de risco, lesão de órgão-alvo e doença cardiovascular estabelecida (NOBRE, 2010)

O objetivo da terapêutica é reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular. Segundo NOBRE (2010), os pacientes que não possuem risco adicional, o tratamento não-medicamentoso deve ser instituído. Já os que possuem risco adicional baixo, deve ser considerado o tratamento não-medicamentoso isolado por até 6 meses, e se caso o paciente não atingir a meta que é manter a PA  $< 140 \times 90$

mmHg, associar tratamento medicamentoso. Risco adicional médio, alto e muito alto, tratamento não-medicamentoso e medicamentoso.

### Tratamento Medicamentoso

Os medicamentos mais utilizados para a HAS e que evidenciaram redução da morbimortalidade em estudos são os diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina (BRA II) e antagonistas dos canais de cálcio (ACC), podendo ser utilizada a associação destes antihipertensivos- (NOBRE,2010).

Quadro 1- Anti-hipertensivos comercialmente disponíveis no Brasil, segundo a VI Diretrizes de Hipertensão de 2010

Medicamentos	Posologia (mg)		Número de tomadas/dia
	Mínima	Máxima	
Diuréticos			
<b>Tiazídicos</b>			
Clortalidona	12,5	25	1
Hidroclorotiazida	12,5	25	1
Indapamida	2,5	5	1
Indapamida SR***	1,5	5	1
<b>Alça</b>			
Bumetamida	0,5		1-2
Furosemida	20		1-2
Piretanida	6	12	1
<b>Poupadores de potássio</b>			
Amilorida*	2,5	10	1
Espironolactona	25	100	1-2
Triantereno*	50	100	1
Ação central			
Inibidores Adrenérgicos			
<b>Ação central</b>			
Alfametildopa	500	1500	2-3
Clonidina	0,2	0,6	2-3
Guanabanzo	4	12	2-3
Moxonidina	0,2	0,6	1
Rilmenidina	1	2	1
Reserpina*	12,5	25	1-2

<b>Betabloqueadores</b>			
Atenolol	25	100	1-2
Bisoprolol	2,5	10	1-2
Carvedilol+	12,5	50	1-2
Metoprolol e Metoprolol (ZOK)***	50	200	1-2
Nadolol	40	120	1
Nebivolol++	5	10	1
Propranolol**/ Propranolol (LA)***	40/80	240/160	2-3 / 1-2
Pindolol	10	40	1-2
<b>Alfabloqueadores</b>			
Doxazosina	1	16	1
Prazosina	1	20	2-3
Prazosina XL***	4	8	1
Terazosina	1	20	1-2
<b>Inibidores da ECA</b>			
Benazepril	5	20	1
Captopril	25	150	2-3
Cilazapril	2,5	5	1
Delapril	15	30	1-2
Enalapril	5	40	1-2
Fosinopril	10	20	1
Lisinopril	5	20	1
Perindopril	4	8	1
Quinapril	10	20	1
Ramipril	2,5	10	1
Trandolapril	2	4	1
<b>Bloqueadores do receptor de AT1</b>			
Candesartana	8	32	1
Irbersartana	150	300	1
Losartana	25	100	1
Olmesartana	20	40	1
Telmisartana	40	160	1
Valsartana	80	320	1
<b>Inibidor direto da renina</b>			
Alisquireno	150	300	1

\* Medicamentos comercializados apenas em associações com outros anti-hipertensivos.

\*\* Dose máxima variável de acordo com a indicação médica.

\*\*\* Retard, SR, ZOK, Oros, XL, LA, AP, SR e CD: formas farmacêuticas de liberação prolongada ou controlada.

+ Alfa-1 e betabloqueador adrenérgico. ++ Betabloqueador e liberador de óxido nítrico.

FONTE: VI Diretrizes de Hipertensão de 2010.

Efeitos colaterais:

Diuréticos: hipopotassemia, podendo ser acompanhada de hipomagnesemia, que pode induzir arritmias ventriculares, e hiperuricemia. Betabloqueadores:

broncoespasmo, bradicardia, distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstricção periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual. Os betabloqueadores de primeira e segunda geração são contraindicados em pacientes com asma, DPOC e bloqueio atrioventricular de segundo e terceiro graus. (NOBRE, 2010).

Antagonistas dos canais de cálcio: cefaléia, tontura, rubor facial e edema de extremidades, mais comum em região maleolar. Verapamil e diltiazem podem provocar depressão miocárdica e bloqueio atrioventricular. Obstipação intestinal é mais encontrada com o uso de verapamil. Inibidores da enzima conversora da angiotensina: tosse seca, alteração do paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade com erupção cutânea e angioedema. (NOBRE, 2010).

Bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II: apresentam boa tolerabilidade. Podem causar tontura e, mais raramente, reação de hipersensibilidade cutânea. (NOBRE, 2010).

#### Tratamento não-medicamentoso:

No tratamento não-medicamentoso incluem, principalmente, mudanças de hábitos de vida. A redução de peso é um importante aliado para diminuição da Pressão Arterial (PA). As metas antropométricas a serem obtidas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m<sup>2</sup> e a circunferência abdominal < 88 para as mulheres e < 102 cm para os homens. (NOBRE, 2010).

A ingestão de uma dieta pobre em gordura saturada e colesterol; o aumento do consumo de frutas, hortaliças e alimentos integrais; evitar o consumo excessivo de sal e a sua adição aos alimentos; e reduzir o consumo de doces e bebidas alcoólicas, são umas das medidas a serem adotadas como mudança de hábitos alimentares, já que possuem grande influência na perda ponderal e consequentemente na redução da PA (SILVA, 2006).

A realização de atividade física aeróbica e regular está intimamente ligada à prevenção e ao tratamento da HAS. A pessoa adulta deve realizar atividade física moderada, pelo menos cinco vezes por semana, com duração, em média, de 30 minutos para manter-se com um bom condicionamento cardiovascular.

Através da atividade física, é possível reduzir a dosagem de medicamentos antihipertensivos, podendo alguns hipertensos até ter o fármaco suspenso devido ao controle efetivo da PA. O treinamento físico reduz cerca de 3,8 a 11 mmHg na pressão arterial sistólica e de 2,6 a 8 mmHg na pressão arterial diastólica (RONDON; BRUN, 2003).

#### Dados epidemiológicos do Brasil e do mundo

A HAS é considerada um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, devido principalmente ao sua morbi-mortalidade. Dados estatísticos apontam que a HAS atinge em média 15% a 20% da população mundial, sendo que no Brasil o número de enfermos pode chegar a aproximadamente 17 milhões (MELO et. al; 2015).

Segundo Miranzi et al; 2008, apenas 30% dos hipertensos brasileiros tem sua pressão controlada, ficando os 70% restantes vulneráveis ao risco de doenças cerebrovasculares, renais e cardiovasculares. Dados do Sistema Único de Saúde (SUS), apontam que 17,6% das internações da rede pública são decorrentes da HAS e suas complicações.

- Políticas públicas: Hiperdia

No Brasil, as políticas públicas destinadas ao tratamento da HAS e Diabetes Mellitus (DM), compreendem o desenvolvimento de programas de atenção básica que tem como foco à prevenção, identificação e acompanhamento dessas enfermidades (LIMA et. al; 2011).

O Ministério da Saúde programou o sistema Hiperdia que visa cadastrar e acompanhar os portadores de HAS e DM atendidos na rede ambulatorial do SUS, tendo como benefício à adoção de estratégias de intervenção pelos gestores públicos e conhecimento do perfil epidemiológico da população local DATASUS, (2015).

O programa HIPERDIA tem também por objetivo a distribuição de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina, disponibilizados gratuitamente pela rede SUS para atender aos pacientes portadores destas comorbidades crônicas (PAULA et. al., 2011).

Segundo LIMA et al.; (2011) mesmo com a extensa base de dados oferecida pelo sistema Hiperdia para o diagnóstico da população acometida pela HAS e DM, muitas Unidades Básicas de Saúde desconhecem ainda o perfil de seus pacientes, limitando assim, o alcance de políticas públicas à população que dela necessita.

#### Perfil do paciente

Indivíduos portadores de doenças incapacitantes e crônicas ficam fragilizados e impedidos por suas enfermidades, necessitando assim, de apoio tanto de seus familiares quanto dos profissionais de saúde no que se refere a busca de uma melhor qualidade de vida (Faquinello et.al, 2010).

O perfil de pacientes hipertensos cadastrados no sistema Hiperdia, observado em publicações recentes, mostra que são indivíduos do sexo feminino com faixa etária acima de 50 anos (LIMA et al., 2011).

#### **Educação para a saúde de pacientes hipertensos na ESF.**

A educação em saúde contribui para aproximar os saberes científicos produzidos nessa área a vida cotidiana da população, buscando assim melhorias a saúde, a qualidade de vida e a formação da cidadania, (MOUTINHO et al., 2014).

Nota-se que a educação em saúde deve servir de instrumento de intervenção que ultrapasse a transmissão de saberes servindo ainda para o estabelecimento de um ambiente de compartilhamento propício a formação humana, onde o indivíduo reflita e tenha uma consciência crítica sobre seu modo de vida, (VASCONCELOS, GRILO e SOARES; 2009).

A condição do paciente hipertenso o coloca a necessidade da mudança de hábitos e transformação no modo de ser e viver, sendo necessária ainda a participação efetiva do paciente no tratamento. Cabe assim ao profissional de saúde estar instrumentalizado sobre os pressupostos e técnicas da educação em saúde para anunciar às mudanças no estilo de vida e implicar o paciente a responsabilidade por seu sucesso ou fracasso no controle da doença; (PIRES e MUSSI e, 2009).

Para o desenvolvimento de ações da educação em saúde espera-se uma equipe multiprofissional que compartilhe entre diferentes saberes, a fim de planejar, implementar e avaliar a promoção de saúde. Esta equipe deve ser composta minimamente por enfermeiro, médico, auxiliar ou técnico em enfermagem e pelos agentes comunitários de saúde; (MOUTINHO et al., 2014).

Mussi e Pires, (2009) apontam que métodos baseados na coerção ou ainda na tentativa de transferência de conhecimentos onde se espera que o outro reaja com mudanças automáticas e imediatas, trazem no lugar da informação, a ameaça; no lugar da educação, a proibição. Tais métodos não conquistam aliados, apenas transferem responsabilidades.

Assim buscando efetivo resultado no tratamento de pacientes hipertensos, os profissionais de saúde devem estabelecer uma orientação personalizada na qual se observa se a pessoa tem interesse em mudar seus hábitos de vida, se as informações que fornecem são assimiladas e valorizadas, se costumes e crenças do paciente perante sua doença interferem negativamente no tratamento; (MUSSI e PIRES, 2009).

## **Dificuldades e desafios**

O maior desafio encontrado no tratamento oferecido nas UBSs está na mudança da percepção limitada do paciente que segundo Faquinello et al (2010), “pode ser traduzida a partir de três atividades: fornecimento de medicamentos, realização de exames laboratoriais e de consultas médicas”.

De acordo com Carvalho et al (2012) a não adesão do paciente resulta em falhas no tratamento, agravamento da doença e intoxicações medicamentosas devido uso inadequado das drogas que conseqüentemente elevam o índice de internações na rede hospitalar.

Percebe-se também grande dificuldade no que se refere à distância entre a residência dos pacientes e a localização da UBS, tornando-se um obstáculo a motivação para o acompanhamento e controle da enfermidade. Contudo esta questão geográfica ainda não possui solução por falta de ações específicas que requeiram maior acessibilidade aos pacientes (FAQUINELLO et. al., 2010).



## **6. PLANO DE AÇÃO**

Desenvolveu-se junto com a equipe de saúde, um Plano de Ação para ESF Moinhos com enfoque na busca de maior adesão dos pacientes ao grupo Hiperdia, considerando sua importância e a viabilidade de gerenciar essa intervenção.

O desenvolvimento de um projeto de intervenção necessita de um amplo conhecimento das dificuldades envolvidas para que as ações sejam focadas na transformação dessa realidade. Portanto, o problema avaliado deve ser viável e gerenciável (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### **Definição dos problemas**

O diagnóstico situacional da ESF Moinhos evidenciou a baixa participação e absenteísmo no grupo Hiperdia, por pacientes hipertensos, devido à distância a ser percorrida entre as casas dos pacientes e o posto de saúde, a maioria dos pacientes trabalhar nos horários em que os grupos são realizados, e o baixo nível de escolaridade da maioria da população adstrita.

### **Priorização dos problemas**

Dentre os problemas identificados, considerou-se que todos apresentam relevante importância no contexto de assistência à saúde da população da área de abrangência. A não participação ou baixa frequência no Hiperdia, por pacientes hipertensos, encontra-se dentro da capacidade de enfrentamento da atenção primária. Portanto, a equipe priorizou a baixa participação e absenteísmo no grupo Hiperdia, por pacientes hipertensos, como alvo do plano de ação.

- Descrição do problema selecionado

Dos 544 hipertensos cadastrados, 346 mantêm boa adesão ao tratamento medicamentoso e aproximadamente 20 pacientes comparecem ao grupo Hiperdia mensalmente. O restante dos pacientes hipertensos frequenta os grupos apenas quando necessitam trocar a receita.

#### Explicação do problema

As principais queixas em relação à adesão pelos pacientes ao grupo Hiperdia são: o fato do horário em que os grupos são realizados serem nos horários de trabalho dos pacientes; palestras expositivas; distância da residência dos pacientes e o local da realização das palestras e a falta de acompanhamento médico. Antes, os grupos eram realizados de 8 às 11 horas na segunda-feira.

O grande número de pacientes que comparecem ao grupo Hiperdia, apenas quando necessitam trocar a receita, deixam de compreender melhor sua comorbidade e a aprender sobre auto-cuidado.

A adesão ao grupo Hiperdia não depende apenas do indivíduo com hipertensão ou diabetes, mas sim de todo o conjunto de elementos constituintes do processo, embora deva considerá-lo como o foco central do processo (RODRIGUES, et al. 2012).

- “Nós críticos”

Segundo o conceito, elaborado pelo PES, “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que se abordada de maneira efetiva, é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os seguintes “nós críticos” foram selecionados e serão as causas para as quais a equipe está direcionada a solucioná-las:

- Horário em que os grupos são realizados coincidem com os horários de trabalho;

- Palestras expositivas;

- Monotonia dos temas apresentados nas palestras.

### **Desenho das operações**

O acompanhamento multiprofissional dos pacientes hipertensos e diabéticos é essencial para que o projeto de ação funcione e os nós críticos se resolvam, estabelecendo assim maior vínculo e adesão da população adstrita.

Palestras realizadas por médico, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudióloga, enfermeiro e nutricionista, sobre temas variados e relacionados com a comorbidade dos pacientes vão abolir com a monotonia em que se encontravam as palestras e estimular o paciente ao auto-cuidado.

A divulgação dos grupos seria de forma mais abrangente e efetiva, como por exemplo, através de cartões realizados pela equipe e cartazes espalhados pela recepção da ESF Moinhos. Haverá uma maior disponibilidade de horários para que os grupos sejam realizados. Segundo o planejamento da equipe, inicialmente os grupos serão realizados quinzenalmente, na sexta-feira, no horário de 8 às 11h ou de 13h às 16h com a presença do médico, enfermeiro, técnica de enfermagem e de integrantes da equipe multiprofissional pertencentes ao NASF.

A população poderá escolher o assunto e o horário dos próximos encontros.

As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos quadros que seguem:

Quadro 2- Nó crítico 1

<b>Nó crítico 1</b>	Horário em que os grupos são desenvolvidos, coincidente com os horários de trabalho dos pacientes.
<b>Operação</b>	Disponibilizar mais horários para que os grupos sejam realizados agendando o próximo horário do encontro junto com os participantes.
<b>Projeto</b>	<b>A hora do grupo</b>
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar a frequência dos participantes do grupo
<b>Produtos esperados</b>	Permitir maior participação da população adstrita.
<b>Atores sociais /responsabilidades</b>	Equipe de saúde
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural.</b> Espaço para o desenvolvimento das atividades <b>Organizacional:</b> Agenda previamente definida para realização das atividades do grupo Hiperdia. <b>Político:</b> Apoio da gestão
<b>Recursos críticos</b>	<b>Organizacional:</b> Agenda previamente definida para realização das atividades do grupo Hiperdia. <b>Político:</b> Apoio da gestão
<b>Controle dos recursos críticos/Viabilidade</b>	Secretaria de Saúde e PSF Motivação favorável
<b>Ação Estratégica de motivação</b>	Dialogar para flexibilizar os horários
<b>Responsáveis</b>	PSF
<b>Cronograma/ Prazo</b>	1 mês
<b>Gestão acompanhamento e avaliação</b>	Gestor do projeto. Avaliações mensais

Quadro 3- Nó crítico 2

<b>Nó crítico 2</b>	Palestras expositivas
<b>Operação</b>	Palestras dialogadas, nas quais os pacientes podem esclarecer suas dúvidas
<b>Projeto</b>	<b>Tirando a dúvida</b>
<b>Resultados esperados</b>	Maior participação e diálogo durante as palestras
<b>Produtos esperados</b>	Incentivar o paciente através do diálogo, a conhecer e a cuidar da sua comorbidade, com o intuito de melhorar a adesão ao tratamento.
<b>Atores sociais /responsabilidades</b>	Equipe de saúde
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural.</b> Espaços para o desenvolvimento das atividades <b>Cognitivo:</b> Conhecimento científica acerca dos temas abordados e estratégias de comunicação e pedagógicas <b>Organizacionais:</b> Definir agenda dos atores. <b>Humano:</b> equipe envolvida.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Humano:</b> disponibilidade da equipe envolvida. <b>Econômicos:</b> Confeção de panfletos, cartilhas e cartazes. Data show para auxiliar a visualização de imagens.
<b>Controle dos recursos críticos/Viabilidade</b>	Secretaria Municipal de Saúde; Coordenador Geral dos PSFs e Equipe envolvida.  Motivação favorável
<b>Ação Estratégica de motivação</b>	Solicitar demanda
<b>Responsáveis</b>	Equipe de saúde
<b>Cronograma/ Prazo</b>	1 mês para inicio das atividades
<b>Gestão acompanhamento e avaliação</b>	Gestor do projeto. Avaliações mensais.

Quadro 4- Nó crítico 3

<b>Nó crítico 3</b>	Monotonia dos temas apresentados nas palestras
<b>Operação</b>	Palestras com assuntos sugeridos e escolhidos pelos pacientes.
<b>Projeto</b>	<b>Conversando de Saúde</b>
<b>Resultados esperados</b>	Participação de toda Equipe de Saúde junto com o NASF buscando promover a saúde.
<b>Produtos esperados</b>	Orientações educativas sobre temas do interesse da população, sem fugir do objetivo de melhora do auto cuidado.
<b>Atores sociais /responsabilidades</b>	Equipe de saúde
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural.</b> Espaços para o desenvolvimento das atividades <b>Cognitivo:</b> Conhecimento científico acerca dos temas abordados <b>Organizacionais:</b> Definir agenda dos atores. <b>Humano:</b> disponibilidade da equipe envolvida; <b>Econômicos:</b> Confeção de panfletos, cartilhas e cartazes e Data show para auxiliar a visualização de imagens.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Humano:</b> disponibilidade da equipe envolvida; <b>Econômicos:</b> Confeção de panfletos, cartilhas e cartazes e Data show para auxiliar a visualização de imagens.
<b>Controle dos recursos críticos/Viabilidade</b>	Secretaria de Saúde Motivação favorável
<b>Ação Estratégica de motivação</b>	Variar a maneira de expor os conteúdos
<b>Responsáveis</b>	Equipe de saúde
<b>Cronograma/ Prazo</b>	1 mês para inicio das atividades
<b>Gestão acompanhamento e avaliação</b>	Gestor do projeto. Avaliações mensais

## Gestão do Plano

A gestão do plano foi elaborada para melhor controle da execução do projeto. O quadro abaixo representa o acompanhamento dos resultados.

Quadro 5- Acompanhamento do plano de ação

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>
A hora do grupo	Médica Samyra	01 mês	Atendido	O projeto já foi implementado
Tirando a dúvida	Médica Samyra	01 mês	Atendido	O projeto já foi implementado
Conversando de saúde	Médica Samyra	01 mês	Atendido	O projeto já foi implementado

Fonte: Autoria própria (2015)

Quadro 6 - Resultados: Número de pacientes que compareceram ao grupo Hiperdia em cada semana e o número de pacientes que se encontram com níveis pressóricos controlados.

Mês/2015	1ª quinzena - Sexta-feira de 8 às 11 horas	Número de pacientes com níveis pressóricos controlados	2ªquinzena - Sexta-feira de 13 às 16 horas	Número de pacientes com níveis pressóricos controlados
Junho	15 pacientes	7 pacientes	16 pacientes	6 pacientes
Julho	20 pacientes	11 pacientes	13 pacientes	6 pacientes
Agosto	cancelado	cancelado	27 pacientes	18 pacientes
Setembro	33 pacientes	20 pacientes	26 pacientes	19 pacientes
Outubro	50 pacientes	41 pacientes	17 pacientes	15 pacientes
Novembro	21 pacientes	18 pacientes	13 pacientes	11 pacientes

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As queixas apontadas pelos pacientes para justificar a não adesão ao grupo operativo são: o fato do horário em que os grupos são realizados no horário de trabalho deles; palestras expositivas; distância da residência dos usuários e o local da realização das palestras e a falta de acompanhamento médico.

Ao desenvolver este trabalho, foi possível melhorar a assistência prestada à população hipertensa adstrita, considerando que o usuário é o ator principal nesse processo.

Com base nas queixas levantadas pelos usuários, em relação aos horários em que os grupos são realizados, haverá maior flexibilização. Além de divulgação dos grupos ser de forma mais abrangente e efetiva, através de cartões realizados pela própria equipe, aumentamos o número de grupos mensais que passaram a ser de 15 em 15 dias.

Quanto ao acompanhamento médico, aqueles que tiverem algum tipo de descontrole com a medicação e dos níveis pressóricos, uma consulta médica foi agendada para melhor avaliação.

As palestras serão dialogadas e não expositivas, possibilitando que os participantes compartilhem experiências e elucidem suas dúvidas.

Os temas das palestras serão elencados com a participação dos pacientes. Assim haverá maior interesse dos integrantes do grupo na participação nos encontros mensais.

Dessa forma, espera-se que ao final de seis meses, com a implantação do plano de intervenção proposto, os hipertensos da área de abrangência da ESF Moinhos estejam, em sua maioria, frequentando o grupo Hiperdia.



A criação de estratégias em saúde pública é de grande importância no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, pois, conseguem abranger um contingente populacional significativo. Portanto, para que sejam melhor implementadas, os usuários devem ter maior consciência e entendimento sobre sua comorbidade.

A partir dessas considerações, a equipe da ESF Moinhos, no município de Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, está implantando o projeto de intervenção de modo contínuo, com o objetivo de melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento, através dos grupos operativos criando maior vínculo do usuário com a unidade. Desse modo, conseguiremos educar a população em saúde, de forma gradativa, estimulando ao autocuidado, prevenindo agravos e promovendo a saúde.

A primeira semente foi plantada. Espero que dê bons frutos para a comunidade e que esse ciclo de aprendizagem se renove e se aprimore a cada ano.

## REFERÊNCIAS

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Síntese do diagnóstico situacional a equipe verde da comunidade de Vila Formosa, Município de Curupira. In: Planejamento e avaliação das ações em saúde, Belo Horizonte, 2ª ed., 2010.

CARVALHO, A.L.M. et al. Adesão ao tratamento em usuários cadastrados no Programa HIPERDIA no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1885-1892, 2012.

DATASUS, **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>> Acessado em 17 de out. 2015.

DATASUS. HIPERDIA. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>, acessado em 17 de out. de 2015.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.4, p. 736-44, 2010.

IBGE Cidades. Conselheiro Lafaiete. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=311830&idtema=16&search=||síntese-das-informações> Acesso em: 19 de maio de 2015.

LIMA, L.M. et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha Enferm.**, v.32, n.2, p.323-9, 2011.

MELO, E. et al. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.1, p.124-131, 2015.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p. 672-9, 2008.

MOUTINHO, C.B. et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 12, n. 2, p. 253-272, 2014.

NOBRE, Fernando et al. Diretrizes de Hipertensão VI C. Arq Bras Cardiol. Rio de Janeiro. (v1 supl.1) p.1-51. 2010. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)  
Acesso em: julho de 2015

PIRES, C. G.S.; MUSSI, F.C. Refletindo sobre pressupostos para cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.1, p. 229-236, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAFAIETE. Portal. História da cidade. Disponível em: <http://conselheirolafaiete.mg.gov.br/portal/historia> acessado em 12 de nov de 2015.

RODRIGUES, F. et al. O funcionamento e a adesão nos grupos de Hiperdia no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v.5, n.3, p. 44 – 62, 2012.

RONDON, M.U.P.B.; BRUN, P.C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.10, n.2, p.134-139, 2003.

SILVA, Terezinha Rodrigues et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 180-189, Dec. 2006. Disponível em from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902006000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 mai 2015

SILVEIRA, J. et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 21, n.2, p. 129-34, 2013.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. **Revista Hipertensão**, v. 13, n.01, p.27-47, 2010.

SOUZA, C.S. et al. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base. *Arq Bras Cardiol*, v.102, n.6, p. 571-578, 2014.

VASCONCELOS, M.; GRILO, M. J. C.; SOARES, S. M. Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.