

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

YOAN MANUEL ARCE REGALADO

ESTÍMULO À ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI HIPERTENSIVA
EM UNIDADE DE ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTA
FÉ DE MINAS

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS
2015

YOAN MANUEL ARCE REGALADO

**ESTÍMULO À ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI HIPERTENSIVA
EM UNIDADE DE ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTA
FÉ DE MINAS**

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

Orientadora: Prof^a .Dr^a . Márcia dos Santos Pereira

**MONTES CLAROS/MINAS GERAIS
2015**

YOAN MANUEL ARCE REGALADO

**ESTÍMULO À ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI HIPERTENSIVA
EM UNIDADE DE ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTA
FÉ DE MINAS**

Banca examinadora

Profª Drª Márcia dos Santos Pereira- Escola de Enfermagem da UFMG

Prof.....

Aprovado em Belo Horizonte,2015

RESUMO

Desde o século XIX já era descrito que níveis permanentemente elevados de pressão arterial sistêmica possui íntima relação com o aumento do risco cardiovascular. Como consequência surgiu à necessidade de intervenção, tratamento e acompanhamento longitudinal dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica. Sabe-se que a abordagem terapêutica, a educação em saúde e o diagnóstico precoce são pilares para que se possa alcançar controle rigoroso e efetivo na diminuição das taxas de morbimortalidade por HAS. Após diagnóstico situacional na área de abrangência foi possível identificar um contraste negativo entre o número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica registrado e o número de pacientes em controle efetivo na Unidade Básica de Saúde, gerando uma supra notificação com um sub acompanhamento longitudinal. Portanto, tal trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção com o intuito de estabelecer medidas locais de prevenção e controle da hipertensão arterial pela equipe da Estratégia de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Mais Saúde, do município de Santa Fé de Minas – Minas Gerais. Foi realizada pesquisa bibliográfica em bases indexadas no *PubMed*, na Biblioteca, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na base do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como também foram levantados materiais em outros compêndios de literatura clássica, para fundamentação teórica deste estudo e do plano de intervenção aqui proposto. O principal resultado esperado é a implementação das medidas propostas no plano e a melhoria nos indicadores de saúde locais e da rede assistencial local.

Palavras chave: Hipertensão. Educação saudável. Saúde da Família.

ABSTRACT

Since the nineteenth century it was reported that persistently high levels arterial depression has a close relationship with increased cardiovascular risk. As a result came the need for intervention, treatment and longitudinal follow-up of patients with hypertension. It is known that the therapeutic approach, health education and early detection are the pillars so that one can achieve strict and effective control in reducing morbidity and mortality rates for hypertension. After situational diagnosis in the catchment area was identified a negative contrast between the number of registered patients with systemic arterial hypertension and the number of patients in effective control in the Basic Health Unit, generating above notification with a sub longitudinal follow-up. Therefore , this paper aims to draw up an action plan in order to establish local prevention and control of hypertension by the staff of the Family Health Strategy , the Basic Health Unit More Health , the city of Santa Fe mines - Minas Gerais. Literature search was performed in databases indexed in PubMed , in the Library Virtual Health (BVS) , based on the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and have also been raised in other materials classical literature textbooks for theoretical basis of this study and action plan proposed here . The main expected result is the implementation of the measures proposed in the plan as well as improvements in local health indicators and the local care network.

Keywords: Hypertension. Health education. Family Health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO-----	7
2. JUSTIFICATIVA-----	16
3. OBJETIVO-----	18
4. METODOLOGIA-----	19
5. REVISÃO DA LITERATURA-----	20
6. PLANO DE AÇÃO-----	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	24
REFERENCIAS-----	25

1. INTRODUÇÃO

O município de Santa Fé de Minas está situado no noroeste do Estado de Minas Gerais, na área mineira da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE). Dista-se 511 km da capital Belo Horizonte, ligado pelas Rodovias 040, 135, 365 e 181 aos municípios limítrofes centralizadores de serviços públicos como Januária, Montes Claros, Pirapora, São Romão, Brasilândia de Minas, Bonfinópolis de Minas e Buritizeiro. A população é de 3.968 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ocupando uma área de 2.917,448 km² com uma densidade populacional de 1,36 hab./ km² (IBGE, 2010)

A história de Santa Fé de Minas começa quando o Município de São Francisco se chamava São José das Pedras dos Angicos. Em 1881 tem o nome mudado para "Nossa Senhora da Conceição de Capão Redondo", tornando-se distrito, em 1923, denominado "Capão Redondo" e incorporado ao município de São Romão. A emancipação política do município ocorreu em 1º de março de 1963 (IBGE, 2010).

De acordo com pesquisas históricas da região norte mineiro, essa localidade foi descoberta mais ou menos em 1860 com a chegada de garimpeiros vindos de vários lugares à procura de diamantes, que descobriram o Ribeirão de Santa Fé com presença de cascalho não somente no leito do Ribeirão, mas também nos barrancos e nos manchões paralelos às suas margens. Foi onde começaram a fazer sondagens, e constataram a existência de preciosos diamantes (IBGE, 2010).

Foram se formando ranchos de folhas de buritis e mais tarde casas de adobe, que chegaram a formar um povoado, posteriormente um arraial, vila e distrito. O nome "Capão Redondo" foi devido à existência de um bosque nativo com esse nome, à cerca de dois quilômetros da sede do atual município ao lago da margem direita do Ribeirão de Santa Fé, onde hoje está localizada a cidade (IBGE, 2010).

O então Distrito de Capão Redondo recebeu a denominação de Santa Fé de Minas, no dia 30 de dezembro de 1962 pela Lei nº. 843, em homenagem ao Ribeirão Santa Fé, que corta o referido município banhando a sede municipal, e que deu origem a fundação do arraial devido à grande quantidade de diamantes existentes em seu leito (IBGE, 2010).

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH de Santa Fé de Minas é considerado médio. Seu valor absoluto é de 0,615 (PNUD/2010), parecido com o da média nacional. Comparando com outros municípios, a sua posição, em relação aos municípios mineiros é o de nº. 732 e em relação ao Brasil sua posição é o de nº. 3.796. Segundo dados do IBGE 2010, 2.291 habitantes compunham a zona urbana e 1.677 a zona rural. A taxa de urbanização corresponde a 57,76% (IBGE 2010).

Todos os domicílios são atendidos pela rede de abastecimento de água da COPASA e todas as moradias são atendidas pelo serviço de coleta de lixo, que é executado pela Prefeitura Municipal. Conforme o IBGE (2010), todas das residências possuem rede geral de esgoto adequado, mas ainda não está em operação. O Produto Interno Bruto - PIB - de Santa Fe de Minas é de R\$7.526,08, destacando-se a área de prestação de serviços. O IDH de renda absoluto é de 0,610, sendo que o do Brasil é de 0,723; e o PIB *per capita* é de R\$ 7.479,75 (IBGE 2010).

Apesar de se encontrar numa região muito seca, o setor primário da economia é a agricultura. Na lavoura temporária são produzidos principalmente feijão, farinha de mandioca e milho. O segundo setor mais relevante para a economia do município é na cria de bovino, galos, na produção de leite de vaca e na pesca. A cidade conta com quatro Mercados Municipais, e diversos comércios, que são geradores da principal fonte de emprego do Município, juntamente com a prefeitura e a Secretária Estadual de Educação. Esses dados encontram-se nos Quadros apresentados a seguir.

O quadro 1 apresenta o total de domicílios por localização de acordo com sua área, urbana ou rural, do município de Santa Fé de Minas.

Quadro1- Distribuição das Famílias no município por Localização

Localização	Famílias
Zona Urbana	612
Zona Rural	434
Total	1.046

Fonte: IBGE (2010)

O Quadro 2 mostra o total de domicílios por localização permanente de acordo com sua área, urbana ou rural, do município de Santa Fé de Minas.

Quadro 2 - Distribuição dos Domicílios particulares permanentes no município por Localização

Localização	Domicílios particulares permanentes
Zona Urbana	630
Zona Rural	516
Total	1.146

Fonte: IBGE (2010)

O quadro 3 retrata a renda familiar por localização no município Santa Fé de Minas.

Quadro 3 - Distribuição da Renda Média Familiar por Localização

Localização	Mensal/ familiar	Per capita
Zona Urbana	R\$1.413,72	R\$255,00
Zona Rural	R\$761,23	R\$192,67

Fonte: IBGE (2010)

Neste quadro retratamos o total de pessoas que moram na zona urbana e rural.

Quadro 4 - Distribuição da população urbana e rural

Zona Urbana	2.292 habitantes	57.76%
Zona Rural	1.676 habitantes	42.24%
Total	3.968 habitantes	100,00%

FONTE: Relatório de Gestão – Prefeitura Municipal de Santa Fé de Minas/ Secretaria Municipal de Saúde de Santa Fé de Minas, (2011).

O Quadro 5 apresenta a população por faixa etária de acordo com o sexo no município Santa Fé de Minas.

Quadro 5 - Distribuição da População por Faixa Etária

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	171	169	340
5 a 9 anos	191	168	359
10 a 14 anos	244	216	460
15 a 19 anos	228	225	453
20 a 24 anos	157	149	306
25 a 29 anos	156	139	295
30 a 39 anos	246	227	473
40 a 49 anos	260	231	491
50 a 59 anos	215	156	371
60 a 69 anos	112	116	228
70 anos ou mais	108	84	192
Total	2.088	1.880	3.968

FONTE: Censo Demográfico / Secretaria Municipal de Saúde de Santa Fé de Minas, (2011).

Neste quadro retratamos a população por sexo no município Santa Fé de Minas.

Quadro 6 - Distribuição da população por sexo no Município

Masculino	2.088 habitantes	52.62%
Feminino	1.880 habitantes	47.38%
Total	3.968 habitantes	100,00%

FONTE: Relatório de Gestão - Prefeitura Municipal de Santa Fé de Minas / Secretaria Municipal de Saúde de Santa Fé de Minas, (2011).

No Quadro 7 retratamos o grau de alfabetização do município Santa Fé de Minas.

Quadro 7 - Distribuição da população segundo Alfabetização no Município

Alfabetizados	2.963 pessoas
Não alfabetizados	1.005 pessoas
Frequênta creche ou escola	1.411 pessoas

FONTE: IBGE (2010)

De acordo com o Censo do IBGE (2010), a proporção de moradores em pobreza extrema em Santa Fé de Minas era de 59,44%. Após a inclusão do programa Bolsa Família do Governo Federal no Município este índice baixou para 47,65 %.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio das escolas públicas de Santa Fé de Minas era, no ano de 2013, de 4,5, valor acima ao das escolas municipais e estaduais de todo o Brasil, que é de 4,0. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da educação é de 0,492 (classificado como muito baixo), enquanto o do Brasil é 0,849 (IBGE, 2010).

Em relação aos dados sobre o Sistema Local de Saúde, inicialmente, destaca-se que o Conselho Municipal de Saúde de Santa Fé de Minas foi criado em 17 de junho de 1991, pela Lei Municipal nº 260/91 de 17 de junho de 1991, e foi alterada pela Lei Municipal nº 593/2011 de 20 abril 2011. A sua composição é formada por Usuários (50 %), Trabalhadores da Saúde (25%) e Gestores e Prestadores (25%), sendo 24 conselheiros titulares e 24 suplentes, cada um deles indicado por suas respectivas entidades através de ofício encaminhado à mesa Diretora.

As reuniões deste Conselho são realizadas nas primeiras terças-feiras do mês, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde na Rua Vice-Prefeito Marciano de Freitas nº 946. Conforme regimento interno, a presidência do Conselho é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde.

A rede de saúde da Atenção Básica conta com duas Equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), duas Equipes de Agentes Comunitários da Saúde (EACS), uma Unidade Básica de Saúde, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), dois Consultórios Odontológicos em Centro de Saúde (ESF), duas Farmácias Populares,

um Centro de Fisioterapia, um Laboratório Clínico e a Vigilância de Saúde com Epidemiologia Sanitária e Ambiental.

As equipes da Estratégia da Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de saúde bucal (dentista e técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário) e um zelador. Vale reiterar a experiência positiva do NASFs, que traz a inserção de alguns dos seguintes profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, educador físico em pontos estratégicos de referencia.

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, ocorreu o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, com a implantação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dando apoio as duas Equipes de Saúde da Família BRASIL, 2009).

A área de abrangência da ESF compreende o bairro Santo Reis, atendendo um total de 564 famílias / 1.769 habitantes. A população total cadastrada na ESF é de 1.769 pessoas, compreendendo o total de 100% de usuários atendidos pelo SUS. Dentre os equipamentos sociais e pontos de atenção à saúde presentes no Município pode-se destacar: uma Unidade Básica de Saúde (José Rodriguez Barbosa), duas unidades de ESF(Saúde para Viver, Mais Saúde), o Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), o Posto Policial e a Escola Estadual (Nome da escola).

Em relação às áreas de lazer do Município, existem poucas opções, dentre elas uma Praça pequena e duas quadras poliesportivas, onde as crianças podem praticar vários tipos de esporte, como futebol e capoeira; e o espaço em frente à igreja católica, onde são realizadas várias festas.

Dados do Censo Demográfico de 2010 e observações diretas mostram que a grande maioria das ruas não são asfaltadas, com exceção de duas ruas no bairro Santa Cruz. Todos os domicílios possuem energia elétrica e a grande maioria, próxima de cem por cento, utilizam água tratada da rede pública de abastecimento. O esgoto é coletado pelo sistema de esgotamento sanitário e tratado e o lixo recolhido pela Prefeitura Municipal vai para o aterro sanitário.

O bairro Santa Cruz está localizado na zona sul da área urbana de Santa Fé Minas, a uma distância de 900,00 m do centro da cidade, tendo como referência a Delegacia Policial. A equipe foi criada em Março de 2009 como ESF junto com a modalidade Saúde Bucal. Passou a funcionar em uma casa alugada localizada na rua Aristides Braga nº 333, Bairro Santa Cruz, onde esta localizada atualmente e divide espaço com a equipe ESF Saúde para Viver no centro da cidade. O horário de funcionamento é de 7h00 às 11h30 e de 13h30 a 17h00, conforme foi definido em reunião com a comunidade. Os bairros Santa Cruz, Extrema, Várzea da Catinga, Várzea Alegre, Posto Alegre, Logrador, Parauna, Retiro e Assentamento fazem parte da ESF Mais Saúde.

Atualmente a estratégia saúde da família do município apresenta duas equipes. O município aderiu à estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde como estratégia inicial para organização do território, cadastro das famílias, adoção de práticas de promoção e prevenção à saúde, de forma que a implantação da Estratégia Saúde da Família seja facilitada.

Em relação aos recursos humanos, a equipe é formada pelos profissionais: Yoan Manuel Arce Regalado (Médico); Bruniele Nepomuceno Guedes (Enfermeira); Josilene Carneiro Lopes (Técnica de Enfermagem); cinco agentes de saúde: Antonio Aparecido Oliveira, Claudiane Alves Mesquita, Fabiana Guimaraes Wanderlan, José Augusto Alves, Yamila Mesquita de Almeida, Teresa Aparecida Chamone Farago (Dentista), Denise Gonçalves Barbosa (Técnica em Saúde Bucal) e Lissandra Alves (Zeladora). O horário de trabalho da equipe respeita os horários de funcionamento da UBS, sendo que algumas atividades são realizadas em outros locais (visitas domiciliares, CEMEI, campanhas etc) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA FÉ DE MINAS, 2014).

Sobre a área física, a Unidade de Atenção Primária à Saúde dispõe de espaço alugado, contendo, salão de recepção com espaço equipado com cadeiras e televisão para a espera dos pacientes, quatro consultórios clínicos, um consultório odontológico, um banheiro para uso dos pacientes (masculino e feminino), um banheiro para uso da equipe (masculino e feminino), uma sala de procedimentos de enfermagem (pesagem, aferição de pressão arterial, inalação, curativos), almoxarifado, depósito de materiais de limpeza (DML), salão de reuniões, sala de

arquivos, sala dos agentes comunitários de saúde e, copa (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA FÉ DE MINAS, 2014).

Por sua vez, a realização do diagnóstico situacional, conforme Quadro 8 abaixo e, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010) apontou os seguintes problemas de saúde: altos índices de hipertensos com irregularidades no tratamento, gravidez na adolescência, tabagismo, alcoolismo, tráfico de drogas ilícitas, uso de drogas ilícitas, obesidade e sedentarismo, alto nível de desemprego ou trabalho informal e baixo nível econômico da população.

Após a análise desta situação, a equipe selecionou como problema prioritário para enfrentamento o alto índice de hipertensos com irregularidades no tratamento. A seguir apresentamos o quadro com o levantamento de problemas na Unidade de Estratégia Saúde da Família do Município de Santa Fé de Minas.

Quadro 8- Levantamento de Problemas na Unidade de Estratégia Saúde da Família do Município de Santa Fé de Minas.

Problema	Importância	Urgência (0-5 pontos)	Capacidade de Enfrentamento da Equipe
Tráfico de drogas ilícitas	Alta	4	Não há possibilidade de intervenção direta da equipe
Uso de drogas ilícitas	Alta	5	Há possibilidade de intervenção da equipe
Alcoolismo	Media	3	Há possibilidade de intervenção da equipe
Tabagismo	Media	3	Há possibilidade de intervenção da equipe
Obesidade e Sedentarismo	Baixa	2	Há possibilidade de intervenção da equipe
Alto nível de desemprego ou trabalho informal	Alta	4	Não há possibilidade de intervenção direta da equipe
Gravidez na adolescência	Alta	4	Há possibilidade de intervenção da equipe
Baixo nível econômico da população	Media	2	Não há possibilidade de intervenção direta da equipe.
Alto índice de pacientes hipertensos com irregularidades no tratamento	Alta	5	Forte potencial de intervenção da equipe

FONTE: Relatório de Gestão - Prefeitura Municipal de Santa Fé de Minas / Secretaria Municipal de Saúde de Santa Fé de Minas, (2011).

Neste contexto, ressalta-se que das 1.769 pessoas residentes na área de abrangência da equipe, 275 são hipertensos, o que corresponde a 15,54 % da população (SIAB, 2013), de acordo com os registros da equipe.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (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, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas a elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

No Brasil, as DCV tem sido a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 e 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS, 2010).

A doença renal terminal, outra condição frequentemente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Estudos clínicos bem conduzidos demonstraram que o controle da pressão arterial reduz a ocorrência de AVE entre 35% e 40%, IAM entre 20% a 25% e ICC em até 50%. Esses dados, mais uma vez, reforçam a importância do tratamento correto.

Estima-se que tratar pacientes com HA estágio I e reduzir a PAS em 12 mmHg por 10 anos salve uma vida a cada 11 pacientes tratados.

Desta forma, considerando o percentual significativo de hipertensos residentes na área de abrangência da ESF Mais Saúde (15.45%), bem como, alto índice de irregularidades desses hipertensos ao tratamento, e torna-se necessário elaborar um plano de intervenção a fim de aumentar a adesão dessas pessoas ao tratamento medicamentoso e conseqüentemente reduzir a morbimortalidade por essa doença no território brasileiro.

3. OBJETIVO

Elaborar um Plano de Intervenção com vistas à melhora da adesão e conhecimento ao tratamento anti-hipertensivo pelo paciente em acompanhamento na Unidade de Saúde da Família Mais Saúde do município de Santa Fé de Minas no Estado de Minas Gerais.

4. METODOLOGIA

Para elaboração do plano de intervenção será realizada um levantamento da literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais. Fez-se pesquisa bibliográfica com vistas à fundamentação teórica deste estudo e do Plano de Intervenção aqui proposto. Os artigos identificados foram pesquisados em bases indexadas no *PubMed*, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na base do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *Google*. Foram também levantados materiais em outros compêndios de literatura clássica. Assim, a pesquisa foi feita a partir dos descritores:

- Atenção Primária à Saúde.
- Hipertensão.
- Educação em Saúde.

Ressalta-se que os artigos utilizados neste estudo tomaram por base o objetivo do trabalho e foram devidamente referenciados durante as citações e referências utilizada para construção desde texto.

Nesse sentido, este projeto já cumpriu algumas etapas do Planejamento Estratégico. Inicialmente cumpriu-se o momento explicativo, ou seja, elaborou-se uma seleção, descrição e explicação do problema selecionado. Depois, cumpriu-se o momento normativo através da elaboração de um plano de intervenção para enfrentar o problema do alto índice de irregularidades no tratamento do pacientes hipertensos.

Dessa forma, este Projeto terá como descrito, o planejamento em saúde. Assim, será utilizada ainda uma pesquisa de caráter bibliográfica com o objetivo de ter o suporte teórico necessário. Ela servirá para identificar fatores que determinam ou contribuem para ocorrência de fenômenos.

5. REVISÃO DA LITERATURA

Oliveira e Nogueira (2010) definem a hipertensão arterial sistêmica como a elevação crônica da pressão arterial sistólica (PAS) ou pressão arterial diastólica (PAD).

Segundo Borges e colaboradores (2010) a hipertensão arterial tem sido considerada como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Caracterizada como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doença vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana.

De acordo com Ferreira e colaboradores (2011), a hipertensão arterial sistêmica acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento para 60% dos casos da doença em 2025.

Conforme Wenzel, Souza e Souza (2010), alguns fatores tornam-se importantes para a determinação da hipertensão arterial sistêmica, como o excesso de peso, o fumo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada, a inatividade física e a história familiar, que tem ocupado destaque entre os principais fatores.

Kubitschek e Mendonça (2013), descrevem a obesidade como dos principais fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica. Estudos realizados entre adolescentes de 18 anos identificaram associação positiva entre a distribuição de gordura corporal e as doenças cardiovasculares.

Em estudo realizado por Figueiredo e colaboradores (2011) observou-se que a localização abdominal da gordura (obesidade abdominal) mostrava-se mais associada aos distúrbios metabólicos, como as dislipidemias, a hipertensão arterial, resistência a insulina e aos riscos cardiovasculares.

Já Wagmacker e Pitanga (2011) descrevem que a inatividade física tem-se tornado como um fator determinante para a ocorrência de mortes e doenças. Estudo na Região Sul do País identificou que a longo prazo a realização de atividade física regular possui efeito protetor para as doenças crônicas

[U1] Comentário: Sugiro o título contextualização do tema. Não está caracterizando uma revisão de literatura

O fortalecimento da importância das ações básicas de saúde resultou da necessidade de acompanhar o paciente crônico com visão integral de sua realidade de vida. Com esse intuito, a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), implantada no Brasil a partir de 1994, teoricamente deveria contribuir para o aumento da adesão terapêutica desses pacientes e para a redução das complicações inerentes (FALK, 2004).

A hipertensão arterial é a mais comum das doenças cardiovasculares, além de ser o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares. A HAS é uma doença silenciosa, inicialmente sem sintomas, e diagnosticada muitas vezes no aparecimento das complicações e, comumente, nas unidades de emergência, tardiamente, causando significativa perda na qualidade de vida e aumento nas taxas de morbidade e mortalidade (COELHO et al. 2005; JARDIM et al., 2007; SANCHEZ; PIERIN; MION JÚNIOR, 2004).

Para o acompanhamento e controle da hipertensão arterial, é importante a sua detecção, iniciada pela aferição da pressão arterial (PA). O rastreamento da PA elevada deve ser realizada por profissionais da saúde como medida preventiva de saúde. O objetivo de qualquer tratamento para as doenças crônicas é o seu adequado controle, pois desta maneira previnem-se suas complicações, com morbidades e mortalidade precoce (LESSA, 1998).

Neste sentido, destaca-se um item de suma importância no tratamento dessas doenças, que é a adesão ao tratamento. A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do paciente, e compreendem valores e crenças, além aspectos relacionados à doença e ao seu tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

No caso da hipertensão, seu controle é realizado não apenas pelo tratamento farmacológico, mas também por mudanças nos hábitos de vida, como mudanças na alimentação e realização regular de atividade física (SARQUIS et al., 1998).

6. PLANO DE AÇÃO

Trata-se de um projeto de intervenção, que tem o objetivo de melhorar a adesão dos hipertensos aos tratamentos farmacológico e de mudança de estilo de vida, tendo como tríade a identificação dos indivíduos com dificuldades de adesão; a intervenção educacional (palestras); e a avaliação de uma maior adesão dos pacientes avaliados.

6.1 Cenário de intervenção

A intervenção será desenvolvida no município de Santa Fé de Minas no noroeste do Estado de Minas Gerais, população estimada em 3.968 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) e que ocupa uma área de 2.917,448 km² com uma densidade populacional de 1,36 hab./km² e dispõe de duas unidades básicas de saúde.

A proposta será desenvolvida na área de abrangência da Estratégia de Saúde da família do PSF Mais Saude situada no bairro Santa Cruz do município de Santa Fé de Minas, Minas Gerais. Neste contexto, ressalta-se que das 1.769 pessoas residentes na área de abrangência da equipe, 275 são hipertensos, o que corresponde a 15.54 % da população (SIAB, 2013).

6.2 Procedimento de Intervenção

Os participantes serão selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão: serem pacientes de ambos os sexos; apresentarem diagnóstico médico de hipertensão arterial primária há mais de um ano; estarem cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão da unidade e estarem conscientes e orientados.

A intervenção dar-se-á por meio de palestras temáticas com os hipertensos cadastrados e acompanhados pela ESF da UBS Mais Saude, palestras estas que intensificam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos hipertensos.

Após término da discussão do tema proposto os pacientes terão a pressão arterial aferida, medidos o peso e a circunferência abdominal; para que assim futuramente

possamos avaliar se proposta está sendo efetiva.

Já na segunda palestra após a avaliação descrita os pacientes serão interrogados conforme a avaliação proposta por Bloch(2008), aqueles que forem classificados como paciente de baixa adesão (PBA), terão acompanhamento mais rigoroso sendo interrogado constantemente por seu ACS sobre o uso da medicação e visitas constantes pelo técnico de enfermagem para aferição de sua PA.

O planejamento e a execução das palestras contará com a parceria do Enfermeiro da equipe,dos ACS's e do Auxiliar de enfermagem. A etapa seguinte baseia-se na apresentação de palestras para levar ao público alvo, informações primordiais sobre a hipertensão arterial,objetivando elucidar quanto a adesão ao tratamento antihipertensivo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis e explicar a condição fisiopatológica da doença.

As palestra serão realizadas quinzenalmente em duas comunidades (assentamento e barrio santa cruz) com os seguintes temas:

- 1) Hipertensão:conceito, ocorrência e consequências.
- 2) Dieta saudavel .
- 3) Álcool.
- 4) Cessação do tabagismo.
- 5) Atividade física.
- 6) Fatores de risco cardiovasculares.
- 7) Controle do stress psicossocial.
- 8) Tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

O material para execução das palestras , será: Datashow (retroprojeter), notebook, microfone, caixa de som; cartazes informativos a respeito da hipertensão, suas causas e complicações; painéis com fotos ilustrativas; dinâmicas de grupo esfigmomanômetro e estetoscópio próprios.

Com base no plano de cuidados será utilizado durante o ciclo das palestras: folderes, com o objetivo de informar e orientar os hipertensos de uma forma clara

[U2] Comentário: Parágrafo desformatado. Não consegui fazer a correção para o aluno

Abaixo o Quadro 9, que apresenta uma síntese do plano elaborado.

“Quadro x – Operações sobre o “nó crítico x” relacionado ao problema” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família xxxxxxxxxxxx, em ... (município), Minas Gerais

Nó crítico 1	xxxxxxx
Operação	xxxxxxx
Projeto	xxxx
Resultados esperados	
Produtos esperados	
Atores sociais/ responsabilidades	X
Recursos necessários	Estrutural: Cognitivo: Financeiro: Político:
Recursos críticos	x
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Motivação:
Ação estratégica de motivação	
Responsáveis:	x
Cronograma / Prazo	x
Gestão, acompanhamento e avaliação	x

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim deste projeto, almeja-se uma maior adesão do paciente ao tratamento para um melhor controle dessa patologia, visto que a HAS é uma doença crônica. Através das palestras realizadas, melhorar os níveis de adesão do hipertenso, no planejamento de seu tratamento, dando-lhes mais responsabilidade por ele, o que possivelmente estimulará seu cumprimento correto, a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida.

Devemos considerar o portador de hipertensão como o foco central do processo, porém a ocorrência da adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos constituintes do processo, ou seja, do conjunto portador de hipertensão, equipe da estratégia de saúde da família e o sistema de saúde.

Para a promoção a saúde faz-se necessário a construção de políticas intersetoriais voltadas para melhoria da qualidade de vida, equidade na produção e no consumo de ações e serviços de saúde, inclusão social. Somente a ação conjunta dos pacientes abordados, da administração do governo local (visto o fornecimento das medicações anti-hipertensivas e políticas de aprimoramento da capacidade física) e da equipe de saúde da família, o “Estímulo a adesão ao tratamento anti-hipertensivo” será alcançado.

REFERÊNCIAS

AMARAL RP, Tesser CD, Müller P. Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013. 8(28): 196-202.

Brasil. M. S. Diretrizes Do NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Saúde na escola. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília 2009. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27).

BORGES, H.P.; et al. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2010. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v.91, n.2, p.110-18, 2008. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2008001400007&script=sci_arttext. Acesso: 11 de Novembro de 2015.

COELHO

DATASUS. Ministério da Saúde. Acessado em: 13, 14, 22, 23 e 24 Jan. 2009. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>. Acesso: 11 de Novembro de 2015.

DIAS *et al.*. Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão de Literatura. *Millenium*. 2011. 40: 201-219.

FALK

FERREIRA, S.R.G., et al. Frequência de Hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, v.43, n.2, p.98-106, 2011. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43s2/ao791.pdf> Acesso: 11 de Novembro de 2015.

FIGUEIREDO, R.C., et al. Obesidade e sua relação com fatores de risco para doenças cardiovasculares em uma população Nipo-Brasileira. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*, v.52, n.9, p.52-9, 2011. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004->. Acesso: 11 de Novembro de 2015.

JARDIM,

KUSCHNIR, M.C.C; MENDONÇA, G.A.S. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. *Jornal de Pediatria*, v.83, n. 4, 2013[. Disponível: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102009005000059&script=sci_abstract&tlng=en Acesso: 11 de Novembro de 2015.

LEITE SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para adiscussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciências Saúde Coletiva*. 2003. 8(3): 775-782.

LESSA

MION JUNIOR

OLIVEIRA, A.F.C; NOGUEIRA, M.S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.44, n.2, p.388-94, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/21.pdf>. Acesso: 11 de Novembro de 2015.

Prefeitura Municipal de Santa Fé de Minas. Relatório de Gestão. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Fé de Minas, 2014.

SANCHES PIERIN

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. ARQBRAS CARDEAL, 2006:1-48.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA:VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Aq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

TACON, K.C.B; SANTOS, H.C.O; CASTRO, E.C. Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Atendidos em Hospital Público. Revista Brasileira de Clínica Médica, v.8, n.6, p.486-9, 2010. Disponível: [http:// 573](http://573) Conceito A Recife n. 2 p.523-573 2011 Hipertensão arterial e fatores de risco associados: uma revisão de literatura files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1612 Acesso: 11 de Novembro de 2015.

TOLEDO, M.M; RODRIGUES, S.C; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: Uma nova ótica para um velho problema. Texto e Contexto de Enfermagem, v.16, n.2, p.233-8, 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf> Acesso: 11 de Novembro de 2015.

[U3] Comentário: Não encontrei no texto.