

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARÍLIA DE MORAIS GONÇALVES
PROF. DR. MÁRIO ALFREDO SILVEIRA MIRANZI

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: POSSIBILIDADE DE
READEQUAÇÃO DA REALIDADE SITUACIONAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE**

ARAGUARI- MG

2014

MARÍLIA DE MORAIS GONÇALVES

ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: POSSIBILIDADE DE READEQUAÇÃO DA REALIDADE SITUACIONAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

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

Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi (Doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP).

ARAGUARI- MG

2014

MARÍLIA DE MORAIS GONÇALVES

ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: POSSIBILIDADE DE READEQUAÇÃO DA REALIDADE SITUACIONAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

Examinadora: Prof.^a Dr.^a Nazaré Pellizzetti Szymaniak

Aprovado em Uberaba, 11 de fevereiro de 2014

ARAGUARI- MG

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus pela inspiração diária no trabalho para cumprir a função de ser médica. Também, todos aqueles que fazem parte da minha vida e tanto contribuem para o meu crescimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Orientador Mário Alfredo Silveira Miranzi, tornando possível a construção deste Trabalho de Conclusão de Curso através da sua paciência, compreensão e ensinamentos. Bem como, à Coordenação do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e ao Ministério da Saúde por terem proporcionado uma oportunidade de aprendizado e de realização deste curso.

“Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.”

(Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO

As doenças crônicas contribuem consideravelmente para a morbidade e mortalidade da população. Entre essas, a hipertensão arterial sistêmica apresenta um conjunto de fatores contribuintes para os níveis pressóricos aumentados. É uma das principais causas de alterações prejudiciais em órgãos como o coração, rins e cérebro, elevando o risco de doenças cardiovasculares. Os tratamentos farmacológico e não farmacológico são primordiais para controle das lesões e para redução das complicações, tornando-se importante a ação dos profissionais de saúde para promover a adesão do paciente à terapêutica. Neste sentido, na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Miranda I de Araguari (MG), 22,37 % dos pacientes da área de abrangência é hipertenso, cerca da metade faz acompanhamento médico periódico, 86% seguem o tratamento medicamentoso, 48% as orientações de dieta e apenas 15% fazem alguma atividade física. O tratamento inadequado tem contribuído para a manutenção de valores aumentados da pressão arterial daqueles pacientes. Diante da realidade demonstrada, objetiva-se fazer um estudo intervencionista definindo os motivos das dificuldades de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, tanto ao nível do paciente, quanto ao nível dos profissionais de saúde. E após, planejar atividades práticas de promoção e manutenção da saúde, bem como estabelecer vínculo do paciente com a equipe trazendo-o para o acompanhamento clínico. Para tanto, a Equipe de Saúde da UBSF Miranda I trabalhou tomando como princípios o Planejamento Estratégico Situacional Simplificado e perpassando por 03 fases: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e construção do Plano de Ação. Após construção da proposta, com a finalidade de acompanhamento e avaliação prática do projeto de intervenção, foram elaboradas planilhas simplificadas e com dados condensados. A finalidade deste projeto é o acompanhamento dos pacientes hipertensos, para aumento na adesão ao tratamento e com conseqüente redução dos fatores de riscos e concomitante de complicações.

Palavras chave: hipertensão arterial, risco cardiovascular, tratamento.

ABSTRACT

Chronic diseases contribute significantly to morbidity and mortality of the population. And among them hypertension presents a number of contributing factors to the increased blood pressure. And is a major cause of significant adverse changes in organs like the heart, kidneys and brain, increasing the risk of cardiovascular disease. The pharmacological and non-pharmacological treatments are essential to control the lesions and fewer complications, making it important to share health professionals to promote patient adherence to therapy.

In this sense, the Primary Care Family Health (UBSF) Miranda I Araguari (MG), 22.37% of patients in the catchment area is hypertensive, about half do regular medical follow-up, 86 % following drug treatment, 48 % follows the diet guidelines and only 15 % do some physical activity. And inadequate treatment has contributed to the maintenance of increased blood pressure values of those patients. Given the demonstrated reality, the objective is to make an interventional study defining the reasons for the difficulties of adherence to antihypertensive treatment, both at the patient level, as the level of health care professionals. And after planning practices promotion and health maintenance activities, and to establish link between the patient with the team bringing for the clinical follow-up. Therefore, the Health Team UBSF Miranda I worked as principles taking the Simplified Strategic Situational Planning and traversing through 03 phases: situation analysis, literature review and construction of the Plan of Action and After construction of the proposal, for the purpose of monitoring and practical assessment of the intervention project, simplified and condensed data sheets were prepared . The purpose of this project is the monitoring of hypertensive patients to increase treatment adherence and consequent reduction of the risk of complications and concomitant factors.

Keywords: hypertension, cardiovascular risk, treatment.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2.	OBJETIVOS.....	12
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
4.	MÉTODOS.....	19
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
5.1.	Diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da UBSF Miranda I.....	22
5.2.	Proposta de intervenção.....	22
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
	APÊNDICES	38

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial, crônica, de evolução arrastada, prolongada e assintomática (MANFROI; OLIVEIRA, 2006). A HAS apresenta associação com as alterações relacionadas à função e às estruturas de órgãos alvo, como coração, rins, olhos, sistema nervoso central e vasos sanguíneos. Em especial contribui significativamente para o incremento do risco cardiovascular quanto à morbidade e mortalidade, uma vez que no Brasil as doenças cardiovasculares ganham o primeiro lugar na mortalidade geral. Diante disso, a hipertensão arterial, com uma prevalência nacional nos últimos vinte anos de 30%, ganha destaque, pois é fator de risco de grande impacto nos serviços saúde, porém passível de controle (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Ainda, torna-se extremamente importante a adesão do paciente ao tratamento para impedir a evolução da doença e diminuir os sintomas da mesma. A falta ou a ineficiência da adesão acarreta mau controle da HAS, aumento das internações hospitalares, incremento das complicações e da morbimortalidade relacionada e ausências às atividades laborais. Com isso, torna-se essencial o papel das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) para maior controle da doença através de orientações para mudança do estilo de vida, redução dos fatores de risco, uso adequado e otimizado das medicações e acompanhamento médico periódico (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Este trabalho foi desenvolvido na cidade de Araguari que se localiza no Triângulo Mineiro em Minas Gerais e apresenta 110.402 habitantes, com economia de destaque na produção cafeeira, inclusive com um dos cafés de melhor qualidade, tanto nacional quanto internacional, entre outros como soja, tomate e maracujá. Tem destaque as indústrias de processamento de frutas Dafruta, Pomar e antiga Maguary que produzem alguns dos sucos consumidos no país. A pecuária contribui significativamente com a instalação dos frigoríficos Santa Lúcia e Mataboi, sendo este uma referência, inclusive para a exportação de carne bovina de qualidade. Bem como, existem várias indústrias de pequeno a médio porte, de calçados, metalúrgica, Inox e o terminal de transbordo da Vale do Rio Doce (VLI). E ainda, a instalação de empresas da construção civil e outros setores do comércio (WIKIPEDIA, 2013).

Quanto à população, sua expectativa de vida é de 73,92 anos, sendo que em 2010 o número de nascidos vivos foi de 1567, com 16 óbitos fetais e 732 óbitos no geral. E a maior causa de mortalidade na população geral é por doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias e pelas causas externas, sucessivamente (IBGE, 2010).

Conforme o exposto, a hipertensão arterial tem uma prevalência importante e tem um grande incremento no risco de doenças cardiovasculares, com conseqüente contribuição para a mortalidade pelas mesmas, conseqüente ao seu controle inadequado. E isso pode ser evitado, pois é um risco controlável, evitando evolução desfavorável com deterioração das condições de saúde associadas (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). Visto que, naquela UBSF existe um número elevado de pacientes hipertensos e muitos deles não frequentam a Unidade de Saúde para controle dos valores pressóricos, redução dos fatores de risco e o acompanhamento em saúde. Evidenciam-se então, baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Diante do exposto é importante a investigação da realidade que enfrenta o paciente do Sistema Único de Saúde (SUS) no programa de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Portanto, torna-se extremamente necessário um estudo para a análise da realidade daquela unidade, a fim de elaborar um projeto de intervenção no sentido de promover a mobilização e o incentivo à terapêutica para o controle da pressão arterial e conseqüente redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório.

2 OBJETIVOS

Definir as causas da falta de adesão dos pacientes hipertensos à terapêutica definida previamente, e a partir disso criar possibilidades e verificar o vínculo e a responsabilização pela doença, com readequação do tratamento. Bem como, propor um método para melhorar o acolhimento e a aderência ao tratamento proposto na Unidade de Saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome de origem multifatorial, reconhecida como grave fator de risco para o acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A HAS possui alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (SBC, 2010; OLIVEIRA, 2008; SADEGHI et al., 2013).

A HAS é considerada como uma doença sistêmica e de etiologia multifatorial, uma vez que, seu desenvolvimento depende da interação de múltiplos fatores genéticos e ambientais (FREITAS, 2007; SBC, 2010). Com relação aos fatores genéticos, a pressão arterial possui no sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) importante regulador e variantes moleculares em genes que codificam os componentes deste sistema e têm sido amplamente associadas com a hipertensão arterial e outros eventos cardiovasculares no Brasil e no mundo (ARAÚJO, 2010; Z. HLUBOCKÁ et al., 2009; LI H et al., 2013). Dentre os fatores ambientais controláveis para a HAS destacam-se a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse, o tabagismo e a alimentação (FREITAS, 2007; SBC, 2010; ARAÚJO, 2010). Cada fator tem um pequeno efeito e o somatório de alguns deles contribuem para o desenvolvimento da doença.

Sabe-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais agravos à saúde da população brasileira, em relação ao impacto das complicações, e, portanto gera um aumento do custo médico-social.

A HAS é causa direta ou indireta de 7,5 milhões de mortes por ano mundialmente. E sabe-se que um em cada quatro adultos no mundo é considerado hipertenso, o que corresponde a cerca de um bilhão de indivíduos. Com o aumento da prevalência dos fatores de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo e consumo exagerado de sal) associado ao envelhecimento, até 2015, haverá um aumento de pessoas com a doença totalizando 1,5 bilhão, correspondente a 30% da população mundial (JARDIM et al., 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a HAS é a responsável por 58,5% dos óbitos globalmente. No Brasil, 30% da população é hipertensa, sendo que após o início da quinta década de vida este número aumenta para 35%, em relação aos gêneros, cerca de 37,8% dos homens e 32,1% das mulheres são hipertensas, tanto nacional quanto mundial (BRITO; GIORGI,

2012). É a causa de 40% dos casos de infarto agudo do miocárdio, 60% dos acidentes vasculares encefálicos e 35% dos casos de insuficiência renal crônica que evoluíram para hemodiálise.

Segundo informações do DATASUS de 2013, a HAS causa mais de 22.000 mortes ao longo de um ano e as internações hospitalares por doenças circulatórias corresponderam a 2.297.389 equivalente a um gasto de R\$ 4.353.521.333,60 nos anos de 2010 e 2011, as quais são as principais consequências do mau controle da hipertensão (BRASIL, 2013).

A HAS tem diagnóstico simples e acessível, entretanto, apenas 40% da população é reconhecidamente hipertensa e segue em tratamento, e destes, 30% tem níveis pressóricos controlados, justificando a proporção epidêmica da mesma (NAKAMOTO, 2012). Nota-se que é frequente o subdiagnóstico, pois se trata de condição mórbida prioritariamente assintomática, que gera consequências cumulativas a longo prazo, até mesmo antes do diagnóstico (SANTOS e LIMA, 2008).

Em torno de 90% a 95% dos hipertensos apresentam hipertensão primária, cujas causas são desconhecidas e a maioria é de origem poligênica, interagindo diretamente com fatores ambientais que provocam o desequilíbrio entre débito cardíaco e a resistência vascular periférica. E 5% a 10% dos casos a hipertensão é secundária, com múltiplas doenças responsáveis por sua gênese (DRAGER; PEDROSA, 2008). A exemplo destas, tem-se causas renal (rins policísticos, doença renal crônica, obstrução do trato urinário, tumores produtores de renina etc.), vascular (coarctação de aorta, vasculites e doenças vasculares do colágeno), endócrina (uso de esteroides, contraceptivos orais e anti-inflamatórios inibidores da COX 1 e 2, hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, feocromocitoma e hiperplasia adrenal congênita), neurogênica (tumor cerebral, poliomielite bulbar e hipertensão intracraniana), medicamentosa (álcool, cocaína, ciclosporina, tacrolimus, eritropoietina, anti-inflamatórios não hormonais) ou outros (hiper ou hipotireoidismo, hiperparatiroidismo, hipercalcemia, acromegalia, apneia do sono e hipertensão induzida pela gravidez) (NAKAMOTO, 2012).

Os principais fatores de risco que predis põem o desenvolvimento da hipertensão arterial são: idade (mulher > 65 anos e homem > 55 anos), gênero e etnia, sobrepeso e obesidade, ingestão de sal e de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética, além do antecedente familiar de doença cardiovascular (mulher < 65 anos e homem < 55 anos) (MANCIA et al., 2007).

Quanto à idade, esta tem relação linear e direta com a pressão arterial (PA) com uma prevalência variando de 5,4% para 60% quando aos 18 e 24 anos para idades superiores a 65 anos, respectivamente. A HAS acomete especialmente homens (37,8%) e afrodescendentes.

Já segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2010, um acréscimo de 2,4 Kg/m² índice de massa corpóreo gera um maior risco de hipertensão e a obesidade central tem relação com a PA. A dieta rica em sódio correlaciona-se com a elevação da PA, uma vez que o sódio é responsável por aumentar a volemia e a reatividade vascular e consequentemente a redução da ingestão de sódio permite um melhor controle da pressão arterial. Ainda, a ingestão de bebidas alcoólicas por tempo prolongado promove o aumento da pressão e da mortalidade cardiovascular (SANTOS ABREU-LIMA, 2009).

A atividade física regular e frequente reduz o nível pressórico em até 9 mmHg, bem como mortalidade e risco de doença cardiovascular (GONÇALVÉS, et al., 2007).

Quanto à classe social, evidencia-se maior consumo de sódio por indivíduos de classes sociais mais baixas e quanto à genética apenas sabe-se que é uma doença poligênica, mas as variantes genéticas são desconhecidas (MEDINA et al., 2010).

Quanto ao diagnóstico, considera-se hipertenso aquele paciente que apresenta pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg ou a diastólica maior que 90 mmHg em duas ou mais consultas (BRITO; GIORGI, 2012).

A morbimortalidade das doenças é muito alta e pode ser maior quando assintomática (QUAYLE; LUCIA, 2007). De acordo com Lucchese (2010), um terço dos hipertensos não sabe da existência da doença, somente metade dos hipertensos faz tratamento regularmente e 30% controlam com sucesso. Os demais se dividem entre os que tomam medicação irregularmente ou simplesmente não se tratam ou nem sabem que são hipertensos. Isto explica o fato de que, no Brasil os hipertensos têm 30% mais risco de infarto, 95% de acidente vascular cerebral e possui a taxa de mortalidade 43% mais alta do que os normotensos. Desta forma, além da perda de várias pessoas em idade produtiva ou não, o gasto com a saúde é significativo em relação ao tratamento destes pacientes (QUAYLE; LUCIA, 2007).

Há a necessidade de que se faça a medida da pressão arterial (PA) em pelo menos três ocasiões distintas por profissional qualificado, equipamento calibrado, técnicas padronizados e com o paciente em condições adequadas. Bem como, pela automedida da pressão arterial; monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) e monitorização ambulatorial da pressão

arterial (MAPA) de 24 horas (STIPP et al., 2007). Ainda, soma-se uma consulta médica mais detalhada, investigando hábitos de vida e alimentares, antecedentes pessoais e familiares, outras comorbidades e o uso de medicações ou drogas; exame físico mais aprofundado para tentar identificar a existência de lesões em órgão-alvo, medida da circunferência abdominal, cálculo do índice de massa corpórea (IMC), fundoscopia e até a realização do índice tornozelo-braquial torna-se necessária (TEIXEIRA et al., 2006).

E quanto aos exames laboratoriais para avaliação inicial de rotina, solicita-se análise de urina, potássio plasmático, creatinina plasmática, glicemia de jejum, lipidograma e ácido úrico. Já exames como microalbuminúria e hemoglobina glicada em indivíduos com diabetes mellitus, síndrome metabólica com um ou dois fatores de risco são importantes para a estratificação (CAMPOS et al., 2006).

Segundo as VI Diretrizes de Hipertensão de 2010, o eletrocardiograma convencional deve ser solicitados para todos os pacientes em avaliação inicial, o raios X de tórax para aqueles com suspeita clínica de insuficiência cardíaca ou para avaliação de acometimento pulmonar e de aorta, o ecocardiograma é indicado para hipertensos estágio 1 ou 2 sem sinais de hipertrofia ventricular com dois ou mais fatores de risco, além de suspeita de insuficiência cardíaca; o ultrassom de carótidas deve ser realizado se houver sopro carotídeo ou sinais de doença aterosclerótica em outro território; enquanto que o teste ergométrico é indicado para indivíduos com suspeita de doença coronariana estável, diabetes ou fator familiar com PA controlada (NAKAMOTO, 2012).

A HAS é geralmente assintomática e quando surgem sinais e sintomas é importante investigar complicações da doença que em sua maioria são graves (precordialgia, alteração no nível de consciência, déficits motores e sensitivos, redução da acuidade visual, entre outros) (JARDIM et al., 2007).

Além do diagnóstico, é importante a identificação das lesões de órgãos-alvo precocemente através de sinais sugestivos demonstrados nos seguintes exames: eletrocardiograma, ecocardiograma, espessura médio-intimal, índice tornozelo-braquial, depuração de creatinina, clearance de creatinina, microalbuminúria, e velocidade de onda de pulso (CAMPOS et al., 2006).

Uma investigação para HAS demonstra a gravidade da doença e indica um tratamento intensivo, com metas pressóricas e laboratoriais mais rígidas, visando o controle pressórico. Dentre as complicações de uma HAS mal controlada estão a retinopatia hipertensiva, nefropatia hiper-

tensiva, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, aneurisma aorta e doença vascular periférica (DRAGER; PEDROSA, 2008).

Para o adequado controle da HAS preconiza-se PA < 140 x 90 mmHg para os hipertensos estágio 1 ou 2 e cujo risco cardiovascular seja baixo e médio; ou PA 130 x 80 mmHg para hipertensos ou PA limítrofe cujo risco cardiovascular seja alto ou muito alto, ou com diabetes mellitus, três ou mais fatores de risco, síndrome metabólica ou lesões de órgão-alvo, bem como hipertensos com insuficiência renal e proteinúria > 1g/L (SANTOS e LIMA, 2008).

O tratamento da doença constitui-se de ações medicamentosas e não medicamentosas. Conforme as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2010, os indivíduos devem ser orientados quanto ao controle de peso, dieta, redução da ingestão de sal, redução consumo de bebida alcoólica, cessação do tabagismo e atividade física. Cerca de 60% dos hipertensos estão acima do peso e sua perda e a redução da circunferência abdominal propiciam a redução da PA e melhora as condições metabólicas associadas (MEDINA et al., 2010).

A dieta Dietary Approches to Stop Hypertension (DASH) propõe alimentação rica em frutas, fibras, hortaliças, minerais e laticínios com baixo teor de gordura para controlar e prevenir a HAS, bem como perda de peso. É recomendável ingestão inferior a 6 gramas de sal diariamente e maior ingestão de potássio, magnésio e cálcio, ainda, uma maior quantidade de álcool ingerida aumenta a PA e associa-se ao aumento da morbimortalidade cardiovascular (MANCIA et al., 2007).

A interrupção do tabagismo tem benefício devido à prevenção de doenças cardiovasculares. E por fim, a prática semanal de atividade física, pelo menos 30 minutos três vezes por semana, ajuda na redução do peso e do seu controle e também na redução da PA (SANTOS e ABREU-LIMA, 2009).

Quanto ao tratamento medicamentoso, sua importância encontra-se no controle dos níveis pressóricos, na redução das complicações cardiovasculares e consequências. As principais classes de medicamentos são: diuréticos; inibidores da enzima conversora de angiotensina; bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II e inibidores da renina, inibidores adrenérgicos; vasodilatores diretos e bloqueadores dos canais de cálcio (JARDIM et al., 2007).

A terapêutica é definida de acordo com a estratificação de risco cardiovascular, considerando-se a característica de cada paciente, o benefício da droga e também os efeitos colaterais (CAMPOS et al., 2006).

Dessa forma, é importante orientar hábitos de vida saudáveis, concomitante ao uso adequado da medicação. Ainda, avaliação médica periódica, a investigação de lesões em órgãos-alvo, otimização do tratamento, a adesão à terapêutica são essenciais para controle e combate da HAS (MEDINA et al., 2010).

O diagnóstico precoce, o controle adequado dos níveis pressóricos, baseados nas metas preconizadas de acordo com a estratificação de risco cardiovascular e principalmente a adesão ao tratamento, são fundamentais para o combate desta doença (NAKAMOTO, 2012).

4 MÉTODOS

O trabalho caracteriza-se como uma proposta de intervenção a fim de melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). A UBSF escolhida foi a Miranda I que se localiza em Minas Gerais. Para tanto foi necessário seguir as seguintes etapas: diagnóstico situacional, levantamento bibliográfico e elaboração do plano de ação.

O diagnóstico situacional da realidade da UBSF Miranda I foi estabelecido no primeiro semestre de 2013. Dessa forma, foram realizadas reuniões com os membros da equipe para fazer um levantamento das doenças prevalentes e causas de morbidade e mortalidade na população da área de abrangência. Utilizou-se o método de estimativa rápida com a captação dos dados suficientes para o projeto, foi realizada a coleta de informações dos ACSs para a quantificação dos doentes de cada microárea.

O levantamento de dados foi através dos prontuários, durante a renovação de receitas médicas, concomitante a obtenção de informações pelo SIAB 2013, e ainda através de informações coletadas de pacientes durante reuniões da entrega das medicações e durante as consultas médicas, além da observação atenta da realidade da UBSF. Após a captação dos dados, os mesmos foram elaborados e trabalhados para constituir o diagnóstico situacional.

Após esta etapa, foi feito levantamento bibliográfico do assunto com busca nas bases de dados eletrônicos da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), do Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e do Ministério da Saúde (MS) e cujas palavras chave de busca foram: atenção primária, hipertensão arterial, adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores de risco da hipertensão arterial. Através desta busca de dados foram selecionados artigos científicos, trabalho de conclusão de curso e diretrizes sobre o tema.

Com o auxílio do Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi possível construir o Projeto de Intervenção tomando fontes de informações citadas. A participação ativa da população foi fundamental para a construção da proposta, e através de entrevistas, estes atores sociais informam suas necessidades e propostas de mudanças. Permitindo uma maior interação entre a equipe de saúde e os usuários, bem como compartilhamento das decisões e das responsabilidades, com empoderamento do usuário na mudança da realidade da UBSF.

Partindo destes princípios, a Equipe de Saúde da UBSF Miranda I encontrou muitos problemas, e diante da capacidade de enfrentamento pela UBSF, foi eleito um problema prioritário, com urgência e passível de intervenção e assim transformar a realidade local.

Com os dados obtidos foram construídas tabelas e seus dados foram comentados.

Neste momento é importante mencionar a ausência do parecer do comitê de ética em pesquisa (CEP), a justificativa deste estudo não ter sido submetido a um CEP é que a princípio ele foi desenvolvido seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), trata-se de um trabalho desenvolvido em uma UBSF com objetivos internos definidos a partir de do Programa Saúde da Família com foco para melhorar a relação entre usuários e equipe de profissionais de saúde e aumentar a adesão às recomendações e tratamento de uma população territorial atendida em uma UBSF da cidade de Araguari denominada de UBSF Miranda I.

Como desdobramento deste estudo para elaboração de uma publicação científica na forma de dissertação de mestrado tradicional ou artigo científico, o projeto de pesquisa será submetido à apreciação ética.

Desde já, os autores esclarecem que todas as atividades propostas estão de acordo com as diretrizes, normativas, portarias publicadas pelo Ministério da Saúde e Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial além de artigos científicos.

Os usuários não foram expostos a riscos, não foi colocado nenhum custo e a participação foi através de livre escolha.

Os resultados desta pesquisa só serão divulgados na literatura científica após aprovação do projeto pelo CEP ou submetido à Plataforma Brasil.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Araguari conta com 171 estabelecimentos de saúde, sendo que destes 48 são vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), dentre estes tem destaque 17 Centros de Saúde, 02 Postos de Saúde, 04 Policlínicas, 03 Hospitais Gerais, 01 Pronto Socorro Geral, 01 Farmácia, 02 Centros de Atenção Psicossocial, 01 Centro de Apoio Especializado e 01 Centro de Atendimento e Acompanhamento Materno Infantil (CEAAMI), segundo informações do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde de 2013 (CNES 2013). Dentre estes serviços, o Programa de Saúde da Família tem importância estratégica e o mesmo foi implantado no município no ano de 2002 e desde então foram instaladas 15 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Com isso, de acordo com a população local, a cobertura da mesma por essas unidades está em média de 53%, ainda insuficiente para cobrir todas as necessidades locais (IBGE 2010).

Neste sentido, ganha importância a UBSF Miranda I, que conta com uma população média na área de abrangência de 3057 habitantes, sendo que destes, 684 são hipertensos e evidencia-se baixa adesão ao tratamento e acompanhamento médico incipiente (SIAB, 2013). Tem-se dados consolidados de 571 pacientes e destes, 89,76% apenas solicita troca de receita dos anti-hipertensivos na UBSF dos quais 50% fazem acompanhamento médico periódico na Unidade de Saúde, 10,23% o fazem através de consultas pelo convênio médico. E ainda, 86,33% segue o tratamento medicamentoso, 48,51% realizam alguma dieta e apenas 15,41% faz atividade física regularmente segundo dados registrados pelos agentes comunitários de saúde (ACSs) na ficha B da Atenção Primária à Saúde (FICHA B, 2013).

Conforme o exposto, a hipertensão arterial tem uma prevalência importante e tem um grande incremento no risco de doenças cardiovasculares, com conseqüente contribuição para a mortalidade pelas mesmas, conseqüente ao seu controle inadequado. E isso pode ser evitado, pois é um risco controlável, evitando evolução desfavorável com deterioração das condições de saúde associadas (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). E visto que naquela UBSF existe um número elevado de pacientes hipertensos e muitos deles não frequentam a Unidade de Saúde para controle dos valores pressóricos, redução dos fatores de risco e o acompanhamento em saúde. Evidenciam-se então, baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da UBSF Miranda I

Caracterizou-se como diagnóstico situacional a conscientização sobre a realidade de determinada situação a qual um conjunto de pessoas está exposto, seja aquela política, econômica, cultural, social, ambiental, religiosa, questões relacionadas à mortalidade e a mortalidade, bem como o conjunto de doenças que é prevalente. O diagnóstico situacional permite uma visão ampla da população da área adscrita e surge a partir da necessidade de melhor entender e atender às exigências daquela (BRASIL, 2008).

Neste contexto, durante reuniões semanais, os membros da equipe de saúde da UBSF formulou o diagnóstico situacional da área de abrangência e foram levantados vários problemas pertinentes. Dentre eles, a existência de um grande número de pacientes hipertensos deixou a equipe apreensiva e muito preocupada quanto à morbimortalidade dos mesmos devido ao risco cardiovascular atribuído pela doença. E surgiu a necessidade em realizar ações para otimizar o tratamento e melhorar a adesão dos pacientes à terapêutica, uma vez que muitos daqueles não estavam em acompanhamento.

Baseado no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde de Campos, Faria e Santos (2010), a equipe construiu um projeto de intervenção para atuar no manejo dos pacientes hipertensos e sua elaboração baseou-se em dez passos de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional Simplificado.

Proposta de Intervenção

Por meio do diagnóstico situacional foi possível disponibilizar várias informações sobre a população assistida pela UBSF Miranda I, dentre elas a distribuição da renda, composição etária e entre os gêneros, escolaridade, ocupação e epidemiologia. Diante deste levantamento de dados, foi possível traçar o perfil da população da área: predominantemente feminina e idosa e com grande prevalência das doenças crônicas degenerativas. Em especial, destaca-se o grande número de hipertensos, cerca de 22% da população da área de abrangência, e a importância de prover cuidados específicos para redução de riscos, e portanto diminuir a morbimortalidade.

Além de traçar o perfil epidemiológico, social e econômico daquela população, foi necessário investigar os problemas que prejudicam a assistência à saúde da Unidade de Saúde. Em seguida, veja o Quadro 1 que mostra os problemas encontrados na área da UBSF Miranda I:

Quadro1: Mostra os problemas existentes na área de abrangência da UBSF Miranda I.

Problemas	
Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo	Polifarmácia
Ausência do prontuário eletrônico	Falta de algumas classes de anti-hipertensivos na Farmácia da Secretaria Municipal da Saúde
Falta de especialista para dispor de suporte no acompanhamento clínico dos pacientes	Hábito da renovação de receitas dos medicamentos sem consulta médica
Falta de medicamentos e material para curativos na UBSF Miranda I	Alto índice de drogadição
Incipiente assistência à população idosa	Ausência de áreas de lazer no bairro

Elaborado pela Equipe de Saúde UBSF Miranda I (2013)

Nesta etapa, serão traçados os passos do método para identificar os principais problemas, priorizar e contextualizar os mesmos, traçar as dificuldades e os meios para construir o plano operativo. A seguir, serão explicitados os 10 passos de desenvolvimento deste.

1º passo: definição dos problemas a partir do diagnóstico situacional.

- a) Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo;
- b) Ausência do prontuário eletrônico;
- c) Falta de especialista para dispor de suporte no acompanhamento clínico dos pacientes;
- d) Falta de medicamentos e material para curativos na UBSF Miranda I;
- e) Incipiente assistência à população idosa;
- f) Polifarmácia;
- g) Falta de algumas classes de anti-hipertensivos na Farmácia da Secretaria Municipal da Saúde;
- h) Hábito da renovação de receitas dos medicamentos sem consulta médica;
- i) Alto índice de drogadição;
- j) Ausência de áreas de lazer no bairro.

2º passo: estabelecer a prioridade dos problemas conforme a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento dos mesmos pela Equipe de Saúde. Dessa forma, veja a Tabela 1 com a distribuição dos problemas segundo estes critérios.

Tabela 1: Distribuição dos problemas priorizados segundo as características de importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe da UBSF Miranda I.

Problemas chave	Critérios de enfrentamento dos problemas		
	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento
Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo	ALTA	9	MODERADA
Ausência do prontuário eletrônico	ALTA	7	BAIXA
Falta de especialista para dispor de suporte no acompanhamento clínico dos pacientes	ALTA	8	BAIXA
Falta de medicamentos e material para curativos na UBSF Miranda I	ALTA	5	BAIXA
Incipiente assistência à população idosa	ALTA	9	MODERADA
Polifarmácia	ALTA		
Falta de algumas classes de anti-hipertensivos na Farmácia da Secretaria Municipal da Saúde	ALTA	8	BAIXA
Hábito da renovação de receitas dos medicamentos sem consulta médica	ALTA	9	ALTA
Alto índice de drogadição	ALTA	8	BAIXA
Ausência de áreas de lazer no bairro	ALTA	6	BAIXA

Elaborado pela Equipe de Saúde UBSF Miranda I (2013)

Dessa forma, o problema considerado como prioridade pela a equipe de Saúde Miranda I foi baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, uma vez que na área de abrangência existem uma porcentagem significativa de hipertensos e muitos deles com os níveis pressóricos descontrolados.

3º passo: para descrever o problema selecionado foram utilizadas as informação registradas pelos ACSs e nos prontuários em consultas médicas e ainda, as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica do ano de 2013 (SIAB) e dos informantes chave. Veja as informações através da Tabela 2.

Tabela 2: Descritores do problema: baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes da área de abrangência da UBSF Miranda I

Descritores	Quantidade de pacientes	Fonte dos dados
Hipertensos esperados em maiores de 20 anos (20%)	611,4	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
Hipertensos cadastrados	684	SIAB 2013
Hipertensos acompanhados	571	Registros da Equipe
Hipertensos com boa adesão ao tratamento medicamentoso	491	Registros da Equipe
Hipertensos que seguem dieta	274	Registros da Equipe
Hipertensos que fazem alguma atividade física	85	Registros da Equipe

Elaborado pela Equipe de Saúde UBSF Miranda I (2013)

4º passo: explicação do problema, a fim de entender a dinâmica de origem e manutenção do mesmo para poder traçar estratégias de enfrentamento do mesmo.

Existem várias causas que foram levantadas para a origem e manutenção do problema, dentre elas, estão: relacionadas à Equipe de Saúde, relacionadas ao paciente e relacionadas à gestão.

Quanto às causas relacionadas à Equipe de Saúde destacam-se: a falta de organização dos membros para planejar atividades educativas/grupos operativos específicos para os hipertensos, a renovação de receitas em série sem controle do tratamento ou avaliação médica rotineira, falta da capacitação dos membros para uma adequada orientação aos pacientes sobre a importância do tratamento e a falta de planejamento das consultas médicas de rotina para os usuários.

Quanto às causas relacionadas ao pacientes, encontram-se: a resistência quanto ao uso contínuo da medicação, a falta de entendimento da doença e da sua gravidade e a falta de informações quanto à importância do tratamento não medicamentoso.

Quanto à gestão, não existem programas específicos para a capacitação das equipes de saúde, o reduzido número de especialistas para acompanhamento daqueles pacientes, inexistência do acompanhamento de protocolos das UBSFs da cidade para os hipertensos e a falta de algumas medicações anti-hipertensivas na Farmácia da Secretaria Municipal de Saúde.

Em virtude de todas estas deficiências, aumenta o número de pacientes que não controlam a doença e conseqüentemente tem mais complicações, especialmente cardiovasculares e aumento da morbimortalidade, bem como aumento do atendimento em serviços de pronto socorro e das internações hospitalares, aumento do absenteísmo ao trabalho e aposentadorias precoces.

5º passo: para a seleção dos nós críticos, foi importante identificar os fatores limitantes para o problema. E o enfrentamento daqueles é crucial, a fim de colocar em prática a proposta de intervenção. Veja o Quadro 2 que mostra os principais nós críticos.

Quadro 2: Seleção dos principais nós críticos

Nós críticos
Falta de organização da Equipe de Saúde no planejamento de atividades educativas relacionadas ao tratamento e acompanhamento clínico;
Ausência de protocolos padronizados para seguimento das UBSFs;
Falta de entendimento dos pacientes sobre a doença e da sua gravidade quando não tratada adequadamente;

Elaborado pela Equipe de Saúde UBSF Miranda I (2013)

6º passo: planejamento das ações para enfrentamento dos nós críticos selecionados e construção de modelos de práticas em saúde para definir os resultados e os produtos esperados e para tanto os recursos a serem utilizados. Veja a seguir a Quadro 3 que demonstra a abordagem dos nós críticos.

Quadro 3: Construção de estratégias para enfrentamento dos nós críticos relacionados à baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Nós críticos	Estratégias/ações	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos suficientes
Falta de organização da Equipe de Saúde no planejamento de atividades educativas relacionadas ao tratamento e acompanhamento clínico	HIPERplanejar: Promover ações educativas e grupos operativos semanalmente para pacientes previamente agendados e em seguida atendimento médico para esclarecimento de dúvidas e atualização da avaliação clínica, bem como exames de acompanhamento da doença.	Treinar a equipe de saúde para melhor abordagem dos hipertensos e promover a criação na agenda o dia do hipertenso para permitir o acompanhamento e a transmissão de informações, garantindo orientação e acompanhamento médico.	Grupos educativos semanais promovidos pela equipe da UBSF e com apoio multiprofissional através do auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitação da equipe de saúde; 2. Organização de um espaço físico na UBSF para as reuniões e agendamento dos profissionais; 3. Planejamento dos temas; 4. Processo pedagógico adequado e estruturado; 5. Aquisição de equipamentos audiovisual e vídeos explicativos
Ausência de protocolos padronizados para seguimento das UBSFs	HIPERprotocolo Criar um protocolo municipal para abordagem e seguimento dos pacientes hipertensos, bem como estabelecer periodicidade da avaliação clínica e metas de controle da doença.	Homogeneizar as ações e garantir que as mesmas atingirão a população da área de abrangência de cada UBSF. E ainda, manter a equipe alerta na busca ativa dos pacientes faltosos.	Protocolo Municipal para a abordagem da HAS.	Conhecimento do Protocolo Municipal e o proposto pelo Ministério da Saúde na abordagem do hipertenso.
Falta de entendimento dos pacientes sobre a doença e da sua gravidade quando não tratada	HIPERentendido Distribuir folhetos informativos sobre	Garantir informação ao usuário sobre HAS e também prevenir novos	Garantir a adesão ao tratamento e, portanto, o sucesso do mesmo com	<ol style="list-style-type: none"> 1. Montagem do conteúdo do folheto de fácil entendi-

adequadamente	HAS e suas complicações e a importância em seguir adequadamente o tratamento medicamentoso, a dieta e a atividade física. Bem como, listas de dietas específicas para HAS e dislipidemia.	casos. Uma vez que as pessoas sadias também serão orientadas quanto às formas de prevenir aquela e incentivo a um estilo de vida saudável	redução da morbimortalidade relacionada à doença.	<p>mento, ilustrativo e educativo, contendo as informações principais;</p> <p>2. Recursos financeiros para reprodução de um grande número de folhetos para serem distribuídos</p> <p>3. Apoio multiprofissional na construção do mesmo, inclusive educador físico e nutricionista.</p>
---------------	---	---	---	--

Elaborado pela Equipe de Saúde UBSF Miranda I (2013)

7º passo: identificar recursos críticos, sendo que estes não estão disponíveis e são primordiais para colocar em prática uma operação, daí a necessidade de a equipe de saúde ter o conhecimento dos mesmos a fim criar estratégias para ser possível a prática daquela (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Veja a seguir a Quadro 4 que mostra a relação de cada estratégia como o respectivo nó crítico.

Quadro 4: Correspondência entre as estratégias e seus respectivos recursos críticos

Estratégias	Recursos críticos
HIPERplanejar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aquisição de equipamentos audiovisuais 2. Adesão dos profissionais 3. Mobilização social
HIPERprotocolo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalização e construção de protocolos únicos para o Município 2. Aumentar a oferta de recursos para cumprimento do protocolo: disponibilizar mais exames, contratação de especialistas, capacitação dos profissionais, ampliar as equipes de NASF, implantar o prontuário eletrônico para facilitar a comunicação nos diversos níveis de atenção à saúde.
HIPERorientado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confecção dos folhetos informativos 2. Mobilização social

Elaborado pela Equipe de Saúde UBSF Miranda I (2013)

8º passo: para analisar a viabilidade do programa, a equipe da UBSF Miranda I precisou identificar aqueles responsáveis por controlar os recursos críticos, permitindo a realização de cada estratégia sugerida. Além disso, conhecer o posicionamento de cada um deles a cerca das propostas pretendidas e assim definir ações motivadas pelos atores para viabilizar as ações. A Quadro 5 delinea cada passo da proposta.

Quadro 5: Proposta de estratégias para a motivação dos atores rumo à construção do plano de ações

Estratégias	Recursos críticos	Atores controladores	Motivações	Ações estratégicas
HIPERplanejar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aquisição de equipamentos audiovisuais 2. Adesão dos profissionais 3. Mobilização social 	<p>Coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS)</p> <p>Profissionais da saúde</p> <p>Usuários da área de abrangência e lideranças locais</p>	<p>Indiferente</p> <p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentação do projeto de ação formulado pela equipe de saúde da UBSF Miranda I</p> <p>Desnecessária</p> <p>Apresentação do projeto de ação formulado pela equipe de saúde da UBSF Miranda I nas reuniões da associação de bairro</p>
HIPERprotocolo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalização e construção de protocolos únicos para o Município 2. Aumentar a oferta de recursos para cumprimento do protocolo: disponibilizar mais exames, contratação de especialistas, capacitação dos profissionais, ampliar as equipes de NASF, implantar o prontuário eletrônico para facilitar a comunicação nos diversos níveis de atenção à saúde. 	<p>Coordenação da Atenção Primária à Saúde</p> <p>Prefeito municipal, Secretária Municipal da Saúde e Conselho Municipal de Saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Desnecessária</p> <p>Apresentação do projeto de ação formulado pela equipe de saúde da UBSF Miranda I</p>
HIPERorientado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confecção dos folhetos informativos 2. Mobilização social 	<p>Coordenação da Atenção Primária à Saúde</p> <p>Usuários da área de</p>	<p>Indiferente</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentação do projeto de ação formulado pela equipe de saúde da UBSF Miranda I</p> <p>Apresentação do projeto de ação formulado pela</p>

		abrangência e lideranças locais		equipe de saúde da UBSF Miranda I nas reuniões da associação de bairro
--	--	---------------------------------	--	--

Elaborado pela Equipe de Saúde UBSF Miranda I (2013)

9º passo: para a elaboração do plano de ações é necessário nomear os responsáveis pelos projetos e estratégias, bem como definir prazos para cumprimento dos mesmos. Ainda, será nomeado um gerente de operação capaz de acompanhar a execução de todas as estratégias propostas. Isso foi realizado através de uma reunião de todos os membros da equipe de saúde da UBSF Miranda I, conforme demonstrado no Quadro 6.

Quadro 6: Plano Operativo desenvolvido pela Equipe de Saúde da UBSF Miranda I

Estratégias	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
HIPERplanejar:	População alvo mais orientada com maior adesão ao tratamento. Bem como acompanhamento e orientação médica periódica, permitindo o diagnóstico precoce de complicações ou mesmo evitando estas.	Grupo operativo multiprofissional semanal, realizado pelo clínico, nutricionista, educador físico, psicólogo, agentes comunitários e enfermeiros. Capacitação dos profissionais da UBSF.	Apresentação do projeto de ação formulado pela equipe de saúde da UBSF Miranda I ao coordenador da APS, aos profissionais envolvidos com as atividades a serem desenvolvidas e durante as reuniões da Associação de Bairro.	Enfermeira Doriluce e ACS Ulisses	Apresentação da proposta em abril de 2013, com previsão do início das atividades em junho de 2013, com periodicidade bimestral.
HIPERprotocolo	Cumprimento adequado dos protocolos, organizando os atendimentos e, portanto melhorar a satisfação do usuário. E ainda, cumprir as metas estabelecidas e com a consequente redução da morbimortalidade.	Protocolo Municipal de atendimento aos pacientes hipertensos.	Apresentar aos gestores a necessidade da criação de protocolos para atendimento desta demanda específica e da importância em atingir as metas de controle da HAS determinadas pelo Ministério da Saúde.	Médica Marília e ACS Jane	Apresentação da proposta para a gestão em julho de 2013, com 6 meses para a aquisição dos insumos necessários e com previsão de início em fevereiro de 2014.

HIPERentendido	Consolidação da orientação clínica solucionar dúvidas pertinentes à HAS, facilitar o entendimento do paciente em relação à sua doença e melhorar a qualidade de vida.	Esclarecer a população alvo sobre o conceito de sua doença, os fatores de risco, complicações e os cuidados para controle da mesma e a necessidade de manter hábitos de vida saudáveis.	Apresentação do projeto de ação formulado pela equipe de saúde da UBSF Miranda I aos gestores, ao coordenador da APS, aos profissionais envolvidos com a construção das orientações e nas reuniões da Associação de Bairro	Nutricionista Thais e ACS Aritanna	Apresentação da proposta para a gestão e para os principais interessados em julho de 2013, com 04 meses para a confecção dos folhetos, 01 mês a impressão e com previsão de início das atividades em janeiro de 2014.
----------------	---	---	--	------------------------------------	---

Elaborado pela Equipe de Saúde UBSF Miranda I (2013)

10º passo: Nesta fase ocorrerá o delineamento do plano de ações, a discussão e a definição do seu processo de execução, englobando os instrumentos necessários e o acompanhamento. E ao longo do tempo, será útil para atingir metas e para orientar correções necessárias. Veja os Quadros 7, 8 e 9 que demonstram o roteiro de acompanhamento do projeto.

Quadro 7: Quadro de acompanhamento das atividades propostas pela estratégia **HIPER**planejar

HIPER planejar					
Coordenadora responsável: Doriluce					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Grupo operativo multiprofissional desenvolvido semanalmente por equipe multiprofissional	Enfermeira Doriluce e ACS Ulisses	Junho de 2013	-	-	-
Capacitação dos profissionais da UBSF Miranda I	Médica Marília	Maio de 2013	-	-	-

Elaborado pela Equipe de Saúde UBSF Miranda I (2013)

Quadro 8: Quadro de acompanhamento das atividades propostas pela estratégia **HIPER**protocolar

HIPER protocolar					
Coordenadora responsável: Doriluce					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Protocolo de atendimento aos	Médica Marília e	Fevereiro de	-	-	-

hipertensos implementado na UBSF Miranda I	ACS Jane	2014			
Capacitação da Equipe de Saúde quanto ao protocolo estabelecido	Enfermeira Doriluce	Janeiro de 2014	-	-	-

Elaborado pela Equipe de Saúde UBSF Miranda I (2013)

Quadro 9: Quadro de acompanhamento das atividades propostas pela estratégia **HIPER**entendido

HIPER entendido					
Coordenadora responsável: Doriluce					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Distribuição dos folhetos informativos e esclarecimento de dúvidas pertinentes.	Nutricionista Thais e ACS Aritanna	Janeiro de 2014	-	-	-
Capacitação da Equipe de Saúde quanto às orientações existentes no folheto e treinamento para orientar os usuários.	Médica Marília	Dezembro de 2013	-	-	-

Elaborado pela Equipe de Saúde UBSF Miranda I (2013)

Com a implementação do Plano de Ação, a fim de garantir maior taxa de sucesso do projeto de intervenção, houve a necessidade de montar uma equipe avaliadora das ações implementadas. Esta é constituída pela enfermeira Doriluce, pelas ACSs Adriana e Irene, bem como pela auxiliar administrativa Maria Fernanda. Dessa forma, as atividades em desenvolvimento serão avaliadas a cada 05 meses para verificar andamento das mesmas, dificuldades e sucessos. Os indicadores utilizados foram: adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e os motivos das falhas do tratamento proposto. Veja a planilha de acompanhamento no Apêndice 1.

Espera-se que haja uma melhora crescente da adesão do paciente ao tratamento e ampliação da participação dos mesmos às atividades desenvolvidas na UBSF Miranda I, em relação à avaliação anterior. E reforçando, o plano de gestão é primordial para seguimento das atividades a serem desenvolvidas e para corrigir erros que podem surgir ao longo do tempo.

Ainda, a Equipe de Saúde da UBSF Miranda I construiu uma tabela de identificação de cada hipertenso, com informações das medicações em uso desde a última consulta, data da consulta, medida da PA, presença de fatores de risco e de complicações da doença, bem como dos exames realizados e data de consultas com especialista. Estas informações são atualizadas pelos ACSs após cada consulta realizada pelo paciente na planilha em anexo no Apêndice 2.

Com isso, será possível monitorar se o tratamento está efetivo, buscar falhas deste, fazer busca ativa dos pacientes faltosos em consultas e nas atividades propostas, a qual será feita pelo ACS mensalmente. Esta visita é importante pra resgatar o paciente e compartilhar a responsabilidade do tratamento, mantendo sempre alerta o usuário à sua situação de saúde.

Todas as tabelas e os quadros construídos a partir da coleta de dados de acompanhamento são importantes para mostrar a individualidade cada paciente e permite ações diferenciadas e planejadas, mantendo a continuidade de cuidado e a coordenação das ações e assim promovendo e consolidando dos princípios da APS. E com o auxílio do Serviço Social, será possível ampliar as ações e melhorar a assistência à saúde, conforme o preconizado.

Um dos fatores agravantes no controle da hipertensão arterial é a falta de ações educativas voltadas para a população. Geralmente, os portadores da doença limitam ao uso da terapêutica medicamentosa, não tendo o conhecimento sobre seu adoecimento e tratamento. Todavia, é possível reduzir os óbitos decorrentes da HAS, se houverem estratégias para lidar com os principais fatores de risco ambientais, tais como o etilismo, tabagismo, a má alimentação e o sedentarismo. Para isso, é preciso instruir os portadores da doença, orientando-os para uma mudança nos hábitos de vida. Pois a falta de informação por parte da população, tanto dificulta a prevenção e o diagnóstico da patologia, quanto o seu tratamento. Dessa forma, ressaltamos que modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação inadequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e gordura, controle do peso, falta de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, o que justifica a relevância do presente trabalho e ainda seu prosseguimento contínuo, e soma-se a estes fatores o caráter detectivo e de certa forma também preventivo do mesmo (SBC, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil como um país em desenvolvimento precisa investir em políticas de saúde que visem à qualidade das ações, pois, muitas vezes o que está na teoria, infelizmente na prática é pouco alcançado. O SUS em seus princípios assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e concede aos usuários, o acesso as informações sobre sua saúde, atribuindo aos profissionais e aos gestores a responsabilidade pela viabilização desse direito. No entanto, compete aos profissionais que trabalham na rede básica, o cumprimento das ações e serviços visando garantir a promoção e prevenção da saúde daqueles indivíduos. Evitando assim, maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência do atendimento negligenciado. As informações obtidas com este trabalho, agrupadas às demais já existentes no país, evidenciam dados suficientemente consistentes a respeito dos fatores de riscos ambientais para HAS e permitem a realização de planejamentos objetivos de políticas públicas visando a um melhor enfrentamento da hipertensão (ARAÚJO, 2010).

As ações devem buscar por mudanças no estilo de vida, especialmente com o abandono da vida sedentária e um melhor controle dos hipertensos já conhecidos, além de estabelecer metas para ampliar o grau de conhecimento desses fatores de risco ambientais pela população diretamente interessada e, ainda, e principalmente, fornecer à população em geral mais informações para a prevenção do aparecimento dos fatores de risco e, com isso, evitar o aparecimento da hipertensão e conseqüentemente das doenças cardiovasculares (ARAÚJO, 2010).

A construção da Proposta de Intervenção possibilitou a consolidação dos conhecimentos adquiridos através do Curso de Especialização em Saúde da Família. Foi possível construir uma proposta para modificar a realidade da UBSF Miranda I, direcionando as ações para problemas prioritários, permitindo uma reconstrução do cotidiano e aprimoramento da abordagem da Equipe da Saúde em relação aos usuários e promovendo assistência de qualidade.

Através da metodologia utilizada para a construção do plano de ações, foi possível organizar as ações e a proximidade com o público alvo. Com isso, ficou nítida a importância da equipe atuar em conjunto para promover melhorias na oferta dos serviços e traçar com detalhes o plano de ações a fim de facilitar o processo de trabalho.

O levantamento inicial dos dados foi importante para informar o perfil da população da área de abrangência e assim ter o conhecimento do grande número de hipertensos. Isso possibilitou a mobilização da equipe no sentido de traçar estratégias para melhorar a adesão dos pacientes

ao tratamento. Uma vez que a hipertensão arterial tem grande impacto na sobrevida da população e na morbimortalidade geral, com sobrecarga dos serviços de pronto atendimento e incremento no número de internações.

A capacitação dos profissionais de saúde é primordial para melhorar a abordagem dos pacientes e para melhor compreensão da dinâmica da doença, bem como trabalhar em conjunto com as famílias daqueles e poder garantir maior sucesso das ações de promoção à saúde.

Através da proposta de intervenção objetiva-se melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes, a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso, bem como promover ações para melhorar a qualidade de vida com redução dos fatores de risco e consequentemente de complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO G. B. S; GARCIA T. R; Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259 - 272, 2006.

ARAÚJO, L. J. Estudo Sobre Aspectos Genéticos da Hipertensão Arterial Sistêmica em Amostra da População Afro-descendente do sudoeste do Estado da Bahia. 2010. 93 f. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE . Secretaria Executiva. Informações de Saúde: **Informações epidemiológicas e morbidade**. [S.l.]:DATASUS, 2013. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 25 nov. 2013.

BRASIL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Diretrizes para organização da Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo**. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

BRITO T. M; GIORGI D. M. A; Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v. 69, n. 12, dez 2012.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento a Avaliação das Ações em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DRAGER, L. F; PEDROSA, R. P; Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, nov 2008.

FREITAS, S. R. S. et al. Análise combinada de fatores genéticos e ambientais na hipertensão essencial em um município da Região Amazônica. **Arq Bras Cardiol.**, v.88, n.4, p. 447-451, 2007.

GONÇALVES, S. et al. Hipertensão arterial e a importância da atividade física. **Estud Biol.**, v. 29, n. 67, abr./jun., p.205-213, 2007.

HLUBOCKÁ, Z. Association of the -344T/C Aldosterone Synthase Gene Variant with Essential Hypertension. **Physiological Research**, v. 58, p.785-792, 2009.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas. **Informação Demográfica e Socioeco-nômica**. [S.l.:s.n.], 2009. Disponível em:< http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_sau de.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2013.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol.**v.88, n. 4, p.452-457, 2007.

LI, H. et al. The relationship between angiotensinogen gene polymorphisms and essential hypertension in a Northern Han Chinese Population. **Angiology**, v.28, may, 2013.

LUCCHESE, F. **Desembarcando a hipertensão**. Porto Alegre: L&PM, 2010.

MANCIA, G. et al. Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **Eur Heart J.**, v.28, n.12, p.1462-1536, 2007.

MANFROIA; OLIVEIRA A. F. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, out/dez 2006.

MEDINA, F. L. et al. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Rev Bras Hipertens.**, v.17, v.2, p.103-106, 2010.

NAKAMOTO A. Y. K; Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina. São Paulo**, v. 69, n. 4, abr 2012.

OLIVEIRA, C.M. et al. Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: Baependi Heart Study. **BMC. Med. Genet.**, v.9, n.32, 2008.

PUDDEY, I. B.; BEILIN, L. J. Alcohol is bad for hypertension. **Clin Exp Pharmacol Physiol.**, v.33, n.9, p.847-852, 2006.

QUAYLE, J.; LUCIA, M. C. S. **Adoecer: as interações do doente com sua doença**. São Paulo: Atheneu, 2007.

SADEGHI, et al. Developing an appropriate model for self-care of hypertensive patients: first experience from EMRO. **Atheroscler**, v.9, issue 4, 2013.

SANTOS, Z. M. de S. A.; LIMA, H. de P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, mar. 2008 .Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2013

SANTOS, A. C.; ABREU-LIMA.C. Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida. **Rev Bras Hipertens.**, v.16, suppl. 1, S5-S6, 2009.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev**

Bras Hipertens., v.13 n.4, p.256-312, 2010.

SILVEIRA, E. F.; SILVA, M. C. Conhecimento sobre atividade física dos estudantes de uma cidade do sul do Brasil. *Motriz: rev. educ. fis. (Online)*, Rio Claro, v. 17, n. 3, set. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S19806574201100000009&lng=en&nrmiso>. Acesso em: 02 maio 2013.

STIPP, M. A. C. et al. O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares: uma análise sob o olhar da enfermagem. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S141481452007000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov 2013.

TEIXEIRA, E. R. et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452006000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2013.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivo Brasileiro Cardiol* v.95,n.1, (suplemento1),p. 1-5, 2010.

