

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

CAMILLA MARTINS LEITE ARAGÃO

**PLANO DE AÇÃO PARA ACOMPANHAR PACIENTES
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PEDRO JOSÉ DOS REIS NO
MUNICÍPIO DE PADRE CARVALHO EM MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2018

CAMILLA MARTINS LEITE ARAGÃO

**PLANO DE AÇÃO PARA ACOMPANHAR PACIENTES
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PEDRO JOSÉ DOS REIS NO
MUNICÍPIO DE PADRE CARVALHO EM MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2018

CAMILLA MARTINS LEITE ARAGÃO

**PLANO DE AÇÃO PARA ACOMPANHAR PACIENTES
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PEDRO JOSÉ DOS REIS NO
MUNICÍPIO DE PADRE CARVALHO EM MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena – Orientador

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de junho de 2018.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família Pedro José dos Reis está localizada na comunidade de Campo Vacarias, zona rural do município de Padre Carvalho/MG, cidade com aproximadamente 5.834 habitantes, localizada na região norte de Minas Gerais. Na elaboração do presente estudo, primeiramente, foi realizado um diagnóstico situacional, através do método Estimativa Rápida. Após discussão com a equipe, os principais problemas da comunidade foram expostos e descritos segundo a ordem de prioridade. Ficou evidente o número elevado de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade. Por ser a hipertensão o mais importante causador das doenças cardiovasculares e a principal causa de morte no mundo, torna-se imperativo estabelecer um plano de intervenção, visando um melhor diagnóstico e controle dos hipertensos na área de abrangência da ESF Pedro José dos Reis. Por isso, objetivou-se otimizar o acompanhamento de pacientes hipertensos desta comunidade. Foi ainda elaborada uma revisão de literatura na qual discorreu-se sobre o problema, apontando suas causas, consequências, prevenção e tratamento. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online e da Biblioteca Virtual em Saúde entre outras fontes e levantadas as publicações entre os anos de 1999 e 2018. Também foi consultado o material didático do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Conclui-se que, para haver a redução do problema constatado é necessário levar mais conhecimento aos pacientes e suas famílias por meio do envolvimento da equipe da Estratégia Saúde da Família junto aos pacientes, no sentido de incentivar mudança do estilo de vida dos pacientes e adesão aos tipos de tratamento propostos. Além disso, contar com a articulação entre diferentes estratégias e setores sociais, governamentais e não governamentais na implementação de ações conjuntas em prol da saúde comunitária para ajudar a evitar a Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações.

Descritores: ‘Hipertensão Arterial’ e “Estratégia Saúde da Família”

ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) Pedro José dos Reis is located in the community of Campo Vacarias a rural area of the city of Padre Carvalho/MG, a city with approximately 5.834 inhabitants, located in the northern region of Minas Gerais. First, a situational diagnosis was made through the Quick Estimate method and after a discussion with the team, the main problems of the community were exposed and described in order of priority. The difference between the number of patients with Systemic Arterial Hypertension in the community in relation to the patients who are seeking follow-up, caught attention because it was high. Because hypertension is the most important cause of cardiovascular diseases and the main cause of death in the world, it became imperative to establish an intervention plan aiming a better diagnosis and control of hypertensive patients in general and in the scope of ESF Pedro José dos Reis. Therefore, it was aimed to optimize the follow-up of hypertensive patients and of this community. A literature review was elaborated in which the problem was discussed, pointing out its causes, consequences, prevention and treatment. The following databases were used: SCIELO and the "Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)", among other sources, published between 1999 and 2018. It was also consulted the didactic material of the "Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família". It was concluded that in order to reduce the problem, it is necessary to bring patients and their families knowledge through the involvement of the ESF team with the patients, in order to encourage changes in patient's lifestyle and adherence to the types of treatment proposed. In addition, rely on the articulation between different strategies and social sectors, governmental and non-governmental in the implementation of joint actions in favor of community health to help avoid the Systemic Arterial Hypertension and complications.

Keywords: "Arterial Hypertension" and "Family Health Strategy"

LISTA DE ABREVIATURAS

ACC - Antagonistas dos canais de cálcio
ACS - Agente comunitária de saúde
ANS - Agência nacional de saúde
AVC - Acidente vascular cerebral
BRA II - Bloqueadores do receptor da angiotensina II
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
DCV - Doenças cerebrovasculares
DH - Doenças hipertensivas
DIC - Doenças isquêmicas do coração
DM - Diabetes mellitus
ESF - Estratégia Saúde da Família
HAS - Hipertensão arterial sistêmica
IAM - Infarto agudo do miocárdio
ICC – Insuficiência cardíaca congestiva
IECA - Inibidores da enzima conversora da angiotensina
MEV - Modificações do estilo de vida
PA – Pressão arterial
PAD - Pressão arterial diastólica
PAS - Pressão arterial sistólica
PES - Planejamento Estratégico Situacional
SCIELO - *Scientific Eletronic Library Online*
SUS - Sistema único de saúde
UBS – Unidade básica de saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Funcionamento das Unidades de Saúde de Padre Carvalho – MG.....12

Quadro 2: Classificação da Hipertensão Arterial.....20

Quadro 3: Taxa de mortalidade decorrente de complicações da HAS.....23

Quadro 4: Tipos de medicação a serem prescritos para controle da hipertensão....25

Quadro 5: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos Reis, município de Padre Carvalho, estado de Minas gerais.....28

Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “dificuldade em realizar acompanhamento de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos Reis, município de Padre Carvalho, estado de Minas Gerais.....31

Quadro 7: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “dificuldade em realizar acompanhamento de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos Reis, município de Padre Carvalho, estado de Minas Gerais.....32

Quadro 8: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “dificuldade em realizar acompanhamento de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos Reis, município de Padre Carvalho, estado de Minas Gerais.....33

Quadro 9: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos, relacionado ao problema “dificuldade em realizar acompanhamento de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos Reis, município de Padre Carvalho, estado de Minas gerais.....34

Quadro 10: Propostas de ações para a motivação dos atores.....35

Quadro 11: Proposta de Intervenção para o problema “dificuldade em realizar acompanhamento de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos Reis, município de Padre Carvalho, estado de Minas gerais.....36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO-----	10
1.1 O Contexto da Hipertensão Arterial Sistêmica-----	10
1.2 Breves informações sobre o município de Padre Carvalho-MG-----	10
1.3 O sistema municipal de saúde-----	12
1.4 A Equipe de Saúde da Família Campo Vacarias, seu território e sua população-----	12
2 JUSTIFICATIVA-----	14
3 OBJETIVOS-----	17
3.1 Objetivo Geral-----	17
3.2 Objetivos Específicos-----	17
4 METODOLOGIA-----	18
5 REVISÃO DE LITERATURA-----	19
5.1 A hipertensão arterial sistêmica-----	19
5.2 Definindo a hipertensão e seus valores-----	19
5.3 Sintomas da hipertensão arterial-----	20
5.4 Diagnósticos da hipertensão arterial-----	21
5.5 Consequências da hipertensão arterial-----	22
5.6 Causas e fatores de risco para hipertensão-----	23
5.7 Tratamentos da hipertensão arterial-----	24
5.8 Tratamentos Farmacológico-----	25
6 PLANO DE AÇÃO-----	27
6.1 Identificação dos problemas-----	27
6.2 Priorização dos problemas-----	27
6.3 Descrição do problema selecionado -----	29

6.4 Explicação do problema-----	30
6.5 Seleção dos nós críticos-----	31
6.6 Desenho das operações-----	31
6.7 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações-----	34
6.8 Análise da Viabilidade do Plano-----	35
6.9 Proposta de Intervenção-----	36
6.10 Gestões do Plano de Ação-----	37
 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	 38
 REFERÊNCIAS-----	 40

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Contexto da Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e do acidente vascular cerebral (AVC), respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (AZEVEDO *et al.*, 2006).

Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão (AZEVEDO *et al.*, 2006).

As doenças crônicas não transmissíveis são aquelas de etiologia múltipla, que possuem curso prolongado, advindas com morbidades muitas vezes de longo tempo assintomáticas, e, principalmente, com fatores de risco modificáveis em sua gênese. Destas, podemos destacar a obesidade, a qual gera alterações sistêmicas, principalmente com repercussões cardiovasculares e endócrinas. As doenças cardiovasculares estão em destaque, o que se justifica por serem a principal causa de morte e incapacidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Dentre a vasta gama de doenças desta ordem, uma das mais prevalentes na população é a HAS, que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Sabe-se que a hipertensão deixou de ser exclusividade de adultos. Estudos anteriores têm demonstrado que crianças e adolescentes obesos são indivíduos potenciais a desenvolverem esta alteração (REUTER *et al.*, 2012).

1.2 Breves informações sobre o município de Padre Carvalho/MG

Padre Carvalho é uma cidade com aproximadamente 5.834 habitantes (IBGE, 2016), localizada na região norte de Minas Gerais e distante 598,5 km de Belo Horizonte, capital do Estado. Inicialmente pertencente à cidade de Grão

Mogol, foi elevado à categoria de município com a denominação de Padre Carvalho, pela Lei Estadual n.º 12.030, de 21-12-1995, desmembrado de Grão Mogol.

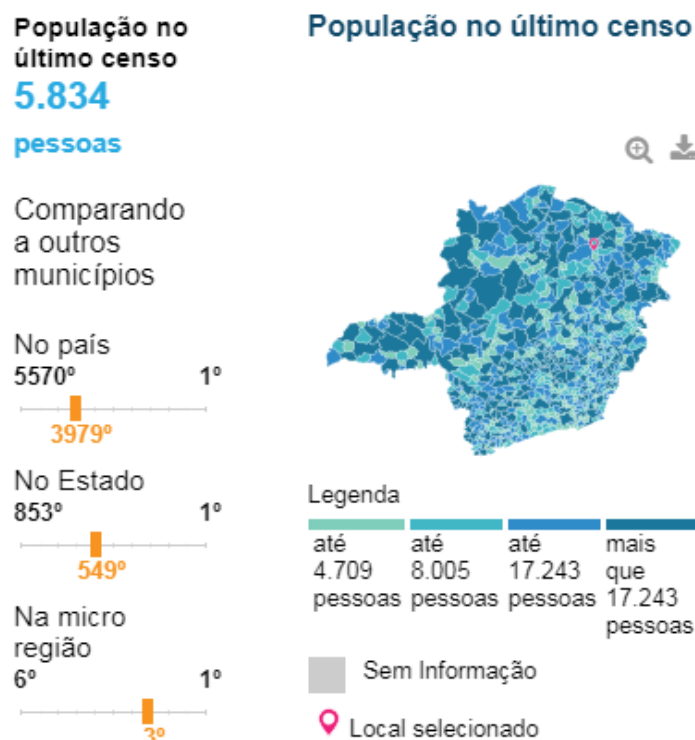
Nos últimos anos ficou conhecida e marcada pela violência devido ao aumento do tráfico de drogas, que muitas vezes eram originados nas cidades vizinhas. Esse fato trouxe o aumento da criminalidade, com alguns casos de assassinato e assaltos.

A população é em grande parte empregada pelas fabricas de Resina e Serralheria situadas na cidade e zona rural, com sede no município vizinho.

A atividade política é hoje comandada por família política tradicional, que se reelegeu na última eleição após quatro anos longe da prefeitura.

A cidade conta a festividade de julho, chamada “Festa da Mandioca”, tradição forte na área cultural, que movimenta a região com o seu festival de músicas, cavalgadas, torneios e ainda festas religiosas.

Figura 1: População de Padre Carvalho/MG



Fonte: IBGE (2016).

1.3 O sistema municipal de saúde

Na área de saúde, a cidade conta com duas unidades básicas, uma delas

situada na região rural, chamada Campo de Vacarias. São os únicos serviços de saúde da cidade, ficam abertas 24h, sendo que, quando necessário os pacientes são encaminhados ao hospital de referência, situado em Salinas, a 40 km da cidade. As unidades contam com 2 equipes na zona urbana e 1 equipe na zona rural. Funcionam como Estratégia Saúde da família (ESF) no período do dia e apenas atendimentos de urgência na parte da noturna, contando com médico 24 horas de sobreaviso apenas na área urbana.

Quadro 1: Funcionamento das Unidades de Saúde de Padre Carvalho/MG

Unidade de Saúde	Zona urbana	Zona rural
Unidade física	01	01
Equipe ESF	02	01
Funcionamento ESF	8 às 17H	8 às 17H
Funcionamento urgência/emergência	24H	24H

Fonte: Autoria própria (2018).

1.4 A Equipe de Saúde da Família Campo Vacarias, seu território e sua população

Campo Vacarias é uma comunidade de cerca de 2.000 habitantes, localizada na zona rural de Padre Carvalho, que abrange ainda pequenas outras comunidades ao redor. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho nas fábricas de Resina e Serralheria, localizadas na periferia da cidade com sede no município vizinho. É grande o número de desempregados e subempregados. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias, com falta de estrutura de saneamento básico. O analfabetismo é elevado, contando com apenas uma escola para ensino fundamental e médio e pequenas creches para crianças a partir de 6 anos nas diversas comunidades. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular a tradicional festa da mandioca, sediada em Padre carvalho.

O distrito conta com uma equipe de ESF, com atendimento médico e odontológico. A unidade funciona 24 horas, com trabalho de técnicas de

enfermagem no período noturno, que encaminham casos graves para o município para atendimento médico ou direto para o hospital de referência.

A Unidade de Saúde da Equipe de Campo Vacarias, que completa a Equipe de Padre Carvalho, foi reinaugurada em dezembro de 2016 e está situada na rua principal da comunidade, próximo à praça da igreja, da farmácia e escola.

A área física da unidade é bastante agradável. Conta com recepção ampla, cadeiras suficientes tanto na entrada quanto na espera para atendimento. Conta com sala de vacina confortável, que funciona adequadamente, sala de atendimento médico e enfermagem, sala de triagem, sala de observação, copa e quarto de descanso. Apenas a sala de reunião é pequena para realizar grupos operacionais, que são improvisados em outras áreas da própria unidade. Possui ainda ampla sala de dentista, porém está ainda sem equipamentos necessários para dar início aos atendimentos.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, principalmente após o início de funcionamento 24horas, que leva segurança à população. O maior problema é a falta de equipamentos e medicamentos básicos, que não são repostos. Devido à baixa renda da população muitos acabam não aderindo corretamente aos tratamentos. Além das medicações para os tratamentos de doenças crônicas, faltam medicações para atendimentos dos casos de urgência. A falta desses materiais constituiu-se em foco de tensão entre a Equipe de Saúde, a coordenação da ESF e o gestor municipal de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é um importante problema de saúde pública no mundo, em virtude do seu caráter crônico e incapacitante. É uma patologia multifatorial que apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle (MACHADO *et al.*, 2016).

No Brasil, 25% da população adulta possui HAS e estima-se que em 2025 esse número se elevará em 60%, com uma prevalência de 40% (MOREIRA *et al.*, 2013). A HAS, além de ser a mais frequente das doenças cardiovasculares é também o principal fator de risco para as complicações como AVC e infarto agudo do miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo devido sua alta taxa de morbimortalidade. Seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados devido a maior parte do curso da doença ser assintomática, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Assim, temos os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acesso a medicamentos (BRASIL, 2006).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de PA (BRASIL, 2006).

Uma fundamental estratégia para o alcance de resultados favoráveis no controle da HAS é a adesão de hábitos de alimentação e estilos de vida mais saudáveis que, em alguns casos, se torna a única terapêutica recomendada; no entanto, a baixa adesão dos pacientes a essas condutas não medicamentosas de estilo de vida saudável constituem-se em importante dificuldade para controlar a gravidade da doença (LIMA, *et al.*, 2009).

Segundo Mendes (2012) a mudança do comportamento alimentar e do estilo

de vida se dá a médio e longo prazo e deve ser contínua, dependendo dos esforços individuais do paciente e do apoio dos profissionais de saúde.

A HAS se trata de uma comorbidade de caráter clínico multifatorial que apresenta níveis elevados de PA. Apresenta aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, associada com frequência a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, apresentando alta prevalência e baixas taxas de controle (AVILA *et al.*, 2010).

Em relação a prevalência da HAS entre os sexos, a literatura mostra que nas mulheres há influência de algumas condições que podem levar ao aumento significativo da pressão arterial e ao desenvolvimento da HAS, como por exemplo o uso de contraceptivo, síndrome do ovário policístico, gestação, reposição hormonal e menopausa (COLOMBO, 2011). Outro fator importante associado a elevação da PA nas mulheres é a inserção no universo doméstico e profissional, que se relaciona ao nível de estresse aumentado, em decorrência da maior participação no mercado de trabalho que leva à sobrecarga das exigências profissionais com as atribuições domésticas (WOTTRICH *et al.*, 2011).

Já em relação aos homens, constatou-se que não são rotina da maioria dessa população as práticas preventivas, sejam elas de ordem estrutural e/ou cultural, sendo esses cuidados mais predominantes nas mulheres. Isso indica que a questão de gênero também é um importante influenciador na HAS, já que homens e mulheres, sob efeito de elementos culturais distintos, desenvolvem padrões de comportamentos diferentes com relação aos autocuidados com a saúde (ALVES *et al.*, 2011).

Sobre a questão central à reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários há atualmente conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico legais do sistema de saúde brasileiros. Assim, para que de forma permanente, o sistema de saúde, aproxime-se mais dos indivíduos, das famílias e das comunidades, busca-se criar condições que o torne mais humanizado, solidário e, sobretudo, mais resolutivo. O Ministério da Saúde criou em 1994 a ESF, que se trata de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio das agentes comunitárias de saúde (ACS) e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos

domicílios, das famílias e das comunidades. Este modelo foi formulado com intenção de haver uma transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros. Esta proposta busca transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual visando substituir a forma de pensar e praticar saúde, que tem no hospital o *locus* de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade. O desafio que se coloca é a transformação da atenção sanitária centrada no procedimento em uma atenção centrada no usuário (COSTA *et al.*, 2009).

Através de consultas médicas de rotina, a assistência prestada ao indivíduo permite ao profissional de saúde conhecer aspectos concretos da vida do paciente como, por exemplo, os efeitos adversos da medicação, os hábitos de vida, o grau de apoio familiar e também o controle da pressão arterial, sendo que estes aspectos influenciam diretamente sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico. Ao se valorizar tais aspectos, os profissionais podem reforçar em cada encontro, se necessário, os objetivos e metas a serem alcançados para promover hábitos de vida saudáveis, essenciais para controle da doença, identificando as lacunas existentes entre a educação ofertada e o autocuidado realizado (WEBER, 2014).

Justifica-se, portanto a realização deste trabalho, porque se faz urgente para os profissionais de saúde da família, que lidam diretamente com esta clientela, compreender melhor os riscos que estes estão correndo, no intuito de realizar um trabalho mais efetivo de esclarecimento, promoção e prevenção (COSTA *et al.*, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção que visa reduzir a incidência da HAS e melhorar o acompanhamento dos pacientes hipertensos atendidos na ESF Pedro Jose dos Reis, na comunidade de Campo Vacarias, localizada no município de Padre Carvalho/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Pontuar e priorizar os problemas da ESF Pedro José dos Reis, na comunidade de Campo Vacarias;
- Identificar as principais dificuldades para o controle da hipertensão na comunidade de Campo Vacarias;
- Conscientizar a população sobre as medidas preventivas da hipertensão;
- Avaliar a extensão e as consequências do problema existente;
- Elaborar e executar um conjunto de ações a serem desenvolvidas de forma a reduzir a incidência do problema.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho, para a elaboração do plano de ação, foi feito em três fases: o diagnóstico situacional em saúde, revisão da literatura e elaboração do plano de ação.

O diagnóstico situacional, realizado através do método de Estimativa Rápida, permitiu conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados por essa unidade básica de saúde (UBS), o que nos permite obter informação sobre os problemas e de os recursos potenciais para o planejamento das ações de enfrentamento, num curto período de tempo e sem gastos econômicos e motivando da população na identificação de suas necessidades e problemas. Serão planejadas intervenções que garantam melhoria no atendimento de pacientes com HAS.

Para a composição da Revisão de Literatura, utilizou-se de literatura narrativa sobre os fatores de risco e as consequências da HAS por meio de pesquisa em livros e revistas publicados pela imprensa escrita e disponibilizados pelas bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) entre outras fontes, publicados entre os anos de 1999 e 2018. Foram utilizados como indexadores os seguintes descritores: Hipertensão Arterial, Risco e Estratégia Saúde da Família. Também foi consultado o material didático do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

O plano de ação foi realizado seguindo as etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foi realizado o cadastro das famílias e dos pacientes portadores de HAS pelas ACS, no sistema de computador e-sus de atenção básica, para estimativa da população alvo, comparado o número de pacientes portadores da patologia com o número de pacientes portadores que realizaram consultas nos últimos três meses para

acompanhamento. O estudo conta com equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS em parceria com a UBS.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A hipertensão arterial sistêmica

A HAS, conhecida popularmente como pressão alta, é uma das doenças mais prevalentes no mundo, acometendo cerca de um terço da população, cerca de 1 a cada 5 pessoas, são hipertensas. A hipertensão pode surgir em qualquer época da vida, inclusive durante a gravidez, mas é muito mais comum na população adulta e nos idosos. Estima-se que até 80% da população com mais de 60 anos seja hipertensa. Nas últimas décadas, o número de hipertensos tem aumentado progressivamente, devido a fatores como maior expectativa de vida, maior incidência de obesidade, sedentarismo e de maus hábitos alimentares (PINHEIRO, 2009).

Segundo Geleilate et al. (2008), muitos pacientes portadores de HAS, apesar de estarem sob tratamento médico, apresentam valores de PA persistentemente acima dos desejados e várias são as condições que podem ser responsáveis por essa falta de controle satisfatório, como a falta de adesão do paciente

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como AVC e IAM, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da HAS. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de PA (BRASIL, 2006).

5.2 Definindo a hipertensão e seus valores

Segundo Pinheiro (2009) a pressão arterial é a pressão que o sangue, dentro das artérias exerce sobre suas paredes. Ela é pulsátil, ou seja, aumenta a cada batimento do coração e reduz quando o mesmo relaxa. O nome dado à contração do músculo cardíaco é sístole, portanto, pressão sistólica é a pressão arterial durante cada batimento do coração. Já o breve momento de relaxamento do coração entre cada batida é chamado de diástole. Logo, pressão diastólica é a pressão arterial durante a fase em que o músculo cardíaco está relaxado. A pressão arterial é expressa em mmHg, que é a sigla usada para milímetros de mercúrio, consistindo em uma unidade padrão. Uma pressão de 110/70 mmHg significa uma pressão arterial sistólica (PAS) de 110 mmHg e uma pressão arterial diastólica (PAD) de 70 mmHg.

A hipertensão é conhecida como “assassina silenciosa”, pois esta condição vai exercendo seus prejuízos silenciosamente, sem a percepção do paciente. Sintomas como dor de cabeça, vertigens, visão borrada, que são geralmente associados à elevação pressórica, são raros. A única maneira de diagnosticar hipertensão arterial é aferindo a pressão. O tratamento a tempo evita que consequências sobre os vasos e órgãos nobres se manifestem. Por isso a importância de uma conscientização sobre a necessidade de avaliar periodicamente a pressão principalmente se houver história familiar de hipertensão arterial.

Hipertensão arterial é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Ela pode ser classificada em 3 estágios, sendo considerado o estágio 1 PAS entre 140 – 159 e PAD 90 – 99, hipertensão estágio 2 PAS entre 160 – 179 e PAD entre 100 – 109 e hipertensão estágio 3 PAS ≥ 180 e PAD ≥ 110 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Quadro 2: Classificação da Hipertensão Arterial

Estágio	Valor PA (PAS/PAD)
1	140 – 159 / 90 – 99
2	160 – 179 / 100 – 109
3	≥ 180 / ≥ 110

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2016).

5.3 Sintomas da hipertensão arterial

Um dos grandes problemas da HAS é o fato desta ser assintomática até fases muito avançadas da doença. Não existe um sintoma típico que possa servir de alarme para estimular a procura por um médico (PINHEIRO, 2009).

Ainda segundo Pinheiro (2009) um indivíduo que não costuma medir sua pressão arterial simplesmente porque não tem nenhum sintoma, pode muito bem ser hipertenso e não saber. Por outro lado, se o paciente é sabidamente hipertenso, mas também não mede a pressão arterial periodicamente, pode ter a falsa impressão de a ter controlada. Não existe nenhuma maneira de avaliar a pressão arterial sem que se faça a aferição da mesma. Por isso, todas as pessoas devem ter sua pressão arterial aferidas pelo menos uma vez a cada dois anos.

Quem nunca procura saber como anda sua PA porque acha que algum sintoma irá alertá-lo sobre o problema, pode estar neste momento com a pressão elevada, sofrendo danos em órgãos vitais (PINHEIRO, 2009).

Apesar de na maioria dos indivíduos a PA não causa sintomas pode haver a coincidência do surgimento de determinados sintomas que muitos, de maneira equivocada, consideram associados à doença, como por exemplo, dores de cabeça, sangramento pelo nariz, tontura, rubor facial e cansaço. Quando um indivíduo apresenta uma HAS grave ou prolongada e não tratada, apresenta dores de cabeça, vômito, dispnéia ou falta de ar, agitação e visão borrada decorrência de lesões que afetam o cérebro, os olhos, o coração e os rins (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013).

5.4 Diagnósticos da hipertensão arterial

Recomenda-se a realização de várias medições da PA, com o paciente sentado em ambiente tranquilo e confortável para assimilar e melhorar a reprodutibilidade e aproximar os valores da PA obtidos no consultório àqueles fornecidos pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A posição recomendada para a medida da PA é a sentada. Entretanto, a medida da PA na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação, especialmente em idosos, diabéticos, pacientes com disritmias, alcoólicos

e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva. Para ter valor diagnóstico necessário, a PA deve ser medida com técnica adequada, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrada, respeitando-se as recomendações para este procedimento (BRASIL, 2006).

Um paciente com diagnóstico de hipertensão pode ter momentos em que a aferição da pressão esteja dentro ou próximo da faixa de normalidade, assim como uma pessoa sem o diagnóstico de hipertensão pode apresentar elevações dos níveis pressóricos associado a fatores como estresse e esforço físico. Um erro comum no momento de se diagnosticar a hipertensão é se basear apenas em uma aferição isolada da pressão arterial. Portanto, não se faz diagnóstico, nem se descarta hipertensão, baseado em apenas uma única aferição (PINHEIRO, 2009).

Pinheiro (2009) chama a atenção para os vários fatores que podem interferir nos valores da pressão arterial pontualmente. Entre eles o estresse, esforço físico, uso de bebidas alcoólicas, cigarro, etc. A maioria das pessoas só procura medir sua pressão em situações de estresse emocional ou dor de cabeça, que são ocasiões que por si só podem aumentar os níveis tensionais. Assim, para se dar o diagnóstico de hipertensão arterial, definiu-se de três a seis aferições com resultados elevados, realizadas em dias diferentes, com um intervalo maior que um mês entre a primeira e a última aferição, para poder minimizar os fatores externos que causam interferência. O paciente considerado hipertenso é aquele que apresenta a sua pressão arterial elevada frequentemente e durante vários períodos do dia, em situações distintas.

5.5 Consequências da hipertensão arterial

A hipertensão arterial é uma patologia que dificilmente evolui para cura e o tratamento tem como finalidade evitar que órgãos como coração, olhos, cérebro e rins, chamados de órgãos alvo, sofram lesões que causem alguma das doenças descritas acima. É importante ressaltar que as lesões iniciais da hipertensão arterial são silenciosas, porém, existem exames que podem detectá-las precocemente (PINHEIRO, 2009).

A elevação da PA representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. Devido à suas complicações a HAS apresenta

custos médicos e socioeconômicos elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). A redução dos níveis pressóricos contribui para a prevenção de complicações e é favorecida pela adesão aos novos hábitos de vida. No entanto, estima-se que das pessoas acompanhadas em serviços de saúde, somente um terço tem sua PA mantida em níveis satisfatórios e essa deficiência adesão ao tratamento é apontada como determinante dessa enfermidade. Teoricamente as equipes da saúde da família possuem os melhores requisitos para promover a adesão ao tratamento de patologias como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a corresponsabilização do tratamento. O desenvolvimento de ações educativas pelos profissionais de saúde estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

No Brasil as taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que aumentou entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010. As taxas de DH neste período oscilaram de 39/100.000 habitantes (2000) para 42/100.000 habitantes. As doenças isquêmicas do coração (DIC) saíram de 120,4/100.000 habitantes (2000) para 92/100.000 habitantes (2013), e as doenças cerebrovasculares (DCbV) saíram de 137,7/100.000 habitantes (2000) para 89/100.000 habitantes (2013); também houve redução da IC congestiva (ICC), que variou de 47,7/100.000 habitantes (2000) para 24,3/100.000 habitantes (2013) (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Quadro 3: Taxa de mortalidade decorrente de complicações da HAS

Doenças	Pessoas acometidas/ 100.000 habitantes (2000)	Pessoas acometidas/ 100.000 habitantes (2013)
Hipertensivas	39	42
Isquêmicas do coração	120,4	92
Cerebrovasculares	137,7	89
IC congestiva	47,7	24,3

Fonte: Guimarães *et al.* (2015)

5.6 Causas e fatores de risco para hipertensão

A HAS pode ser dividida de acordo com suas causas: hipertensão essencial (hipertensão primária) e hipertensão secundária. Quando surge sem uma causa definida é chamada hipertensão primária, sendo responsável por 95% dos casos. Esta forma não tem uma causa claramente identificada, mas os seus principais fatores de risco são bem conhecidos: obesidade, elevado consumo de sal, consumo de álcool, sedentarismo, etnia negra, colesterol alto, apneia obstrutiva do sono, tabagismo, diabetes mellitus (DM) (PINHEIRO, 2009).

Aspectos importantes na investigação clínica da HAS são: sexo, idade, raça, condição socioeconômica, dislipidemia, tabagismo, DM, obesidade e sedentarismo, alteração de peso, história familiar de HAS ou doença cardiovascular, fatores ambientais e psicossociais, avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína, doença renal consumo de medicamentos ou drogas que possam elevar a PA (KOHLMANN JUNIOR, 1999).

5.7 Tratamentos da hipertensão arterial

É necessária a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado. Com base nestes achados, podem-se estabelecer três graus distintos de risco cardiovascular. Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a HAS: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS (BRASIL, 2006).

Para Silva, Oliveira e Pierin (2016) a baixa adesão ao tratamento se relaciona com um controle pouco satisfatório dos níveis pressóricos e vários são os fatores que interferem nesse processo. Em relação à HAS, destaca-se seu caráter crônico e quanto ao tratamento medicamentoso, o fato do tratamento ser para toda vida, os efeitos colaterais das drogas e posologias complexas. O estudo reafirma sobre a importância do tratamento não medicamentoso e que a necessidade das MEV também podem ser aspectos que dificultam a adesão. Acrescenta-se como fatores intervenientes na adesão ao tratamento características do hipertenso, como sexo e

idade e presença de outras condições crônicas associadas à hipertensão, como o DM, obesidade e dislipidemia.

As principais MEV são: redução de peso, iniciar exercícios físicos, abandonar cigarro, reduzir o consumo de álcool, reduzir consumo de sal, reduzir consumo de gordura saturada, aumentar consumo de frutas e vegetais. A redução da PA com essas mudanças costuma ser pequena e dificilmente uma pessoa com níveis pressóricos muito altos (maior que 160x100 mmHg) atinge o controle da hipertensão sem a ajuda dos remédios. Todavia, nas hipertensões leves, há casos em que apenas com controle do peso, dieta apropriada e prática regular de exercícios conseguem-se o controle da PA (PINHEIRO, 2009).

5.8 Tratamentos Farmacológicos

Os anti-hipertensivos devem, não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e se possível, a taxa de mortalidade. A falta de adesão ao tratamento farmacológico constitui um problema frequente em idosos e é uma das principais causas do controle inadequado da pressão arterial. Alguns determinantes da má adesão à terapêutica instituída são baixa compreensão da doença, a polifarmácia típica em idosos, as inúmeras tomadas diárias e os efeitos colaterais (NOBRE, 2010).

O tratamento medicamentoso visa a reduzir os níveis de pressão para valores inferiores a 140 mmHg x 90 mmHg, de pressão sistólica e pressão diastólica, respectivamente, respeitando-se as características individuais, a comorbidade e a qualidade de vida dos pacientes (KOHLMANN JUNIOR, 1999).

As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com: diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (BRA II), antagonistas dos canais de cálcio (ACC), embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos. Esse benefício é observado com a redução da PA per se e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece não depender da classe de medicamentos utilizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

TIPO	MEDICAMENTO
Diuréticos Tiazídicos	Hidroclorotiazida; Clortalidona; Indapamida; Metolazona
Diuréticos de alça	Furosemida
Diuréticos poupadores de potássio	Espironolactona
Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA)	Benazepril, Captopril, Cilazapril, Enalapril, Lisinopril, Perindopril, Ramipril
Antagonistas do receptor da angiotensina II (ARA II):	Candesartana, Irbesartana, Losartana, Olmesartana, Telmisartana, Valsartana
Inibidores do canal de cálcio	Nifedipina retard, Amlodipina, Lercanidipina, Felodipina
Beta-Bloqueadores	Atenolol, Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol, Nebivolol, Propranolol
Vasodilatadores diretos	Hidralazina, Minoxidil
Bloqueadores Alfa-1	Doxazosina, Prazosina, Terazosina
Agonistas Alfa 2 Adrenérgicos	Clonidina, Metildopa, Rilmenidina

26

Os principais tipos de medicação prescritos atualmente encontram-se relacionados no Quadro 4.

Quadro 4: Tipos de medicação a serem prescritos para controle da hipertensão

Fonte: Nobre (2010).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Identificação Dos Problemas

Após discussão com a equipe os principais problemas da comunidade foram expostos e descritos na ordem de prioridade:

- Dificuldade em realizar cuidado continuado de hipertensos;
- Número elevado de demanda espontânea dificultando agendamento;
- População de difícil adesão a tratamentos crônicos;
- Dificuldade de diferenciar consultas agendadas de atendimento de urgência;
- Dificuldade de funcionar com os princípios de ESF (atenção primaria);
- Falta de estrutura para atendimentos de urgência;
- Falta de medicamentos; Difícil acesso a zonas rurais;
- Número de ACS menor que o necessário;
- Distância do hospital;
- Falta de comunicação próxima com o Hospital referência;
- Doenças adquiridas pelos empregados das fabricas;
- Falta diálogo entre equipe da zona rural com a da zona urbana.

6.2 Priorização dos Problemas

Avaliando a lista com os principais problemas encontrados, vimos

que entre os prioritários se destaca “dificuldade em realizar cuidado continuado de pacientes portadores de hipertensão”, já que hoje atendemos cerca de 80% da população sem agendamento prévio e sem seguimento adequado dos agendamentos de pré-natal, puericultura ou resultado de exames, por exemplo. O destaque se dá aos portadores de HAS, já que observamos um elevado número de pacientes portadores desta patologia e que muitos estão sem o acompanhamento adequado.

O segundo problema de “elevado número de demanda espontânea” merece destaque também, pois influencia diretamente no problema priorizado. O elevado número de consultas espontâneas sobrecarrega a unidade, diminuindo a quantidade e a qualidade de consultas que deveriam ser agendadas continuamente para acompanhamento da progressão de determinada patologia. A equipe se encontra empenhada em fazer a unidade funcionar como um ESF, porém os pacientes têm resistência em agendar suas consultas, querendo sempre atendimento imediato.

Os problemas em terceiro lugar de “número de ACS menor que o necessário” e “falta de medicamentos” também influenciam diretamente o problema priorizado, pois com uma área da comunidade descoberta o número de hipertensos e diabéticos se torna subestimado. E a falta de medicamentos é uma das causas que contribui para o difícil controle da patologia, já que alguns pacientes dependem da medicação fornecida pelo SUS.

O quarto lugar, “difícil acesso a zonas rurais”, contribui para que alguns pacientes não procurem atendimento continuamente, já que os meios de locomoção são escassos. Ao lado deste, a “falta de estrutura para atendimentos de urgência” também preocupa, uma vez que o hospital mais próximo fica a cerca de 40 quilômetros da ESF, dificultando o atendimento inicial de qualidade.

Quadro 5: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos Reis, município de Padre Carvalho, estado de Minas gerais				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****

Dificuldade em realizar cuidado continuado HAS	Alta	9	Parcial	1
Número elevado de demanda espontânea	Alta	8	Parcial	2
Número de ACS menor que o necessário	Alta	7	Fora	3
Falta de medicamentos	Alta	7	Fora	3
Difícil acesso a zonas rurais	Alta	6	Fora	4
Falta de estrutura para atendimentos de urgência	Alta	6	Fora	4

Fonte: Autoria própria (2018)

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

6.3 Descrição do Problema Selecionado

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. Devido à suas complicações a HAS apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). A redução dos níveis pressóricos contribui para a prevenção de complicações e é favorecida pela adesão aos novos hábitos de vida.

Teoricamente as equipes da saúde da família possuem os melhores requisitos para promover a adesão ao tratamento de patologias como a

hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a responsabilização do tratamento. O desenvolvimento de ações educativas pelos profissionais de saúde estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

O modelo assistencial definido pela Agência Nacional de Saúde (ANS) (BRASIL, 2011), consiste na organização de ações voltadas para a intervenção dentro do processo saúde/doença utilizando recursos físicos, tecnológicos e humanos articulados para o enfrentamento dos problemas de saúde existentes. Por se tratar de um problema de grande magnitude, é muito importante que na HAS se planeje ações de intervenção no sentido de reduzir sua incidência e minimizar suas consequências. A HAS é uma condição que, na maioria dos casos, pode ser resolvida, prevenida ou controlada com intervenções de esclarecimento, educação e de promoção da saúde dos pacientes, postergando as ações de natureza médico-curativas, proporcionando aos indivíduos uma melhor qualidade de vida.

A observação que estávamos com dificuldade em realizar cuidado continuado surgiu quando as ACS começaram a realizar seu trabalho, coletando dados das famílias da comunidade. Observamos um grande número de pacientes hipertensos na comunidade, porém um baixo número de consultas destes, a grande maioria apenas com renovação da receita, sem um controle ou acompanhamento adequado. Em muitos casos, inclusive, os pacientes estão descompensados, com tratamento inadequado, seja por não adesão ao tratamento ou porque o tratamento não surtiu o efeito esperado.

6.4 Explicação do Problema

Pelo fato de ser uma doença silenciosa no início as pessoas doentes demoram a dar importância à doença e aderir ao tratamento médico após o diagnóstico, o que favorece ao descontrole e à aparição de complicações em um menor período. A grande quantidade de pacientes hipertensos pode ser devido a múltiplos fatores: mal controle por diagnóstico não precoce, não identificação oportuna, não ter sido cadastrado, ou não

querer comparecer ao SUS por preconceitos, portanto, não têm um tratamento adequado, nem fazem uso de medicação ou fazem automedicação sem ter noção da gravidade da doença nem das suas complicações. Soma-se, ainda o fato de não fazerem mudanças na alimentação, nem no estilo de vida, levando uma vida sedentária sem exercícios físicos.

Em relação a ESF Pedro José dos Reis houve dificuldade de transmitir à população a necessidade de consultas periódicas, para otimizar seus tratamentos e alcançarmos o controle da patologia. O elevado número de consultas livre demanda acaba ocupando tempo das consultas que deviam ser agendadas, tornando a espera grande e a consulta rápida e de qualidade inferior ao que deveria. Assim, tal fato desestimula o paciente, em sua maioria idosa, a ir com a frequência necessária à unidade de saúde.

6.5 Seleção dos Nós Críticos

- Triagem com acolhimento - ter acolhimento ao realizar a triagem, fazendo os casos não graves retornarem quando houver vaga, sem sobrecarregar a qualidade das consultadas necessárias.
- Participação das ACS - utilizar as ACS para agendar consultas dos moradores que necessitam e cobrar que compareçam para um cuidado continuado. Então, os casos crônicos e mais graves começariam a ser controlados e, com algum tempo, poderíamos atender com mais qualidade e quantidade as consultadas espontâneas.
- Ampliar o nível de informação/conscientização da população sobre saúde, organizando grupos operatórios para explicar a importância do acompanhamento e sanar as principais dúvidas.

6.6 Desenho das Operações

Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “dificuldade em realizar acompanhamento de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos Reis, município de Padre Carvalho, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Triagem e acolhimento
Operação	Ouvir +
Projeto	Realizar uma “pré consulta” para definir a necessidade de um paciente.
Resultados esperados	Diminuir as consultas desnecessárias.
Produtos esperados	Triagem bem feita capaz de orientar bem o paciente e/ou solucionar seu problema.
Recursos necessários	Cognitivo> entender a queixa do paciente. Organizacionais> sala para triagem.
Recursos críticos	Cognitivo> capacitar a equipe para triagem. Organizacional> sala para bom acolhimento.
Controle dos recursos críticos	Equipe de saúde da ESF.
Ações estratégicas	Melhorar a triagem. Capacitação técnicas de enfermagem.
Prazo	02 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica, enfermeira e técnicas de enfermagem.

Fonte: Autoria própria (2018).

Quadro 7: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “dificuldade em realizar acompanhamento de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos

Reis, município de Padre Carvalho, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Participação das ACS
Operação	Cuidar Melhor
Projeto	Agendar consulta de pacientes que necessitem cuidado continuado.
Resultados esperados	Agendamento de consultas. Melhor acompanhamento de casos crônicos.
Produtos esperados	Visitas domiciliares.
Recursos necessários	Cognitivo> entender quando e necessário a consulta. Econômicos> quantidade suficiente de ACS na comunidade. Político> contratar ACS.
Recursos críticos	Cognitivo> capacitar a equipe. Financeiro e Político> recurso para contratação de número suficiente de ACS para cobrir toda a comunidade.
Controle dos recursos críticos	Equipe de saúde da ESF. Secretaria de saúde e Setor Financeiro.
Ações estratégicas	Organizar reuniões de capacitação. Apresentar a proposta a Secretaria.
Prazo	04 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica, enfermeira, ACS. Secretaria de saúde e setor financeiro.

Fonte: Autoria própria (2018)

Quadro 8: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “dificuldade em realizar acompanhamento de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos Reis, município de Padre Carvalho, estado

de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Nível de informação e conscientização da população sobre saúde
Operação	Mais Saúde
Projeto	Realizar grupos operativos para orientação à saúde e cuidados na HAS e outras dúvidas
Resultados esperados	Acompanhamento da patologia. Melhor adesão ao tratamento.
Produtos esperados	Grupos Operativos.
Recursos necessários	Cognitivos> transmitir conhecimento. Organizacionais> sala para realizar reuniões.
Recursos críticos	Cognitivo> organização e planejamento de grupos operativos voltados para as principais patologias crônicas. Organizacional> sala para realizar grupo.
Controle dos recursos críticos	Equipe de saúde da ESF.
Ações estratégicas	Planejar grupos operativos.
Prazo	02 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica, enfermeira e técnicas de enfermagem.

Fonte: Autoria própria (2018).

6.7 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações

Quadro 9: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos, relacionado ao problema “dificuldade em realizar acompanhamento de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos Reis, município de Padre Carvalho, estado de Minas Gerais.

Operação/Projeto	Recursos necessários
Ouvir + / Realizar uma “pré consulta” para definir a necessidade de um paciente.	Cognitivo> entender a queixa do paciente. Organizacionais> sala para triagem.
Cuidar Melhor / Agendar consulta de pacientes que necessitem cuidado continuado.	Cognitivo> entender quando e necessário a consulta. Econômicos> quantidade suficiente de ACS na comunidade. Político> contratar ACS.
Mais Saúde / Realizar grupos operativos para informações e duvidas	Cognitivos> transmitir conhecimento. Organizacionais> sala para realizar reuniões.

Fonte: Autoria própria (2018).

6.8 Análise da Viabilidade do Plano

Quem planeja uma estratégia, segundo Campos, Faria e Santos (2010) não tem o controle absoluto de todos os recursos necessários. Por esse motivo, ele precisa identificar os atores que controlam esses recursos, buscando analisar seu provável posicionamento com relação ao problema para que possa definir operações/ações estratégicas com real capacidade e viabilidade para a execução do plano, ou seja, motivar o ator que controla os recursos críticos.

Quadro 10: Propostas de ações para a motivação dos atores da equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos Reis, município de Padre Carvalho, estado de Minas Gerais.

OPERAÇÕES/ PROJETOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		AÇÕES ESTRATÉ- GICAS
		ATOR QUE CONTROLA	MOTIVA- ÇÃO	
Ouvir + / Realizar uma “pré consulta” para definir a necessidade de um paciente.	Cognitivo> entender a queixa do paciente. Organizacionais> sala para triagem.	Equipe de Saúde.	Favorável.	Melhorar a triagem. Capacitação técnicas de enfermagem.

Cuidar Melhor / Agendar consulta de pacientes que necessitem cuidado continuado.	Cognitivo> entender quando e necessário a consulta. Econômicos> quantidade suficiente de ACS na comunidade. Político> contratar ACS.	Secretaria Municipal de Saúde. Setor financeiro. Equipe de Saúde.	Favorável.	Organizar reuniões de capacitação. Apresentar a proposta a Secretaria.
Mais Saúde / Realizar grupos operativos para informações e duvidas	Cognitivos> transmitir conhecimento. Organizacionais> sala para realizar reuniões.	Equipe de Saúde.	Favorável.	Planejar grupos operativos.

Fonte: Autoria própria (2018).

6.9 Proposta de Intervenção

Nesta etapa, segundo Campos, Faria e Santos (2010) são designados os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além disso, são definidos os prazos para o cumprimento das ações que se fazem necessárias. Os responsáveis devem ser integrantes do grupo, pois, a eles compete garantir que todas as ações planejadas serão executadas. Isto não significa que deverá executá-las sozinho e sim, acompanhar a sua execução, apoiando os membros da equipe.

Quadro 11: Proposta de Intervenção para o problema “dificuldade em realizar acompanhamento de pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde Campo Vacarias- ESF Pedro José dos Reis, município de Padre Carvalho, estado de Minas Gerais.

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Ouvir + / Realizar uma “pré consulta” para definir a	Diminuir as consultas desnecessárias.	Triagem bem feita capaz de orientar bem o	Melhorar a triagem. Capacitação técnicas de	Médica, enfermeira e técnicas de	02

necessidade de um paciente.		paciente e/ou solucionar seu problema.	enfermagem.	enfermagem.	meses
Cuidar Melhor / Agendar consulta de pacientes que necessitem cuidado continuado.	Agendamento de consultas. Melhor acompanhamento de casos crônicos.	Visitas domiciliares	Organizar reuniões de capacitação. Apresentar a proposta a Secretaria.	Médica, enfermeira, ACS. Secretaria de saúde. Setor financeiro.	04 meses
Mais Saúde / Realizar grupos operativos para informações e duvidas	Acompanhamento da patologia. Melhor adesão ao tratamento	Grupos Operativos.	Planejar grupos operativos.	Médica, enfermeira e técnicas de enfermagem	02 meses

Fonte: Autoria Própria (2018).

6.10 Gestões do Plano de Ação

Para o acompanhamento do projeto serão realizadas reuniões mensais. É importante que as ações estratégicas sejam sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas possam ser detectados e corrigidos no menor tempo possível. O sistema de gestão deve garantir, além disso, a eficiente utilização dos recursos, com plena comunicação entre os planejadores e executores. O comprimento do prazo e a participação dos envolvidos deverá ser observada, assim como a satisfação da população deverá ser avaliada durante os grupos operativos realizados ou qualquer momento de acordo com sugestões/reclamações recebidas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo observou que a HAS apresenta destaque como epidemia no mundo moderno e de acordo com o desenvolvimento deste, as doenças se incrementam nos dias atuais e vem se tornando um grande problema de saúde tanto nos países desenvolvidos como naqueles em via de desenvolvimento.

Durante o desenvolvimento deste projeto a equipe realizou um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência da ESF Pedro José dos Reis, e permitiu refletir sobre como seu processo de trabalho pode ser melhorado a fim de buscar uma solução para tais problemas.

O estudo permitiu-nos buscar conhecimento sobre a realidade da área de abrangência da comunidade de Campo Vacarias, zona rural do município de Padre Carvalho- MG, com relação aos fatores de risco, as complicações da HAS e as mudanças de vida que o diagnóstico de HAS acarreta à vida de cada um. Foi possível também perceber as dificuldades da equipe em lidar com o problema e a importância que existe de preparar os profissionais e a ESF para dar um apoio maior e necessário aos pacientes com hipertensão.

Com base no trabalho, concluiu-se que:

- A HAS apresenta grande incidência na área de abrangência da equipe;
- Para reduzir o índice de agravamento do problema é necessário levar conhecimento aos pacientes e suas famílias. Assim, inclusive a própria equipe de saúde será beneficiada por melhorar sua relação com os pacientes e por uma facilitação no manejo dos casos mais complicados;
- É necessário envolvimento e empenho da equipe de saúde para incentivar à comunidade;
- É necessária a articulação de estratégias e de diferentes setores sociais, para a realização das ações conjuntas;
- Espera-se que esta proposta de intervenção possibilite uma redução da morbidade e mortalidade relacionada com a hipertensão e melhora na qualidade de vida dos portadores da doença na ESF Pedro José dos Reis.

Enfim, a proposta de intervenção do presente estudo, prevê medidas simples, voltadas para a melhoria de ações ofertadas e considera que o envolvimento dos profissionais e da população, diretamente envolvida no cumprimento de todas as metas, trará um atendimento eficaz e melhor qualidade para esse público.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. F. *et al.* Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol Teor Prat**, 2011; 13(3): 152-66.

AVILA, A. *et al.* Jornal Brasileiro de Nefrologia: Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.** vol.32, supl.1 São Paulo Sept. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000500003&script=sci_arttext Acesso em: 20/01/2018.

AZEVEDO, V. M. *et al.* Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.15 n.1 Brasília mar. 2006 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000100003> Acesso em 22/01/2018

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. 4ª edição revista e atualizada. Rio de Janeiro: ANS, 2011, 244p.

BRASIL. Hipertensão Arterial. **Caderno de Atenção Básica n.15**. Brasília – DF. 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acesso em: dezembro de 2017.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: janeiro de 2018.

COLOMBO, F. C. Hipertensão arterial na mulher. In: Paola AAV, Barbosa MM, Guimarães JI. **Cardiologia: livro texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. São Paulo: Manole; 2011. p. 628-30.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.** vol.62 no.1 Brasília Jan./Feb. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017. Acesso em: 20/01/2018.

GELEILETE, T. J. M.; NOBRE, F.; COELHO, E. B. Abordagem inicial em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.15, n. 1, p. 10-16, 2008.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Rev Panam Salud Publica**. 2015;37(2):83-9

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Padre Carvalho. Brasília, [online], 2016b. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 19 maio, 2017.

KOHLMANN JUNIOR, O.; GUIMARÃES, A.C.; CARVALHO, M.H.C.; CHAVES JUNIOR, H.C.; MACHADO, C.A.; PRAXEDES, J.N.; SANTELLO, J.L.; NOBRE, F.; JUNIOR MION, D. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, vol.43 no.4 São Paulo Aug. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004. Acesso em: 18/02/2015.

LIMA, S.M.L.; PORTELA, M.C.; KOSTER, I.; ESCOSTEGUY, C.C.; FERREIRA, V.M.B.; BRITO, C. VASCONCELOS MTL. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad Saúde Pública** 2009; 25(9):2001-2011.

MACHADO, J.C.; COTTA, R.M.; MOREIRA, T.R.; DA SILVA, L.S.; Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2):611-620, 2016.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MOREIRA, J. P. L.; MORAES JR, L. R. R. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública** 2013; 29(1): 62-72.

NOBRE, F. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, abril/2010.

PINHEIRO, P. Sintomas da Hipertensão. **MD Saúde**. Disponível em <<<http://www.mdsaude.com/2009/02/insuficiencia-cardiaca.html>>> Acesso em janeiro de 2018. 999363455

PINHEIRO, P. Hipertensão Arterial: sintomas, causas e tratamento. **MD Saúde**. Disponível em <<<http://www.mdsaude.com/2009/02/insuficiencia-cardiaca.html>>> Acesso em janeiro de 2018.

REUTER, E. M. *et al.* Obesidade e hipertensão arterial em escolares de Santa Cruz do Sul - RS, Brasil Revista da Associação Médica Brasileira. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.58 no. 6 São Paulo Nov./Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-> Acesso em: 22/01/2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Revista Hipertensão**, volume 1 – 2013. XXI congresso brasileiro de hipertensão 2013. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/revistas-2013.asp>. Acesso em: janeiro de 2018.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **Rev Esc Enferm USP**. 2016;50(1):50-8

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2007. Acesso em: 25/03/2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**, 2016. Disponível em
<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>
Acesso em: janeiro de 2018.

WEBER, M.A.; SCHIFFRIN, E.L.; WHITE, W.B.; MANN, S.; LINDHOLM, L.H.; KENERSON, J.G. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. **J Clin Hypertens** 2014; 16(1):14-26.

WOTTRICH, S. H. *et al*. Gênero e manifestação de stress em hipertensos. **Estud Psicol** (Campinas) 2011; 28(1): 27-34.