

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

JAZON GUILHERME BARBOSA

**IDENTIFICACAO, CLASSIFICACAO E ACOMPANHAMENTO
INDIVIDUALIZADO AO HIPERTENSO DA UBS PALMEIRINHA,
MUNICIPIO DE JUNQUEIRO, ALAGOAS**

**MACEIÓ/ALAGOAS
2016**

JAZON GUILHERME BARBOSA

**IDENTIFICACAO, CLASSIFICACAO E ACOMPANHAMENTO
INDIVIDUALIZADO AO HIPERTENSO DA UBS PALMEIRINHA,
MUNICIPIO DE JUNQUEIRO, ALAGOAS**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**MACEIÓ/ALAGOAS
2016**

JAZON GUILHERME BARBOSA

**IDENTIFICACAO, CLASSIFICACAO E ACOMPANHAMENTO
INDIVIDUALIZADO AO HIPERTENSO DA UBS PALMEIRINHA,
MUNICIPIO DE JUNQUEIRO, ALAGOAS**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof. _____

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Bruno Leonardo de Castro Sena pela dedicação na minha orientação.

À equipe de Saúde da UBS Palmeirinha que ajudou na formulação do trabalho.

Aos meus pacientes, sempre tão colaborativos.

À todos os professores do pólo de Maceió/AL.

DEDICATÓRIA

À minha incrível supervisora de prática prof^a. Roseane.

À equipe de Saúde da Família UBS Palmeirinha.

Aos usuários da Unidade de Saúde Palmeirinha.

Aos meus familiares e amigos.

“Sou o que quero ser, porque possuo apenas uma vida e nela só tenho uma chance de fazer o que quero. Tenho felicidade o bastante para fazê-la doce, dificuldades para fazê-la forte, tristeza para fazê-la humana e esperança suficiente para fazê-la feliz. As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas, elas sabem fazer o melhor das oportunidades que aparecem em seus caminhos.”

Clarice Lispector

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta incidência e prevalência na população, que deve ser tratada como problema de saúde pública. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia é uma doença crônica, cujo controle são essenciais para a prevenção de complicações, em longo prazo, relacionadas à morbidade e à mortalidade cardiovascular e cerebral, dentre outras. Apesar do grande avanço científico e tecnológico no manejo da hipertensão arterial ocorrido nos últimos anos, uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos, por não acreditarem na eficácia da medicação, dificuldade de se adaptarem aos horários dos medicamentos e as mudanças do estilo de vida (MEV), tornando a doença uma grande rival. Primeiramente foi desenvolvido um diagnóstico situacional, pelo método da estimativa rápida, para conhecer os problemas na área de abrangência da UBS Palmeirinha na cidade de Junqueiro/Al, depois foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Para a busca foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) como: educação em saúde, terapêutica e Estratégia Saúde da Família, e selecionados artigos relacionados ao tema publicados entre os anos de 2007 a 2013. Foi proposto um plano de ação, baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), seguindo a classificação dos pacientes de acordo com os critérios de riscos de Framingham, facilitando assim o acompanhamento dos mesmos. Por fim, este trabalho propiciou a diminuição dos níveis pressóricos dos clientes que aderiram a MEV melhorando a qualidade de vida, diminuindo os riscos de doenças cardiovasculares e obesidade. A participação da equipe multiprofissional da unidade foi fundamental para a concretização de todo o processo, sendo mediadores de incentivo e motivação perante os participantes. Assim, os resultados deste projeto foram alcançados, sendo todo realizado na sala de saúde da própria unidade, proporcionando a facilitação de cada etapa e o sucesso de sua abordagem não farmacológica aderida pela maioria dos clientes.

Descritores: Educação em Saúde; Terapêutica; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Systemic hypertension (SH) is a high incidence and prevalence in the population disease that should be treated as a public health problem. According to the Brazilian Society of Cardiology is a chronic disease for which control is essential to prevent complications in the long term, related to cardiovascular morbidity and mortality and brain, among others. Despite the great scientific and technological advancement in the management of hypertension occurred in recent years, one of the great current difficulties refers to patient compliance to established treatments, for not believing in the medication efficacy, difficult to adapt to the times of drugs and Lifestyle changes (SEM), making the disease a large rival. First we developed a situational diagnosis, the method of rapid assessment, to see the problems in the area covered by the UBS Palmeirinha in the city of Junqueiro / Al, then conducted a literature review in the databases Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Health Sciences (Lilacs). For the search, Descriptors in Health Sciences (DeCS) as: health education, therapy and Health Strategy, and selected items related to the subject published between the years 2007 to 2013. It was proposed a plan of action based on Situational Strategic Planning (PES), following the classification of patients according to risk criteria of Framingham, thereby facilitating monitoring. Finally, this work led to the decrease in blood pressure from customers that joined the SEM improving the quality of life, reducing the risks of cardiovascular disease and obesity. The participation of the multidisciplinary team unity was essential to the achievement of the whole process, being mediators of encouragement and motivation towards the participants. Thus, the results of this project have been achieved, and all done in the health room unit, providing the facilitation of each step and the success of their non-pharmacological approach adhered to by most customers.

Keywords: Health Education; Therapy; Health strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitárias de Saúde

DCV – Doença Cardiovascular

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DM - Diabetes Melitus

FR – Fatores de Risco

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corporal

MEV –Mudança de Estilo de Vida

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Assistência a Saúde da família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PSE - Planejamento Estratégico Situacional

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	18
3.1	Objetivo geral	18
3.2	Objetivos específicos	18
4	METODOLOGIA	19
5	REVISÃO DE LITERATURA	20
5.1	Hipertensão Arterial Sistêmica.....	20
5.2	Fatores de risco	21
5.3	Complicações da HAS.....	22
5.4	Importância da adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso	24
6	PLANO DE AÇÃO	26
6.1	Definição dos problemas	26
6.2	Priorização dos problemas	26
6.3	Descrição do problema selecionado	27
6.4	Explicação do problema	28
6.5	Seleção dos nós críticos	28
6.6	Desenho das operações	28
6.7	Identificação dos recursos críticos	30
6.8	Análise de viabilidade do plano	31
6.9	Elaboração do plano operativo	32
6.10	Gestão do plano	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	37

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças mais prevalentes do mundo, consistindo-se num dos maiores problemas de saúde pública. No Brasil, estudos realizados nos últimos 20 anos, considerando valores de pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg, apontaram para uma prevalência superior a 30% na população geral, em torno de 50% na população entre 60 e 69 anos e de 75% na população acima de 70 anos. Entre os sexos, a prevalência fica em torno de 35,8% para homens e 32,1% para mulheres (LOPES, 2013).

O desenvolvimento da HAS depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, embora ainda não seja completamente conhecido como estas ocorrem. Sabe-se, no entanto, que a doença é acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina-angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial. Assim a HAS resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular (MALTA *et al*, 2006).

Os principais fatores de risco para estratificação da HAS são: idade (homem > 55 anos e mulheres > 65 anos), tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus, história familiar positiva prematura para doença cardiovascular, obesidade, sedentarismo e sexo masculino. Com isso existem basicamente três tipos de HAS e em 90% dos casos a origem é idiopática, também chamada de hipertensão primária ou essencial, denominada assim pela dificuldade em se estabelecer a origem. Já a pressão sanguínea é um produto final mensurável de uma série de fatores complexos, incluindo aqueles que controlam o diâmetro dos vasos e sua responsividade, aqueles que controlam o volume do fluido no interior e fora do leito vascular e aqueles que controlam o débito cardíaco, sendo fatores interdependentes, não sendo fácil separar causa e efeito. E que os outros 10% dos casos são hipertensão arterial secundária (há uma anormalidade bem definida que leva secundariamente ao aumento da pressão arterial) e hipertensão sistólica isolada, comum em idosos pelo enrijecimento das artérias elásticas (LOPES, 2013).

Baseados nos dados do Projeto Diretrizes (2010) sobre essas informações veem que esses fatores têm contribuído para essa crescente mudança do perfil populacional sendo que a mudança do modelo de saúde é um deles, em que a população idosa é a mais afetada pela

doença. Uma característica marcante, por exemplo, são as doenças crônico-degenerativas, pois são elas que arrastam durante um longo período de tempo na vida do indivíduo, repercussões sistêmicas que levam a limitações funcionais graves, com perda da autonomia e independência.

A abundância do junco - utilizado largamente pelos moradores na fabricação de utensílios domésticos como; esteiras, colchões e outros- às margens da lagoa onde se formou o primeiro aglomerado populacional originou diretamente o nome do município. A exploração cresceu e os que passavam em direção à lagoa comentavam: "vamos para o junqueiro", referindo-se ao lugar onde eles extraíam o junco. Contam os mais antigos que, no tronco do ingazeiro foi encontrada uma cruz com um pequeno desenho da Divina Pastora em um dos braços. Neste local, anos depois, foi levantada a igreja que tem como padroeira a Divina Pastora. A paróquia, criada em setembro de 1912, teve como primeiro padre Antônio Procópio, natural do lugar. O município, antes povoado de Limoeiro de Anadia, foi criado pela Lei 379, de 15 de junho de 1903 e instalado em 31 de janeiro de 1904. Em 23 de fevereiro de 1932, através do decreto 1.619, foi suprimido e novamente anexado a Limoeiro. Entre 1932 e 1947 foram restauradas e suprimidas outras duas vezes. Foi definitivamente emancipado através do artigo 6º do ato das Divisões Transitórias da Constituição Estadual de 1947. Entre os festejos do município destacam-se também a festa da padroeira, Divina Pastora, e a da Emancipação Política do município, bastante movimentadas.

De acordo com os dados do IBGE:

- Do município: o município de Junqueiro está localizado na região centro-sul do Estado de Alagoas, limitando-se ao norte com os municípios de Limoeiro de Anadia e Campo Alegre, a sul com Teotônio Vilela e São Sebastião, a leste com Campo Alegre e Teotônio Vilela e a oeste com Arapiraca, Limoeiro de Anadia e São Sebastião.
- Área: 254 km², representando 0.915 % do Estado, 0.0163 % da Região e 0.003 % de todo o território brasileiro
- Clima: Temperado. Máxima de 35° C e mínima de 22° C.
- Altitude da Sede: 175m
- População: estimada em 2008 é de 25.175 habitantes.
- Economia: Agricultura, com destaque para o cultivo da cana-de-açúcar.

O Povoado de Palmeirinha, faz parte dos 42 povoados pertencentes a cidade de Junqueiro AL. Com uma população no total de 2404 habitantes, distanciando á pouco mais de

30 minutos do centro urbano. Sua população muito carente, vivem basicamente das atividades no campo. Com mais da metade da população inscrita em programas do governo federal como Bolsa Família (51,24% do números de famílias). A estrutura sanitária deixa a desejar, já que 59,39% da população tem acesso a água através de Poços ou nascentes. Já o esgoto 93,65% da população utiliza o método de fossa. A principal forma de eliminar o lixo é através de queimadas ou aterros. A energia elétrica chega a 99,03% dos habitantes. No povoado encontra-se escolas apenas de ensino fundamental, igrejas, campos de futebol e praças. A população conserva hábitos e costumes próprios e tradicionais dos moradores rurais alagoanos.

A unidade central encontra-se no povoado da Palmeirinha, um imóvel construído para ser a unidade, possui boa estrutura. Pelo fato da área ser muito grande, existem mais três apoios Barro Vermelho, Baixa fria e Coroa de Areia. Baixa Fria seria o apoio com a pior infraestrutura, casa adaptada para funcionar o posto de saúde. A distancia de um apoio a outro é longa, dificultando o trabalho da equipe, as reuniões e atividades de promoção de saúde acontece em cada apoio de forma distinta, dando a ideia de que na verdade cada apoio seria uma Unidade.

A equipe da UBS Palmeirinha e formada pelos profissionais a seguir:

- Jazon Guilherme, médico participante do Provac, natural de Minas Gerais.
- Sarah, enfermeira, pós graduanda em obstetrícia, este emprego esta sendo sua primeira experiência no Programa de Saúde da Família.
- Genival, dentista, está trabalhando a um bom tempo na unidade.
- Nilda, auxiliar de enfermagem, talvez seja a profissional mais antiga da unidade, concursada na área da educação esta em desvio de função na saúde.
- Maria de Fátima, auxiliar de dentista.
- Rosilene (Lena), serviços gerais, a primeira a chegar na unidade, ela quem abre o posto todos os dias.
- Claudinete (Nete), agente comunitária de saúde da microrregião 1, concursada.
- Rosinete (Deta), agente comunitária de saúde da microrregião 2, concursada.
- Jeane Maria (Gel), agente comunitária de saúde da microrregião 3, concursada.
- Ana Lécia, agente comunitária de saúde da microrregião 4, concursada.
- Maria Edijane, agente comunitária de saúde da microrregião 5, concursada.
- Cristiano (Cris), agente comunitário de saúde da microrregião 6, concursado.
- Gileno, agente comunitário de saúde da microrregião 7, concursado.

- Josefa Rosiane (Rosinha), agente comunitária da microrregião 8, concursada.

Todos os ACS são moradores do Povoado, o que aproxima muito a equipe da população. Temos como apoios:

✓ Baixa Fria:

- Maria Célia, auxiliar de enfermagem.
- Maria Juliana, serviços gerais

✓ Barro Vermelho:

- Josefa Cicera, auxiliar de enfermagem.
- Edpo, serviços gerais.

✓ Coroa de Areia:

- Gracineide, serviços gerais.

✓ No apoio da Coroa de Areia esta em falta um auxiliar de enfermagem.

- Genival (Seu Geni), motorista.

Funcionamento e dia-a-dia da Unidade:

A agenda da unidade de saúde do Povoado da Palmeirinha é feita conjuntamente, eu e a enfermeira. Conseguimos atuar bem, atendendo grande parte da população, atingindo metas e melhorando a saúde do território de maneira geral, tendo sempre como dificuldade a distância entre os pontos de apoio e a difícil locomoção entre eles (todo o território é dividido em uma Unidade Central e 3 pontos de apoio: Barro Vermelho, Coroa de Areia e Baixa Fria). É constituída basicamente de 18 atendimentos programados por dia, e 3 de demanda espontânea. Foi estipulado assim para que o tempo de cada consulta possa oferecer uma qualidade e abrangência adequada aos pacientes. O funcionamento do PSF é de 08hs às 15hs. As visitas domiciliares são destinadas ao turno a dias específicos da agenda, ou de acordo com a necessidades dos nossos pacientes.

Na unidade há uma abordagem significativa para puericultura e pré-natal, devido a grande demanda de gestantes e crianças na área, e isso faz com que seja necessário estabelecer períodos definidos para esses tipos de acompanhamento. Portanto, trabalhamos com mais evidência na atenção programada, puericultura e pré-natal e de acordo com a vontade do paciente e avaliação realizada pelas ACS ao se deparar com a realidade de cada paciente, já que não realizamos classificação de Manchester para priorizar o atendimento.

Os casos agudos são remanejados nessas 03 consultas/dia disponíveis, e se preciso algumas terapias são feitas na sala de observação. Em urgências maiores, os usuários são encaminhados ao hospital para conduta adequada, melhorando o prognóstico do paciente.

Em relação às condições crônicas temos boa aceitação dos pacientes que são acompanhados de maneira longitudinal, assim, evitando que venham a ter períodos de agudização da patologia. Por essa facilidade estamos discutindo em estabelecer um período para fazer consultas subsequentes para hipertensos já que se trata de uma das maiores demandas/problemas do território e pela boa aceitação dos usuários. Pensando ainda nessas condições realizamos sempre a sala de espera, onde eu, a enfermeira e os ACS's ministramos pequenas palestras sobre um determinado tema (exemplo: Auto exame de mamas, Tuberculose, etc) esses momentos são de grande importância devido a distribuição de conhecimento e para manter uma melhor aproximação do paciente com a sua saúde.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), conhecida popularmente como pressão alta, é uma síndrome muito comum na população, constituindo um sério problema de saúde pública no mundo. Síndrome porque não envolve somente aumento dos níveis tensionais, mas várias repercussões sistêmicas (coração, cérebro, rins). Na maior parte das vezes é assintomática, dificultando um diagnóstico precoce e o tratamento, levando a complicações que podem ser fatais. É interessante ressaltar que muitos médicos, na sua prática clínica, não abordam a existência de fatores de risco ou abordam de forma insatisfatória e não fazem a aferição da pressão arterial, dificultando ainda mais o diagnóstico (MANO, 2007).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) é uma doença crônica, cujo controle é essencial para a prevenção das complicações, em longo prazo, relacionadas à morbidade e à mortalidade cardiovascular e cerebral, dentre outras.

De acordo com Gusso (2012) é uma doença que tem tratamento, que se baseia em medidas não farmacológicas e farmacológicas. Em relação aos cuidados não farmacológicos, os objetivos referem-se às MEV, o que inclui os cuidados com dieta com restrição de sal, redução de peso, atividade física regular, abandono do tabagismo e do álcool. Dentre as medidas farmacológicas, há inúmeras classes de anti-hipertensivos disponíveis, variando o seu mecanismo de ação, a sua potência, posologia e efeitos adversos.

O diagnóstico e o tratamento adequados proporcionam menores gastos com internações, invalidez, hemodiálise, bem como a assistência às cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais e suas sequelas, reduzindo também a procura aos serviços de emergência (BRASIL, 2006)

Vivenciamos esse problema frequentemente em nossa prática profissional, sendo prevalente na população de baixa renda e baixa escolaridade, e outros problemas também foram identificadas com o levantamento do estudo na população atendida, dentre os quais podemos citar: pacientes hipertensos com difícil controle da pressão arterial (HAS mal controlada), alta dependência aos antidepressivos, pacientes diabéticos com difícil controle glicêmico, ausência de planejamento familiar e inexistência de rede de esgoto.

Assim, a proposta foi inicialmente realizada de forma ativa, convidando todos usuários acometidos ou com predisposição à doença, através de acompanhamentos feitos pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Esses pacientes passarão por uma consulta específica onde serão estratificados segundo os Critérios de riscos de Framingham. Após orientações necessárias aos mesmos, consultas médicas serão previamente agendadas segundo a

classificação. Pacientes de baixos riscos comparecerão de 4 em 4 meses, moderados riscos de 3 em 3 meses e de 2 em 2 meses serão as consultas dos riscos mais elevados, para que seja abordado mais intimamente o uso das medicações e suas interações, a importância da atividade física e de estabelecer medidas de mudanças comportamentais, análise de exames complementares de rotina, referências à serviços especializados e demais dificuldades que cada hipertenso trará a cada encontro. Desta forma, pretendeu-se desenvolver um plano de ação para promover ações de conscientização em relação às MEV, visando reduzir a alta prevalência de pacientes hipertensos não controlados na área de abrangência do UBS Palmeirinha no município de Junqueiro/AL.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de ação para identificar, classificar e acompanhar de maneira mais individualizada o paciente hipertenso da UBS Palmeirinha em Junqueiro/AL.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar se o exercício físico aeróbico de baixa e média intensidade influencia nos valores pressóricos de idosos hipertensos;
- Promover ações de educação em saúde buscando a prática de hábitos de vida e nutrição saudáveis, e na manutenção dos níveis pressóricos dentro da normalidade.
- Fazer acompanhamento de todos os hipertensos, inclusive daqueles que mantêm níveis pressóricos desejáveis.

4. METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS Palmeirinha no município de Junqueiro/Al, através da coleta de dados do Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB/E-SUS), participação da comunidade, reunião da equipe de saúde da família e ainda da observação ativa da área. Após a realização do diagnóstico situacional a equipe priorizou o problema da HAS não controlada como forma de identificar, classificar e acompanhar de maneira mais individualizada esses pacientes.

Depois foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados como Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Para a busca foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) como: educação em saúde, terapêutica e Estratégia Saúde da Família.

Por fim foi apresentada a proposta de um plano de ação através do método “Planejamento Estratégico Situacional (PES)” (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010) para promover ações de conscientização em relação à educação e prevenção de saúde, especificamente a HAS, visando reduzir a alta prevalência desta doença considerada crônica, na população de abrangência da UBS Palmeirinha no município de Junqueiro/Al,

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma doença de alta incidência e prevalência na população, de fácil diagnóstico, que deve ser controlada e tratada, para que não leve a consequências deletérias, tais como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, retinopatias, dentre outras. É a principal causa de mortalidade cardiovascular no mundo, e o maior problema é que a população não tem consciência de que a doença mais traiçoeira é esta doença. (BRASIL, 2006)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), as recomendações relacionadas à HAS, nas próximas duas décadas, ocupará a liderança das causas de incapacidade. Esta doença crônica tem sido considerada, pelos mais diversos estudos, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações como a doença arterial coronária e doença cerebrovascular. Dessa forma torna-se primordial promover a prevenção primária básica, através do controle dos fatores de risco modificáveis, diagnóstico precoce e estabelecimento de tratamento precoce e eficaz, consequentemente levando a um bom controle da hipertensão arterial.

Pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) considera a HAS uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Tendo alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Ainda pelas Diretrizes, um estudo com inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres.

Para Lopes (2013) os profissionais de saúde desempenham um papel muito importante na assistência à população hipertensa. Entretanto afirma que nem sempre o profissional de saúde tem conhecimentos e habilidades suficientes para lidar com as diferentes situações que podem servir de obstáculo às medidas terapêuticas bem-sucedidas, principalmente no que refere à medida da pressão arterial. Com isso, necessita de reavaliar a medida do paciente constantemente para dar seguimento no tratamento. Assim, após a primeira medida da PA é verificada a sistólica e diastólica dando seguimento a conduta (Quadro 1):

Quadro 1: Reavaliação da PA, de acordo com os valores pressóricos normais, sob a primeira medida da Pressão Arterial.

SISTÓLICA	DIASTÓLICA	SEGUIMENTO
<130	<85	Reavaliar em 1 ano Estimular MEV*
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses Insistir em MEV*
140-159	90-99	Confirmar em 2 meses
160-179	100-109	Confirmar em 1 mês
≥180	≥110	Medicamento imediato Reavaliar em 7 dias

* MEV (Mudança do Estilo de Vida).

Fonte: Lopes et al., (2013).

A elevação da pressão arterial é um sinal de manifestação de doença específica na hipertensão arterial (HAS) secundária, que responde por 5% dos casos. Nos casos de HAS primária ou essencial, é sinal de que um conjunto de fatores compromete o sistema cardiovascular e responde pelos demais 95% dos casos de HAS (TOMASII, 2012).

5.2 Fatores de Risco

Em alguns estudos mostram que a distribuição dos fatores de risco (FR) para HA em grupos populacionais é uma das estratégias para a redução desse importante problema de saúde pública.

De acordo com o estudo de Cipullo (2010) temos como principais fatores de risco: obesidade, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, alcoolismo, assim como daqueles FR que potencializam os efeitos da HA no risco cardiovascular, como é o caso do tabagismo. No Brasil, a prevalência de hipertensão e os fatores de risco associados têm sido avaliados desde o fim da década de 70, com uma ampla variação entre os diferentes estudos. Essa disparidade provavelmente resulta da falta de padronização da metodologia e critérios de seleção dos indivíduos analisados. Outro possível fator é a grande heterogeneidade entre diferentes regiões do país, com áreas desenvolvidas e em desenvolvimento coexistindo. Além disso, os estudos disponíveis não analisaram completamente os vários fatores envolvidos na gênese da hipertensão, especialmente a associação entre a pressão arterial, excreção urinária de sódio e disfunção renal. Assim, o presente estudo embasado em diversas referências mostrou que a prevalência aumentou com a idade e era mais alta em indivíduos com baixo nível educacional. Índice de massa corporal e circunferência abdominal aumentadas estavam positivamente associados com uma maior prevalência de HAS. Havia uma associação positiva significativa entre HAS e excreção urinária de sódio. Os indivíduos hipertensos apresentavam maior frequência de disfunção renal, definida como clearance de creatinina.

A elevação da PA representa um fator de risco independente, linear e contínuo para a doença cardiovascular. A HAS apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular periférica. Além do componente genético, fatores ambientais e comportamentais têm uma relevante participação no desenvolvimento da HAS. O estilo de vida e hábitos alimentares inadequados podem ser responsabilizados pela presença desta morbidade em grande número dos casos. No Brasil, como em todo o mundo, diversos estudos epidemiológicos têm associado os níveis de PA a características sócias demográficas (como faixa etária, grupo étnico, nível socioeconômico), consumo de álcool, ingestão de sódio, estresse, diabetes, obesidade e sedentarismo. Existem ainda alguns fatores de risco que interagem com a PA e aumentam a possibilidade de doenças cardiovasculares, como é o caso do tabagismo e das dislipidemias (NASCENTE, 2009).

5.3 Complicações da HAS

De acordo com o MS (2006), afirma que primeiramente, o diagnóstico precoce de HAS evita desenvolvimento de lesões irreversíveis em órgãos-alvo. Deve-se ter em mente que

os objetivos de uma correta avaliação clínico-laboratorial visam confirmar a elevação persistente da pressão arterial (uma medida não é suficiente para o diagnóstico), avaliar possíveis lesões de órgãos-alvo, identificação de todos os fatores de risco para as doenças cardiovasculares e diagnósticos etiológico da HAS. O estado hemodinâmico do paciente, as alterações cardíacas, renais e cerebrais devem ser sempre cuidadosamente avaliadas. Deve-se sempre orientar o paciente para a importância do controle da pressão arterial, uma vez que, a HAS é uma síndrome insidiosa e geralmente assintomática, o que pode levar o paciente a subestimar sua condição. O controle adequado da HAS visa à redução de complicações, internamentos e mortes a ela relacionadas, redução da sua prevalência, com redução de gastos e melhora da qualidade de vida do paciente.

Sobre a diminuição das complicações é de suma importância a introdução de estratégias medicamentosas e não medicamentosas como já vem sido dito até o momento. A MEV é entusiasticamente recomendada na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. Já em relação ao uso de medicamentoso no manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da PA recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular, tendo como objetivo avaliar a eficácia e a segurança de medicamentos na prevenção da HAS (PROJETO DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO, 2010).

Mostra-se que questões importantes, como a busca de estabilidade no campo profissional, nas relações pessoais, dentre outros, tornam os adultos jovens vulneráveis ao consumismo contemporâneo, que, com sua influência, interfere nos comportamentos de saúde. É o marketing da indústria de consumo e lazer interferindo na cultura do autocuidado. Estima-se que teremos um número de 36 milhões de mortes prematuras até o ano de 2015. Com especial atenção aos países em desenvolvimento, que, ao contrário dos desenvolvidos, têm sua população doente cada vez mais jovem, frequentemente com complicações e mortes precoces (MOREIRA, 2010).

Outro estudo realizado por Alencar (2014) apresentou fortes evidências no sentido de que as DCV manifestadas na idade adulta resultam de complexa interação entre uma variedade de fatores de risco que podem ter origem na infância e na adolescência. Detectar

precocemente a presença de FR no jovem possibilita o planejamento e a implementação de programas intervencionistas preventivos direcionados à redução da probabilidade de manifestação das DCV no futuro. A agregação desses fatores relacionados ao tempo leva ao desenvolvimento de alterações cardiovasculares ainda na população de adultos jovens (20-24 anos), fato comprovado em alguns estudos.

5.4 Importância da adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso

Pela alta morbidade e mortalidade decorrente das complicações ocasionadas pela HAS, é necessário que o paciente faça o controle adequado de sua PA por meio do uso de terapias, medicamentosas e não medicamentosas. A terapia não medicamentosa consiste em MEV que devem enfatizar a prática regular de atividades físicas, perda de peso, dieta com pouco sódio e gordura, sem consumo de bebidas alcoólicas e cigarro e gerenciamento do estresse. Tais medidas simples em pacientes saudáveis podem postergar o aparecimento dessa doença. A terapia medicamentosa pode ser realizada com uma variedade de classes de medicamentos anti-hipertensivos e suas associações. Esses grupos terapêuticos são representados por diuréticos, drogas que reduzem a atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona, vasodilatadores de ação direta, betabloqueadores e drogas simpatolíticas de ação central e periférica. Embora o arsenal de drogas anti-hipertensivas, os profissionais de saúde continuam esbarrando em um grave problema: a falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não. A adesão ao tratamento é complexa e vários fatores podem estar associados, dependendo de características do usuário e da doença, hábitos culturais e de vida, tratamento medicamentoso, dificuldades institucionais, e ainda, problemas relacionados com a equipe de saúde (DEMONER, 2012).

Em relação aos estudos de GREZZANA *et al* (2013) a uma baixa taxa de adesão ao tratamento medicamentoso, sendo uma das principais causas de inadequado controle da hipertensão arterial. Assim, nesse estudo mostrou que hipertensos que abandonaram o tratamento apresentaram risco de síndrome coronária aguda três vezes superior aos pacientes que mantiveram o tratamento anti-hipertensivo⁸. Também podemos observar a importância da não aderência ao tratamento anti-hipertensivo como uma das responsáveis pelas altas taxas de doenças cerebrovasculares em nosso país.

Em estudo com uma amostra de 639 indivíduos, mostrou uma predominância do sexo feminino, idade entre 40 e 59 anos, baixa escolaridade, houve uma prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso de 63,5%. Após análise ajustada, permaneceram associados a

não adesão por razões de: não ser acompanhado pelo agente comunitário de saúde, ter tido descontinuidade no acesso aos medicamentos e a elevada frequência de utilização dos medicamentos ao longo do dia. Os resultados indicam uma alta prevalência da não adesão com possíveis impactos negativos para os indivíduos e para a sociedade (REMONDI, 2014).

Evidências científicas mostrou que 16,17% de importância da atividade física, tanto na prevenção quanto no retardo do aparecimento das doenças crônicas, são cada vez mais frequentes. No entanto, os níveis de atividade física geral e também no lazer, em que os benefícios de prevenção poderiam ser potencializados, em diversas partes do mundo, ainda são muito baixos 18,19%. Existem ainda evidências de que os níveis populacionais de atividade física estão caindo, especialmente entre crianças e adolescentes 20%. A importância do conhecimento da população sobre o papel da atividade física na prevenção à hipertensão arterial e ao diabetes é um dos possíveis caminhos para a adoção de um estilo de vida mais ativo, no intuito de promoção da qualidade de vida, aumento das condições de saúde e redução de gastos públicos paliativos com o tratamento destas doenças 21,22%. E mesmo nos casos de indivíduos já doentes, sabe-se que o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial 23,24% é capaz de reduzir as complicações futuras com o curso natural dessas doenças (KNUTH, 2009).

Em determinado estudo avaliou o estado nutricional de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia em uma unidade de saúde em uma cidade do Paraná, bem como conhecer os hábitos alimentares e o perfil sócio demográfico dos pacientes, propondo estratégias que visaram o controle e/ou à prevenção das complicações cardiovasculares, melhorando, com isso, a qualidade de vida desses indivíduos. Mostrou que apesar da elevada taxa de indivíduos que relataram o cuidado alimentar, verificou se um consumo relevante de alimentos gordurosos nas refeições, principalmente referentes ao consumo diário de banha, margarina, frituras e queijo, os quais, além de apresentar elevado teor de gordura, também contêm elevado teor de sódio. A ingestão de gorduras em portadores de HAS deve ser reduzida para prevenção de suas complicações, tais como doenças coronárias, e porque também pode favorecer o surgimento de obesidade, que, por si só, eleva os valores tensionais. Por outro lado, observou-se baixo consumo de alimentos embutidos (mortadela, salsicha, presunto, linguicinha, salame). Isso pode ter ocorrido por causa da alimentação restrita em sal, como referida pelos entrevistados, ou do maior custo desses alimentos, uma vez que se trata de uma população de baixa renda (PIATI, 2009).

6. PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Através da realização do diagnóstico situacional na área de abrangência da UBS Palmeirinha, foi possível identificar os principais problemas que acometem a região. De acordo com os dados do Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB/E-SUS), entrevistas com informantes chave e observação ativa da área, a equipe listou os principais problemas:

- Início assintomático, agravando o quadro;
- Tratamento realizado de forma incorreta;
- Dificuldade de aceitação da doença pelo paciente se não tratada;
- Nível de escolaridade baixo ou analfabetismo, apesar de que a hipertensão existe em todas as classes;
- Seguimento do tratamento interrompido por motivos variados;
- Não procura inicial pela equipe de saúde, chegando já em estágio mais avançado da HAS.

6.2 Priorização dos problemas

“Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.)” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.59). Como critérios para seleção dos problemas, a equipe considerou a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los. Com base nessas informações, os problemas identificados foram analisados e selecionados quanto à prioridade (Quadro 2).

Quadro 2 - Priorização dos problemas selecionados.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
HAS não tratada	Alta	9	Parcial	1
Tratamento incorreto ou interrompido	Alta	9	Parcial	2
Não aceitação ao tratamento	Alta	8	Parcial	3

não farmacológico				
Problemas socioculturais	Alta	7	Parcial	4
Uso de drogas ilícitas	Alta	6	Parcial	5
Ausência de área de lazer/esportes	Alta	5	Fora	6

Fonte: Autoria própria (2015)

6.3 Descrição do problema selecionado

Para apontarmos a dimensão do problema e entender como ele se apresenta na UBS Palmeirinha foi necessário descrevê-lo. Esse passo é considerado importante em um plano de ação para afastar qualquer ambiguidade diante do problema e para obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dentre os problemas selecionados a equipe priorizou na identificação, classificação e acompanhamento de maneira mais individualizada, pois entre as consequências da má adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológicas estão as complicações e a morbimortalidade. O quadro 3 apresenta a descrição do problema selecionado.

Quadro 3 - Descritores do problema priorizado.

Descritores	Valores	Fontes
Mulheres cadastradas	1238	SIAB
Homens cadastrados	1155	SIAB
De 17 a 22 anos	791	SIAB + registro equipe
De 23 a 45 anos	1010	SIAB + registro equipe
Acima de 46 anos	592	SIAB + registro equipe
Hipertensos (total)	658	SIAB + registro equipe
Hipertensos de 17 a 22 anos	17	SIAB + registro equipe
Hipertensos de 23 a 45 anos	503	SIAB + registro equipe
Hipertensos acima de 46 anos	138	SIAB + registro equipe

Fonte: Autoria própria (2015).

6.4 Explicação do problema

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), nessa etapa o objetivo é entender a gênese do problema que queremos enfrentar identificando suas causas, pois geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas.

A HAS é influenciada pela sociedade, condições de vida e/ou carga hereditária de uma pessoa, em que se dá dentro de um contexto sociocultural (MS, 2006).

No caso da UBS Palmeirinha acreditamos que as principais causas para o desenvolvimento da HAS são claramente embasadas pelos fatores de risco, como: obesidade, ingestão de sal excessiva, má alimentação, sedentarismo, sendo de uma maneira geral a não adesão as MEV e quando tratamento farmacológico (quando necessário), feito de maneira incorreta (esquecimento, atraso na adesão, etc).

6.5 Seleção dos nós críticos

“A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar as causas” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.65). Ao analisarmos as causas de um problema devemos identificar aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. Para realizarmos esta análise, utilizamos o conceito de “nó crítico”, que é “um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.65).

Foram selecionados os seguintes nós críticos relacionados a HAS na área de abrangência da UBS Palmeirinha:

- Baixo nível de conhecimento dos pacientes adscritos sobre as causas que podem levar a HAS;
- Orientação deficiente por parte da equipe de saúde da família e;
- Falta de apoio familiar, principalmente no que rege pacientes idosos.

6.6 Desenho das operações

“O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes do problema selecionado” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.66). O quadro 4 mostra o desenho das operações para os nós críticos selecionados.

Quadro 4 - Desenho das operações para os nós críticos selecionados.

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo nível de conhecimento dos pacientes hipertensos	<p>Mais informação</p> <p>Identificar os pacientes de idade mais elevada (≥ 40 anos).</p> <p>Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a importância das MEV e sobre os riscos da não adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.</p>	Com a identificação de pacientes com idade elevada, podem-se implantar medidas comportamentais para diminuir a incidência de HAS.	<p>Realização de grupos operativos para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a HAS e suas consequências.</p> <p>Campanhas educativas para informação da população</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema</p> <p>Político: mobilização dos pacientes com desejo de tratamento.</p> <p>Organizacional: organização da agenda</p> <p>Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p>
Orientação deficiente por parte da equipe de saúde da família	<p>Equipe preparada</p> <p>Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família para melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos durante o período do projeto.</p>	Equipe de saúde da família capacitada para melhor acompanhamento dos pacientes durante o período do projeto.	<p>Estabelecimento de práticas de identificação precoce dos fatores de risco para o abandono de um mal estilo de vida (sedentarismo, tabagismo, etc).</p> <p>Desenvolvimento de estratégias para o resgate desses pacientes.</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema</p> <p>Político: mobilização da equipe</p> <p>Organizacional: organização da agenda</p>
Falta de apoio familiar	<p>Família unida</p> <p>Aumentar o nível de informação dos familiares sobre a importância da adesão aos</p>	Familiares mais informados sobre essa doença crônica e suas consequências.	Realização de grupos operativos para aumentar o nível de conhecimento sobre o tema: HAS.	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema</p> <p>Político: mobilização da família</p> <p>Organizacional: organização da</p>

	tratamento farmacológico e não farmacológico em que o apoio no âmbito familiar é de suma importância (apoio e motivação).		Visitas domiciliares para incentivar apoio e adesão.	agenda Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.
--	---	--	--	--

Fonte: Aatoria Própria (2015)

6.7 Identificação dos recursos críticos

A equipe da UBS Palmeirinha considerou como recursos críticos aqueles considerados essenciais para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. No Quadro 5 foram identificados os recursos críticos para a execução das operações.

Quadro 5 - Identificação dos recursos críticos.

Operação/ Projeto	Recursos críticos
<p>Mais informação</p> <p>Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a importância de se conhecer a HAS e seus fatores de risco.</p>	<p>Político: mobilização dos pacientes hipertensos.</p> <p>Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p>
<p>Equipe preparada</p> <p>Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família para melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos durante o período do projeto.</p>	<p>Político: mobilização da equipe</p>
<p>Família unida</p> <p>Aumentar o nível de informação dos familiares sobre a importância da MEV dos seus familiares hipertensos para que os mesmos apoiem nesse momento tão crucial evitando assim as complicações.</p>	<p>Político: mobilização da família</p> <p>Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p>

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.8 Análise de viabilidade do plano

A ideia desse passo é que “o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.70).

Sendo assim, devemos identificar os atores que controlam os recursos críticos para verificar a motivação dos mesmos e traçar as estratégias necessárias para motivá-los e construir a viabilidade do plano. O quadro 6 apresenta a proposta de ação para motivação dos atores.

Quadro 6 - Proposta de ação para motivação dos atores.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<p>Mais informação</p> <p>Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a importância de se conhecer a HAS e seus fatores de risco.</p>	<p>Político: mobilização dos pacientes hipertensos e aqueles com alto risco.</p> <p>Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p>	<p>Equipe de saúde</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>
<p>Equipe preparada</p> <p>Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família para melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos durante o período do projeto.</p>	<p>Político: mobilização da equipe</p>	<p>Coordenador da UBS</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>
<p>Família unida</p> <p>Aumentar o nível de informação dos familiares sobre a importância da MEV dos seus familiares hipertensos para que os</p>	<p>Político: mobilização da família</p> <p>Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p>	<p>Equipe de saúde</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>

mesmos apoiem nesse momento tão crucial evitando assim as complicações.				
---	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.9 Elaboração do plano operativo

Os dois principais objetivos desse passo são: designar os responsáveis por cada operação e; definir os prazos para a execução das operações. O quadro 7 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 7 - Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados esperados	Produtos esperados	Responsável	Prazo
<p>Mais informação</p> <p>Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a importância de se conhecer a HAS e seus fatores de risco.</p>	<p>Com a identificação de pacientes com idade elevada, podem-se implantar medidas comportamentais para diminuir a incidência de HAS.</p>	<p>Realização de grupos operativos para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a HAS e suas consequências.</p> <p>Campanhas educativas para informação da população</p>	Médico da equipe	Início em 02 meses
<p>Equipe preparada</p> <p>Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família para melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos durante o período do projeto.</p>	<p>Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família para melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos durante o período do projeto.</p>	<p>Equipe de saúde da família capacitada para melhor acompanhamento dos pacientes durante o período do projeto.</p>	Médico da equipe	Início em 02 meses
<p>Família unida</p> <p>Aumentar o nível de informação</p>	<p>Famíliares mais informadas sobre essa doença crônica e suas</p>	<p>Realização de grupos operativos para aumentar o nível de</p>	Médico da equipe	Início em 02 meses

dos familiares sobre a importância da MEV dos seus familiares hipertensos para que os mesmos apoiem nesse momento tão crucial evitando assim as complicações.	consequências.	conhecimento sobre o tema: HAS. Visitas domiciliares para incentivar apoio e adesão.	ACS	
---	----------------	---	-----	--

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.10 Gestão do plano

Este passo diz respeito ao processo de acompanhamento do plano. “É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.75). O quadro 8 mostra a proposta para acompanhamento do plano de ação.

Quadro 8 - Acompanhamento do plano de ação.

Operação/ Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual
Mais informação Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a importância de se conhecer a HAS e seus fatores de risco.	Realização de grupos operativos para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a HAS e suas consequências. Campanhas educativas para informação da população	Médico da equipe	Início em 02 meses	Aguardando implantação
Equipe preparada Capacitar os profissionais da equipe de saúde	Estabelecimento de práticas de identificação precoce dos fatores de risco para o abandono de um mal estilo	Médico da equipe	Início em 02 meses	Aguardando implantação

da família para melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos durante o período do projeto.	de vida (sedentarismo, tabagismo, etc). Desenvolvimento de estratégias para o resgate desses pacientes.			
Família unida Aumentar o nível de informação dos familiares sobre a importância da MEV dos seus familiares hipertensos para que os mesmos apoiem nesse momento tão crucial evitando assim as complicações.	Realização de grupos operativos para aumentar o nível de conhecimento sobre o tema: HAS. Visitas domiciliares para incentivar apoio e adesão.	Médico da equipe ACS	Início em 02 meses	Aguardando implantação

Fonte: Autoria própria (2015)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto, para melhores condições de vida. Assim os hipertensos ter uma formação de autocrítica sobre seu estilo de vida em benefício de uma melhor qualidade de vida.

Percebemos assim, a desistência de alguns pacientes, porém a maioria continuou e está conseguindo mudar o estilo de vida e melhorar a qualidade de vida com interesse e preocupação dos mesmos. Apesar de uma porcentagem relativa da comunidade da UBS Palmeirinha terem participado, percebemos que ainda há uma parte de pessoas que não aderem em nenhum tratamento ou apenas procuram uma UBS quando associado a algum fator agravante (aumento súbito da PA acompanhado a forte dor no peito e/ou cefaleia, por exemplo).

Os resultados de nossos estudos mostram que as MEV podem modificar a pressão arterial diminuindo em conjunto à obesidade, o sedentarismo e a alimentação hipercalórica, alcançando assim os efeitos hipotensores desejáveis. Ficamos atentos aos pacientes idosos em suas atividades físicas que não devem ser de altas intensidades, sendo que o treinamento físico de alta intensidade não provoca diminuição na frequência cardíaca de repouso, não atenuando a hipertensão arterial. Assim, foram planejadas neste projeto atividades orientadas pela equipe multiprofissional (fisioterapeuta), como forma de motivar os hábitos saudáveis dessas pessoas. O exercício físico de intensidade normal, como aquelas de baixa intensidade no caso dos idosos, de maneira geral, é uma conduta não farmacológica essencial na prevenção e tratamento da HAS.

Nota-se que neste projeto, a MEV dos clientes foi significativa. Infelizmente houve desistências, porém aqueles que permaneceram sentiram que suas mudanças alimentares e físicas transformaram a disposição em relação a suas atividades práticas diárias. Com isso, durante todo o processo ficou bem explícito sobre as mudanças de comportamentos dos pacientes, em seus âmbitos sociais, culturais e emocionais.

Após analisar alguns dos indicadores físicos de saúde – valores pressóricos e peso, vinculada com o maior conhecimento adquirido pelas ações educativas, buscou-se novos conceitos e valores, e potencializar capacidades dos hipertensos. Mostraram-se com maior conhecimento após a intervenção, buscando cada vez mais se informarem sobre as doenças associada à HAS enriquecendo seus conhecimentos e melhorando sua saúde.

Percebemos, durante a ação, a importância de entender o paciente hipertenso como um agente constante da construção e renovação de conceitos de si e do mundo para poder construir um diálogo sem preconceitos e divertido. Assim, houve enfrentamento de preconceitos e receios pessoais de cada indivíduo, bem como, observou-se, esse mesmo processo na equipe de saúde da UBS Palmeirinha.

Pode-se concluir que, em razão da importância de reconhecer indivíduos em risco de apresentar HAS e suas complicações relacionadas à má alimentação, reforça-se a pertinência de se utilizar estratégias de programas de saúde pública dirigidos à prevenção e controle da PA, excesso de peso e sedentarismo. Compreende-se a necessidade de intervenções como o presente estudo, para intervir nas necessidades da comunidade estudada, a fim de estabelecer um vínculo com os pacientes com o ajuste para outros fatores de risco bem estabelecidos para hipertensão arterial estabelecendo a promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Gizelton Pereira. Autopercepção de saúde e características clínicas em adultos jovens escolares de um interior do nordeste brasileiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p. 794-803, 2014.
- BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília. [online], 2014. Acesso em: 22 de novembro de 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 15). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.
- CIPULLO, José Paulo et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arq Bras Cardiol**, v. 94, n. 4, p. 519-26, 2010.
- GUSSO, G; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- DEMONER, Márcia Simonia; RAMOS, E. R. P.; PEREIRA, Eliane Ramos. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 1, p. 27-34, 2012.
- GREZZANA, Guilherme Brasil; STEIN, Airton Tetelbon; PELLANDA, Lúcia Campos. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n. 4, p. 355-61, 2013.
- LOPES, A C. **Clínica Médica: Diagnóstico e tratamento**. São Paulo. Atheneu, v. 1, p. 885-939, 2013.
- KNUTH, Alan G. et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 513-20, 2009.
- MALTA DC, MOURA L, SOUZA FM, ROCHA FM, FERNANDES FM. **Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006**. In: Saúde [internet]. [Acesso em 15 de dezembro de 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000500010>
- MANO, R. **Hipertensão Arterial Sistêmica. Manuais de Cardiologia**. MS, nov. 2007 [internet]. [Acesso em 15 de dezembro de 2015]. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has.htm>>

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; GOMES, Emiliana Bezerra; SANTOS, Jênifa Cavalcante dos. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 4, p. 662-669, 2010.

NASCENTE, Flávia Miquetichuc Nogueira et al. Hipertensão arterial e sua associação com índices antropométricos em adultos de uma cidade de pequeno porte do interior do Brasil. **CEP**, v. 74230, p. 130, 2009.

PIATI, Jaqueline; FELICETTI, Claudia Regina; LOPES, Adriana C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Rev bras hipertens**, v. 16, n. 2, p. 123-129, 2009.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Recomendações OMS**, 2001. Acesso em: 04/09/2015. Disponível em: <<http://www.hipertensaoarterialsistematica.org/oms.htm>>

PROJETO DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (2010). Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): Tratamento**. [internet]. Acesso: 08 de dezembro de 2015. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/077.pdf>

REMONDI, Felipe Assan; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; DE SOUZA, Regina Kazue Tanno. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. Non-adherence to continuous treatment and associated factors: prevalence and determinants in. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 126-136, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Documentos e Informações. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. [internet]. (**Arquivos Brasileiros de Cardiologia**). 2010. Acesso em 23 de novembro de 2015. Disponível em <<http://cientifico.cardiol.br/>>

TOMASI, Elaine et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 3, p. 543-50, 2012.