

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

DAYDELYS MARGARITA MARTINEZ MARTINEZ

**PROPOSTA DE UM PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE E
PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UBS
SANTO ANTÔNIO NO MUNICÍPIO DE PASSOS - MG**

**FORMIGA/MINAS GERAIS
2015**

DAYDELYS MARGARITA MARTINEZ MARTINEZ

**PROPOSTA DE UM PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE E
PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UBS
SANTO ANTÔNIO NO MUNICÍPIO DE PASSOS - MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**FORMIGA/MINAS GERAIS
2015**

DAYDELYS MARGARITA MARTINEZ MARTINEZ

**PROPOSTA DE UM PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE E
PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UBS
SANTO ANTÔNIO NO MUNICÍPIO DE PASSOS - MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

| Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)
Dra. Márcia Bastos Rezende _____ (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ de _____ de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, por ser o motor que me impulsiona:
meus filhos, Cláudia Beatriz e Daniel Alejandro, que estão em Cuba e
são meu maior tesouro e meus pais, que sempre me ofereceram
ajuda incondicional com a maior confiança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos da UFMG, a todos os professores e, em especial, à professora Virgiane Lima pela ajuda que me dispensou, principalmente no início do curso.

"Há verdadeiramente duas coisas diferentes: saber e crer que se sabe. A ciência consiste em saber; em crer que se sabe reside a ignorância."

Hipócrates

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de ação para enfrentar um problema de saúde muito importante e de grande repercussão na população da área de abrangência do PSF Santo Antônio, situado no bairro com o mesmo nome, no Município de Passos, Minas Gerais: o alto índice de pacientes com hipertensão arterial. 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 em geral e na área de abrangência da PSF do bairro Santo Antônio, da cidade de Passos, Estado Minas Gerais. Foi realizado, primeiramente, um diagnóstico situacional pelo método da Estimativa Rápida para identificar os vetores de descrição do problema, -identificar os nós críticos e as formas de atuação sobre eles, identificar os atores envolvidos, a viabilidade política, os recursos necessários e os meios a serem utilizados para que o objetivo pudesse ser alcançado. Foi ainda elaborada uma revisão de literatura na qual discorreu-se sobre o problema, apontando suas causas, consequências, prevenção e tratamento. Foram utilizados as seguintes bases de dados: SCIELO, BVS e o site do Nescon e como critério de inclusão, foram aceitos somente artigos publicados entre os anos de 2000 a 2015. O plano de ação foi elaborado seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Concluiu-se que a HAS tem realmente grande incidência na área de abrangência da equipe, que para que haja redução do índice de agravamento da situação é necessário levar conhecimento aos pacientes e suas famílias através do envolvimento e do empenho da equipe do PSF no sentido de incentivar uma mudança dos hábitos dos pacientes. Bem como a articulação de diferentes estratégias e de setores sociais, governamentais e não governamentais na implementação de ações conjuntas em prol da saúde comunitária, levando assim a evitar as consequências da HAS e complicações.

Descritores: Hipertensão arterial. Causas. Prevenção e controle. Intervenção.

ABSTRACT

This study aimed to develop a plan of action to address a major health problem of great impact on the population of PSF St. Anthony catchment area, situated in the district of the same name, in Steps Municipality, Minas Gerais: the high rate of patients with hypertension. This is a problem that has much impact on the community because, besides being high number of hypertensive patients, there is a significant number of patients who do not even know that they have hypertension, so if you believe in the existence of a sub diagnosis of the disease. Being the most important causes of hypertension and cardiovascular disease the leading cause of death worldwide, it is imperative to establish an intervention plan to better diagnosis and control of hypertension in general and in the area covered by the USF St. Anthony neighborhood , the city of Passos, Minas Gerais State. Was held, first, a situational diagnosis for using the Flash Estimate to identify vectors description of the problem, identify the critical nodes and ways of acting on them, identify the stakeholders, the political viability, the necessary resources and means to They are used for that purpose could be achieved. It was also prepared a literature review in which he spoke about the problem, pointing their causes, consequences, prevention and treatment. The following databases were used: SCIELO, VHL and the site of Nescon and as inclusion criteria, were only accepted articles published between the years 2000 to 2015. The action plan was prepared following the method of Situational Strategic Planning (PES). It was concluded that SAH has really big impact on the team catchment area, that so there is reduction in the worsening situation index is necessary to bring knowledge to patients and their families through involvement and commitment of FHP team in encouraging a change in the habits of patients. As well as the articulation of different strategies and social sectors, governmental and non-governmental organizations in the implementation of joint actions in support of community health, thus leading to avoid the consequences of hypertension and complications.

Key words: Hypertension . Causes. Prevention and control. Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Apoio à Saúde da Família
ARA – Antagonistas do Receptor de Angiotensina
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVE – Acidente Vascular Encefálico
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
ECV –Eventos Cardiovasculares
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IDH – Índice de desenvolvimento Humano
IECA – Inibidores de Enzimas Conversoras da Angiotensina
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PIB – Produto Interno Bruto
PSF – Programa de Saúde da Família
SCIELO – Scientific Eletronic Library on Line
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18anos).....	25
Quadro 2: Tipos de medicação a serem prescritos para controle da hipertensão.....	28
Quadro 3: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “Elevada prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial”	32
Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema “Elevada prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial”	34
Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores	35
Quadro 6: Plano Operativo.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISAO DA LITERATURA	20
5.1 A Problemática da Hipertensão Arterial	20
5.2 Definindo a hipertensão	20
5.3 Classificação dos valores da pressão arterial	21
5.4 Sintomas da hipertensão arterial	22
5.5 Diagnóstico da hipertensão arterial	23
5.6 Consequências da hipertensão arterial	25
5.7 Causas e fatores de risco para hipertensão	26
5.8 Tratamento da hipertensão arterial	26
5.9 Tratamento Farmacológico	27
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Identificação e Priorização do Problema	29
6.2 Descrição e Explicação do Problema	30
6.3 Identificação e Seleção dos Nós Críticos	31
6.4 Desenho das Operações	31
6.5 Identificação dos Recursos Críticos	33
6.6 Análise da Viabilidade do Plano	35
6.7 Elaboração e Controle do Plano Operativo	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) teve suas origens com a instituição do programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em 1991 no Estado do Ceará. Esta experiência exitosa favoreceu o processo de descentralização e regionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde, tornando-se, em 1991, uma política oficial do Ministério da Saúde. A partir de experiências de países como Cuba, Canadá e Inglaterra, criou-se, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF).

A Saúde da Família é definida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, que possui como diretriz a adstrição da clientela, visita domiciliar, cadastramento, trabalho em equipe, caráter substitutivo, entre outros. É operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Na Estratégia Saúde da Família (EFS) a atenção básica é considerada a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo garantido o direito de acesso e de atendimento integral, em uma rede regionalizada e hierarquizada (FARIA *et al.*, 2008).

As abordagens desse território pelas equipes de saúde dão-se através da realização do diagnóstico situacional de saúde. Nesse diagnóstico são identificados perfis de morbimortalidade da área de abrangência, como seus aspectos demográficos, os riscos e vulnerabilidades epidemiológicos e nos contextos sociais, mas em especial, devem-se considerar as potencialidades existentes na comunidade, e suas singularidades quanto ao modo de levar a vida e manutenção da saúde (KAWATA *et al.*, 2009; FERNANDES *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2009; FARIA *et al.*, 2008b).

Na sua operacionalização, a Estratégia Saúde da Família, conceituada como prática fortalecedora da APS no Brasil define-se como área estratégica para atuação em território nacional a eliminação de doenças, como a hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2007).

O Programa Mais Médico para o Brasil, lançado em agosto de 2013, iniciou-se devido à necessidade de médicos direcionados à saúde da família nas comunidades. Tinha como um dos principais objetivos, levar assistência médica para

toda a população do Brasil, sobretudo para a população mais carente. Foi em função deste Programa que vários médicos de cidadania cubana, inclusive eu, autora do presente trabalho, começaram a atuar no Brasil e eu iniciei minha atuação no PSF de Santo Antônio localizado no município de Passos no Estado Minas de Gerais (MG).

O município de Passos encontra-se localizado ao sul, sudoeste da capital de MG, com uma altitude de 745 metros acima do nível do mar, com predominância de clima tropical. É chuvosa e muito quente no verão, com inverno seco a temperatura média de 18°C, e Fuso Horário -3. Possui um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$1.095.851.546 mil e renda per capita de R\$10.267,03 reais. A cidade se destaca como polo regional, possuindo uma economia baseada principalmente na agropecuária e no agronegócio, em pequenas indústrias de confecções e móveis, além de um forte setor de serviço. No que se refere a transporte e acessibilidade, a cidade é servida principalmente pelas rodovias MG-050 e pela BR-146.

Passos possui uma paisagem plana, sendo ligeiramente ondulada em determinados locais, com áreas bem adequadas a agricultura e pecuária.

O município é rico em recursos hidráulicos, pois está situado na bacia de Rio Grande. O Rio São João e o Ribeirão Bocaina representam o maior manancial de abastecimento de água para a população do município. Ele cobre uma área de 1.339.199 quilômetros quadrados e apresenta uma densidade demográfica de 83,37hab./km². E possui um número aproximado de domicílios e famílias de 32 272.

No município, 83 % da população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja rede de assistência encontra-se integrada por 26 Unidades de Saúde, das quais, 17 Unidades são da Estratégia de Saúde Familiar (ESF) e 9 são Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS/ambulatorios), apoiadas por 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O município encontra-se territorializado, com adstrição de áreas de abrangência e cobertura de 100% da população urbana e rural, 60% pela ESF e 40% pelas UBS Convencionais.

O PSF Santo Antônio é uma das dezessete unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) encontrando-se localizada no bairro de igual denominação. O PSF Coimbrãs II, localizado no Bairro Santo Antônio, na

área urbana, é uma unidade nova, cujas atividades como unidade Independente de saúde da família, teve início há alguns meses.

Atualmente atende em média a 3383 pessoas, dentre as quais, 283 possuem diagnóstico de hipertensão arterial, mas acreditamos que este número possa aumentar com o registro de mais informações, pois que se continua cadastrando a população enquanto se procede um correto controle estatístico das doenças. Trata-se de uma população carente, com necessidades de saúde ainda muito importantes, além de necessidades econômicas e sociais.

Os 3.383 indivíduos cadastrados que compõem a área de abrangência, apresentam as seguintes características socioeconômicas: o nível de alfabetização de 78.32 % e taxa de emprego de 56 % e as principais formas de trabalho são em pequenas empresas, trabalhadoras domésticas, trabalhadores agrícolas, indústria das confecções e móveis da cidade entre outras formas.

Considerando a população dentro da faixa etária entre 10 e 14 anos de idade, a taxa de analfabetismo é de 1.1%, enquanto que, ao se considerar a população com 15 ou mais anos, este indicador vai para 5.5%. Possui um percentual de 23.88% de sua população vivendo abaixo da linha da pobreza. A renda média familiar do município de Passos é de R\$550,00. O município tem um IDH de 0.756. Com uma taxa de urbanização de 97,80 % e abastecimento de água tratada de 98% da população. Como principais atividades econômicas destaca-se a agroindústria, produzindo açúcar, álcool, fermento, laticínios, pela agropecuária, através da cana-de-açúcar, café, milho, gado de corte e de leite, avicultura de corte e de postura e suinocultura. No setor industrial, Passos possui várias confecções e é referência na produção de móveis e de serviços.

As pessoas que compõem a área de abrangência da USF, em sua maioria, têm as condições mínimas de vida garantidas. Vivem em casas com estrutura aceitável, uma grande maioria construída pelo governo com painéis solares para a energia. Outros vivem em casas pavimentadas, construídas com tijolo, telhados de alvenaria, a maioria com banheiros dentro de casa, com água tratada e com boa coleta de lixo. Apenas um número pequeno de residências está em precárias condições. São casas muito pequenas e em mal estado de conservação.

Nesta área, não existem muitas lixeiras, sendo o lixo acondicionado em sacos ou sacolas plásticas, colocadas nas portas das residências, sendo recolhido pelo caminhão na segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira no período da manhã,

sendo todo o lixo recolhido encaminhado ao aterro sanitário. Existem catadores de lixo reciclável em todas as micro áreas. Acontece em muitas ocasiões da coleta do lixo não cumprir todo o trajeto estabelecido, demonstrando a existência de algumas deficiências higiênicas e sanitárias nesta área de abrangência.

A maioria das pessoas vive do produto de seu trabalho, em pequenas empresas, no trabalho agrícola, mas existe um número de desempregados que vive de outras atividades.

Considerando a taxa de mortalidade geral do município que é de 6,6/1.000 habitantes, o que representou 17.308 óbitos no ano de 2011. Na época, o primeiro grupo de causas de morte foram doenças do sistema cardiovascular, com um percentual de 30,9%, seguido pelo grupo de neoplasias, com 16,1%, as doenças do sistema respiratório, 12,5%, causas externas de morbidade e mortalidade foram de 7,6%, as causas mal definidas, 6,74%, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, somaram 6,2% e doenças do aparelho digestivo, 5,9%. O número de óbitos por causas mal definidas é ainda elevado; entretanto, com a evolução das ações de saúde nos últimos anos, houve redução de 38% no período de 2003 a 2011. Esta redução explica-se muito provavelmente pela melhor qualidade da assistência prestada à população, especialmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

Na área de abrangência da PSF Santo Antônio, as principais causas de morte nos últimos anos foram doenças do sistema cardiovascular, Doença Cérebro Vascular (DCV), onde a HAS foi um fator fundamental no aporte de um grande percentual delas, além de Neoplasias, e acidentes, sendo esta causa uma das principais motivações para fazer este trabalho.

Depois de fazer uma análise da situação de saúde da comunidade foram realizadas reuniões com profissionais da Equipe de Saúde para discuti-los, enumerar os problemas e buscar soluções para os mesmos. Seguidamente, foi realizada uma reunião com a Coordenação das Equipes e demais funcionários das Unidades de Saúde para apresentar os dados e problemas levantados, assim como as propostas de intervenção que poderiam ser realizadas para resolvê-los ou minimizá-los.

As reuniões serviram para refletir sobre todos os dados já coletados até então, como também para acrescentar dados complementares como relatado pelos

Agentes Comunitários de Saúde - ACS quanto às dificuldades para fazer abordagens pedagógicas sobre a importância da prevenção e controle da HAS.

A ordem dos problemas de saúde, depois de identificados e priorizados em conjunto com a equipe de saúde foi:

- 1º Alto número de pacientes com hipertensão arterial.
- 2º Alta incidência de doenças psiquiátricas.
- 3º Alto Índice de pessoas tabagistas.
- 4º Alta incidência de parasitismo intestinal.
- 5º Alta incidência de dengue.
- 6º Alta incidência de doenças respiratórias agudas.
- 7º Alta incidência de doenças diarreicas agudas.
- 8º Alta incidência de pacientes etilistas.
- 9º Alto número de pacientes com Diabetes Mellitus.
- 10º Alta incidência de consumo de drogas ilícitas.
- 11º Alta incidência do abandono de aleitamento materno exclusivo.
- 12º Alto número de pacientes idosos.

O problema escolhido para o desenvolvimento deste trabalho foi o que se apresentava em primeiro lugar: Alto índice de pacientes com hipertensão arterial.

Em nossa área de abrangência a HAS é uma doença de alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de até 20%, podendo afetar na população idosa em até 50%. A maioria dos pacientes com HAS identificados na comunidade apresentam fatores de risco como obesidade, tabagismo, etilismo, estresse, sedentarismo e são pacientes idosos.

Os dados correspondem com os de uma nação onde as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a hipertensão arterial participa de quase a metade delas. A hipertensão arterial vem sendo o mais comum e importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, e tem com elas uma relação contínua e progressiva.

A equipe de saúde escolheu “Alto número de pacientes com hipertensão arterial” por ser elevado o número de pacientes com esse tipo de problema e porque é um dos fatores de risco mais importante das doenças cardiovasculares. Além disso, avaliando a solução deste problema, verifica-se que ele pode ser resolvido

com poucos recursos. Necessita-se do trabalho da equipe de saúde baseado em atividades educativas de promoção e prevenção junto aos pacientes.

Estas atividades devem estar dirigidas ao objetivo de levar o conhecimento sobre os fatores de risco para a HAS e as consequências que ela apresenta para um paciente com esta doença. Além disso, devem levar conhecimento teórico e prático sobre as diferentes atividades para prevenir a doença evitando as complicações.

2 JUSTIFICATIVA

No cotidiano da atuação da equipe de saúde da família, com ênfase na atuação dos profissionais, entre as várias ações direcionadas a indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, emergem as atividades que necessitam de um olhar atento e de forma especial, como aquelas dirigidas ao grupo de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2007).

A HAS ocupa um lugar importante no contexto da transição epidemiológica, segundo Fabiana (2013), uma vez que consiste em um problema grave de saúde pública, que tem resultado em uma predominância dos agravos crônicos não transmissíveis e como principal causa de morbimortalidade na população, causando grande impacto social e econômico, devido ao número de óbitos na população adulta na fase produtiva. Esta é uma situação que se estabeleceu tanto no mundo, como no Brasil, quanto em Passos e na área de PSF Santo Antônio.

Entre as doenças cardiovasculares ela aparece como a mais frequente delas. No Brasil, a sua incidência passou de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010, sendo o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares, com destaque para o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), as duas maiores causas isoladas de mortes no país (LOPES, 2013, p. 15).

Controlar a HAS é um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro, e para a atenção primária de saúde. No bairro Santo Antônio, este é um dos maiores problemas de saúde que atualmente demanda atenção e um melhor trabalho por

parte da equipe de saúde. Muitas ações podem ser feitas no âmbito da atenção primária de saúde a fim de diminuir a morbimortalidade relacionada com a HAS.

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. Além disso, trata-se de uma forma de colocar em prática um modelo de saúde direcionado aos objetivos do PSF: um trabalho multi e interprofissional, centrado na família e nas comunidades, centrada no usuário em detrimento do procedimento (COSTA *et al.*, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de ação para reduzir a incidência e/ou prevenir a Hipertensão Arterial Crônica na área de abrangência da Equipe Santo Antônio, Município Passos/Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e priorizar os problemas da USF Santo Antônio;
- Analisar a real -situação dos indivíduos com Hipertensão Arterial da USF;
- Avaliar a extensão e as consequências do problema existente;
- Elaborar e executar um conjunto de ações a serem desenvolvidas em conjunto com a comunidade do Bairro Santo Antônio de forma a reduzir a incidência do problema.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho apresentou três momentos: a elaboração do diagnóstico situacional com base na PSF Santo Antônio, a composição de uma revisão de literatura sobre o tema proposto, atualizando os conhecimentos a respeito da HAS, seus riscos e as possíveis consequências do não tratamento ou da falta de controle e a elaboração de um plano de intervenção com propostas simples e objetivas que proporcionem benefícios a toda a comunidade alvo.

O Diagnóstico Situacional foi elaborado através do método da Estimativa Rápida, uma das etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), buscando identificar os vetores de descrição do problema (VDP), a partir dos quais podem ser identificados os nós críticos e as formas de atuação sobre os mesmos. Como este é um método que envolve a população, os diversos setores sociais e autoridades municipais, buscando a identificação das necessidades e problemas que atingem a comunidade, facilitando o trabalho intersetorial e apoiando o processo de planejamento participativo, é o que melhor se adequa a este tipo de ação (CORREIA *et al.*, 2007).

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 Electronic Library Online* (SCIELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) entre outras fontes, durante o primeiro quadrimestre de 2014 e de 2015. Foram utilizados como indexadores os seguintes descritores: Hipertensão Arterial, causas, prevenção e controle e intervenção. Também foi consultado o material didático do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. A partir daí procedeu-se leitura minuciosa dos resumos que enfocavam o tema, e foram escolhidos aqueles documentos que mais se aproximavam dos objetivos.

Como já se havia iniciado o PES, passou-se aos passos seguintes, que de acordo com Correia *et al.* (2007), trata-se do planejamento das ações estratégicas com previsões relativas à sua viabilidade política, os atores envolvidos, os recursos necessários e os meios a serem utilizados para o cumprimento dos objetivos propostos.

5 REVISAO DA LITERATURA

5.1- A problemática da hipertensão arterial

A hipertensão arterial, mais popularmente chamada de "pressão alta", está relacionada com a força que o coração tem que fazer para impulsionar o sangue para o corpo todo. No entanto para ser considerado hipertenso, é preciso que a pressão arterial além de mais alta que o normal, permaneça elevada (CICCO, 2007).

Hoje a doença hipertensiva é tida como um grande problema de saúde pública e quando não tratada adequadamente pode acarretar outros órgãos e passar a ser associadas a outras patologias, o que pode agravar ainda mais o quadro da doença (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Uma vez identificada a pressão arterial elevada, deve ser monitorada em intervalos regulares, porque a hipertensão é uma condição para o resto da vida, tendo como meta de tratamento evitar a morte e as complicações, buscando atingir e manter a pressão arterial mais baixa que 140/90 mmHg. Sabe-se que, toda mudança requer um processo educativo, e esse se dá de uma forma lenta e continua. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com esses pacientes, devem atender às necessidades de cada um, a medida que se tenta manter o tratamento por longo período (ALMEIDA, 2004).

5.2 Definindo a Hipertensão

A hipertensão arterial sistêmica, conhecida popularmente como pressão alta, é uma das doenças mais prevalentes no mundo, acometendo cerca de um terço da população, 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 (PINHEIRO, 2009).

A pressão arterial, na definição de Pinheiro (2009), é a pressão que o sangue, dentro das artérias exerce sobre suas paredes. A pressão arterial é pulsátil, ou seja, aumenta a cada batimento do coração e reduz quando o mesmo relaxa. Sístole é o nome dado à contração do músculo cardíaco, portanto, pressão sistólica é a pressão

arterial durante cada batimento do coração. Diástole é o breve momento de relaxamento do coração entre cada batida. Logo, pressão diastólica é a pressão arterial durante a fase em que o músculo cardíaco está relaxado.

A pressão arterial prossegue Pinheiro (2009), é medida nestes dois momentos, por isso, é descrita sempre com dois valores, conhecidos como pressão máxima e pressão mínima. Na verdade, como foi descrito, o nome correto é pressão sistólica e pressão diastólica. 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 sistólica de 110 mmHg e uma pressão diastólica de 70 mmHg.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2006).

A hipertensão é chamada de “assassina silenciosa”, pois esta condição vai exercendo seus estragos silenciosamente sem que o paciente se aperceba. Sintomas geralmente são atribuídos a pressão alta como dor de cabeça, vertigens, visão borrada, são raros. A única maneira de diagnosticar hipertensão arterial é aferindo a pressão e tratando-a a tempo, antes que as consequências sobre os vasos e órgãos nobres se manifestem. Por isso é importante uma conscientização sobre a necessidade de avaliar periodicamente a pressão principalmente se houver história familiar de hipertensão arterial (ENDOCARDIO, 2014).

5.3 Classificação dos Valores da Pressão Arterial

A pressão arterial é considerada normal quando apresenta valores menores ou iguais a 120/80 mmHg. Quando os valores se apresentam entre 121/81 mmHg, pode-se afirmar que existe um quadro de pré-hipertensão. É considerada Hipertensão grau I, os valores entre 140/90 mm/Hg e grau II, quando os valores são maiores ou iguais a 160//100 mmHg (BRASIL, 2006).

O nosso organismo, segundo Pinheiro (2009), foi moldado para trabalhar com pressões arteriais ao redor de 120/80 mmHg. Quando nossos vasos e órgãos são expostos a um aumento crônico da pressão arterial, ou seja, à hipertensão, existe

um grande risco de lesões nos mesmos, principalmente no cérebro, coração, rins e olhos.

5.4 Sintomas da Hipertensão Arterial

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

Pinheiro (2009) alerta para o fato de que achar que é possível adivinhar se a pressão arterial está alta ou normal baseado na presença ou na ausência de sintomas, como dor de cabeça, cansaço, dor no pescoço, dor nos olhos, sensação de peso nas pernas ou palpitações, etc., é um erro muito comum. 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 através de um aparelho específico, chamado esfigmomanômetro, conhecido popularmente como “aparelho de pressão”.

O fato de algumas pessoas terem dor de cabeça ou mal-estar quando apresentam pressões arteriais muito elevadas, na opinião de Pinheiro (2009) não significa que estes sintomas sirvam de parâmetro. Estas mesmas pessoas podem ter picos de hipertensão assintomáticos e não se darem conta disso. É bom salientar que a dor aumenta a pressão arterial, sendo difícil saber nestes casos se a pressão subiu pela dor de cabeça ou a dor de cabeça surgiu pela pressão alta.

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 pressão arterial 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).

Sendo assim em mais de 90% dos casos, a hipertensão arterial é uma doença silenciosa, que pode estar presente durante anos sem provocar nem sequer um sintoma. Quando os sintomas ocorrem, geralmente estão relacionadas a crises

hipertensivas, com aumentos importantes e súbitos da pressão arterial, situações que não são frequentes na maioria dos pacientes hipertensos (LOPES, 2013).

5.5 Diagnóstico da Hipertensão Arterial

Um erro comum no diagnóstico da hipertensão é achar que o paciente pode ser rotulado como hipertenso baseado apenas em uma aferição isolada da pressão arterial. Um paciente hipertenso pode ter momentos do dia em que a pressão esteja dentro ou próximo da faixa de normalidade, assim como uma pessoa sem hipertensão pode apresentar elevações pontuais de pressão arterial, devido a fatores como estresse e esforço físico. Portanto, não se faz diagnóstico, nem se descarta hipertensão, baseado em apenas uma única aferição (PINHEIRO, 2009).

Vários fatores podem alterar a pressão arterial pontualmente, alerta Pinheiro (2009), entre eles, estresse, esforço físico, uso de bebidas alcoólicas, cigarro, etc. A maioria das pessoas só procura medir sua pressão após eventos de estresse emocional ou dor de cabeça, situações que por si só podem aumentar os níveis tensionais.

De acordo com o autor supramencionado, para se dar o diagnóstico de hipertensão arterial, são necessárias 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. Deste modo, minimizam-se os fatores confusionais externos. O paciente considerado hipertenso é aquele que apresenta a sua pressão arterial elevada frequentemente e durante vários períodos do dia.

Segundo Mion *et al.* (1996), o diagnóstico de hipertensão arterial é um ato médico baseado num procedimento relativamente simples, a medida da pressão arterial, envolve a grande responsabilidade de decidir se um paciente é normotenso ou hipertenso. As consequências de um diagnóstico errôneo são desastrosas. O diagnóstico de hipertensão arterial é baseado na anamnese, exame físico e exames complementares que auxiliam na realização do diagnóstico da doença propriamente dita, sua etiologia, grau de comprometimento de órgãos alvo e na identificação dos fatores de risco cardiovascular associados.

A aferição da pressão arterial sistêmica pode ser realizada por método direto ou indireto. A medida direta da pressão arterial é obtida de forma invasiva mediante

a introdução de um cateter em artéria periférica, o que permite sua quantificação continuamente, batimento a batimento, a mediada direta da pressão arterial é reservada para situações em que essa variável apresenta valores muito baixos, como ocorre, por exemplo, nos estados de choque circulatório (SCHMIDT; PAZIN FILHO; MACIEL, 2004).

A medida indireta da pressão arterial pode ser efetuada, utilizando-se diversas técnicas, sendo aquela realizada com o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide (SCHMIDT; PAZIN FILHO; MACIEL, 2004). Ela é realizada em cinco fases:

- Fase I: Corresponde ao aparecimento do primeiro som, ao qual se seguem batidas progressivamente mais fortes, bem distintas e de alta frequência. Correlaciona-se com o nível da pressão sistólica.
- Fase II: Neste momento, o som adquire características de zumbido e sopro, podendo ocorrer sons de baixa frequência que eventualmente determinam o hiato auscultatório.
- Fase III: Sons nítidos e intensos.
- Fase IV: Abafamento dos sons correspondendo ao momento próximo ao desaparecimento deles.
- Fase V: Desaparecimento total dos sons. Correlaciona-se com a pressão diastólica.

Entre os fatores que podem influenciar a medida da pressão arterial, incluem-se aqueles relativos ao ambiente, ao equipamento, ao observador e ao paciente. O ambiente adequado para a aferição da pressão arterial deve ser tranquilo, silencioso e com temperatura agradável (SCHMIDT; PAZIN FILHO; MACIEL, 2004).

O paciente deve estar, também, em posição confortável e permanecer em repouso por 5 a 10 minutos antes do início do procedimento. Ao realizar a medição na posição sentada, o tronco deve estar encostado e os braços relaxados. É ainda desejável que as pernas não estejam cruzadas. O paciente deve também ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento. Deve-se certificar-se o paciente não está com a bexiga cheia, de que não praticou exercícios físicos há pelo menos 60

minutos, a não ingestão de estimulantes (café, chá, chocolate, etc.) por pelo menos 30 minutos antes da medida, e de que não fumou há pelo menos 30 minutos. Estas são situações que por si só podem aumentar os níveis tensionais (SCHMIDT; PAZINFILHO; MACIEL, 2004).

Quadro 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18anos).

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-179	100-109
Estágio 3	≥180	≥110
Isolada	≥140	< 90

Legenda: ≤ (menor ou igual), < (menor), ≥ (maior ou igual), > (maior).

Fonte: NOBRE (2010).

São considerados Normotensos, os indivíduos com pressões menores ou iguais a 120/80 mmHg; são Pré-hipertensos, aqueles cujas pressões estão sempre entre 121/81 – 139/89 mmHg; são Hipertensos grau I, os que tiverem pressões entre 140/90 – 159/99 mmHg e são Hipertensos grau II, os indivíduos com pressões maiores ou iguais a 160/100 mmHg (NOBRE, 2010).

5.6 Consequências da hipertensão arterial

Pinheiro (2009) afirma estar a hipertensão, associada a diversas doenças graves como:

- Infarto do miocárdio
- Insuficiência cardíaca
- Arritmias cardíacas
- Aneurismas
- Perda da visão (retinopatia hipertensiva).
- Insuficiência renal crônica
- AVC isquêmico e hemorrágico

- Demências por micro infartos cerebrais
- Arteriosclerose.
- Morte súbita

A hipertensão arterial raramente tem cura e o objetivo do tratamento é evitar que órgãos como coração, olhos, cérebro e rins, chamados de órgãos alvo, sofram lesões que causem alguma das doenças descritas acima. Vale lembrar que as lesões iniciais da hipertensão arterial são assintomáticas, porém, existem exames que podem detectá-las precocemente (PINHEIRO, 2009).

5.7 Causas e fatores de risco para hipertensão

Pode-se dividir a hipertensão arterial em duas classificações, de acordo com suas causas: hipertensão essencial (hipertensão primária) e hipertensão secundária. A hipertensão primária é aquela que surge sem uma causa definida. Esta forma de hipertensão é responsável por 95% dos casos (PINHEIRO, 2009).

A hipertensão arterial primária, segundo Pinheiro (2009), 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.
- -Colesterol alto
- Tabagismo
- -Diabetes Mellitus
- Etnia negra.

5.8 -Tratamento da hipertensão arterial

Uma vez feito o diagnóstico da hipertensão, Pinheiro (2009) preconiza que os indivíduos com essa doença devem se submeter a mudanças de estilo de vida antes de se iniciar terapia com medicamentos. As principais mudanças solicitadas são:

- Iniciar exercícios físicos;
- Redução de peso;
- -Abandonar o cigarro;

- Reduzir o consumo de álcool;
- Reduzir consumo de sal;
- Reduzir consumo de gordura saturada;
- Aumentar consumo de frutas e vegetais.

A redução da pressão arterial com essas mudanças costuma ser pequena e dificilmente uma pessoa com níveis pressóricos muito altos (maior que 160/100 mmHg) atinge o controle da hipertensão sem a ajuda dos remédios. Todavia, nos casos de hipertensão leve, há aqueles em que apenas com controle do peso, dieta apropriada e prática regular de exercícios conseguem o controle da pressão arterial. O problema é que a maioria dos pacientes, não aceita mudanças nos hábitos de vida e acabam tendo que tomar medicamentos para controlar a pressão (PINHEIRO, 2009).

Aqueles pacientes que já chegam ao atendimento médico com pressão alta e sinais de lesão de algum órgão alvo, Pinheiro (2009) afirma que estes devem iniciar tratamento medicamentoso imediatamente, uma vez que o fato indica hipertensão de longa data. Obviamente, as mudanças de estilo de vida também estão indicadas para este grupo. Apenas pacientes com sinais de lesão de órgão alvo, insuficiência renal crônica, diabetes ou com doenças cardíacas, devem iniciar o tratamento com drogas imediatamente.

5.9 Tratamento Farmacológico

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares. Assim, 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 pouca adesão à terapêutica instituída são baixa compreensão da doença, a polifarmácia típica em idosos, as inúmeras tomadas diárias e os efeitos colaterais (NOBRE, 2010).

Existem dezenas de drogas diferentes disponíveis no mercado para o controle dos níveis da pressão arterial. Ao contrário do que se divulgava até há

pouco tempo, não importa muito a droga escolhida no tratamento da pressão alta, contanto que ela seja efetiva em reduzir os níveis pressóricos para abaixo de 140/90 mmHg (PINHEIRO, 2009).

Os principais tipos de medicação prescritos atualmente encontram-se relacionados no Quadro 2.

Quadro 2: Tipos de medicação a serem prescritos para controle da hipertensão.

TIPO	MEDICAMENTOS
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

- **Fonte:** Nobre (2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Como foi descrito e explicado nas análises da situação de saúde a HAS constituiu uma das problemáticas maiores da área de abrangência obrigando a equipe a criar estratégias de solução. Além disso, avaliando bem, a solução deste problema pode ser obtida com poucos recursos. É necessário apenas o trabalho da equipe de saúde baseado em atividades educativas de promoção e prevenção com pacientes hipertensos da comunidade. Estas atividades devem levar conhecimento e conscientização sobre os fatores de risco e as consequências da HAS.

O plano de ação foi elaborado a partir do material referente ao módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da família, do NESCON/UFMG. Mediante diagnóstico situacional prévio, realizado junto à equipe, que se encontra detalhado na introdução do presente trabalho, e, sendo esta uma das tarefas previstas no Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, procedeu-se a uma avaliação dos principais problemas listados pela equipe e pela comunidade.

Foram analisados aspectos socioambientais, econômicos e de saúde, tendo sido encontrados problemas como: tabagismo, sedentarismo, problemas psiquiátricos, casos de: violência, tráfico de drogas, entre outros. O problema que apresentou maior demanda foi a de pacientes com hipertensão arterial sistêmica com diagnóstico e em potencial, podendo ser esta a causa de elevado número de óbitos por problemas cardiovasculares, demonstrando a necessidade de se proceder ao real dimensionamento do problema e da adoção de medidas preventivas e de controle.

6.1 Identificação e Priorização do Problema

Após a realização de algumas reuniões com a equipe foram discutidos e elencados os problemas detectados, selecionando os de maior relevância,

procedendo-se à escolha daquele que estivesse gerando maior impacto na saúde da comunidade. Utilizando-se a metodologia da estimativa rápida criou-se uma escala de prioridade entre os dez problemas selecionados, levando-se em conta seu índice de incidência. Dessa forma a escala de prioridades definiu-se da seguinte forma:

- 1º. Alto número de pacientes com hipertensão arterial.
- 2º. Alta incidência de doenças psiquiátricas.
- 3º. Alto Índice de pessoas tabagistas.
- 4º. Alta incidência de parasitismo intestinal.
- 5º. Alta incidência de dengue.
- 6º. Alta incidência de doenças respiratórias agudas.
- 7º. Alta incidência de doenças diarreicas agudas.
- 8º. Alta incidência de pacientes etilistas.
- 9º. Alto número de pacientes com Diabetes Mellitus.
- 10º. Alta incidência de consumo de drogas ilícitas.

Dessa forma, decidiu-se que o objeto de intervenção seriam os pacientes hipertensos diagnosticados e potenciais de toda a área de abrangência da UBS Santo Antônio.

6.2 Descrição e Explicação do Problema

Elevações constantes ou ocasionais da pressão arterial podem representar fatores de risco independente, linear e contínuo para a instalação no organismo de doença cardiovascular. A hipertensão arterial é um problema de saúde que vem gerando custos médicos e socioeconômicos elevados, devido a suas complicações, que podem ser doenças cerebrovasculares, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (BRASIL, 2006).

De acordo com Nobre *et al.* (2013) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode ser, ao mesmo tempo, um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e uma síndrome com manifestações próprias e características peculiares. Trata-se de uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Está frequentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos importantes, chamados de órgãos-alvo, que são o coração, encéfalo, rins e vasos

sanguíneos, e ainda a alterações metabólicas, podendo desencadear um aumento do risco de eventos cardiovasculares que podem ser ou não, fatais.

Tendo em vista que o modelo assistencial definido pela ANS (BRASIL, 2011), consiste na organização de ações voltadas para a intervenção dentro do processo saúde/doença, por meio de recursos físicos, tecnológicos e humanos articulados para o enfrentamento dos problemas de saúde existentes em uma coletividade e sendo a hipertensão arterial sistêmica um problema de grande magnitude, é muito importante que se planeje ações de intervenção no sentido de reduzir sua incidência e minimizar suas consequências. A HAS é um problema que, em grande percentual de casos, pode ser resolvido, prevenido ou controlado 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.

6.3 Identificação e Seleção dos Nós Críticos

A identificação das causas de um problema é o ponto de partida para a sua solução ou controle. Através de uma avaliação detalhada é possível identificar entre as várias causas, quais devem ser atacadas de forma a impactar o problema principal e transformá-lo. Os nós críticos do presente plano de intervenção foram identificados a partir dos fatores de risco mais frequentes que apresentavam os pacientes hipertensos, tais como:

- Hábitos e estilos de vida Inadequados;
- Elevada pressão social;
- Nível de informação baixo;
- Processo do trabalho da Equipe de Saúde inadequado.

6.4 Desenho das Operações

Utilizando como referência os nós críticos encontrados, foi elaborada uma proposta de intervenção que tem como objetivo diminuir a incidência dos fatores de risco e as consequências da HAS na área de abrangência através da reorganização do serviço de atendimento aos hipertensos, aumentando sua participação/adesão aos programas de educação e conscientização sobre HAS.

Foram planejados cinco projetos, ou operações com o objetivo de eliminar ou minimizar os nós críticos encontrados:

1. Mais saúde;
2. Viver Melhor;
3. Saber mais;
4. Cuidar melhor;
5. Linha de cuidado.

Quadro 3: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “Elevada prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial”

No crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produto	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Mais saúde Modificar estilos de vida	- Melhorar o conhecimento da população sobre os estilos de vida adequados. - Diminuir em 20% os pacientes Tabagistas, obesidade e etilistas.	- Programa de campanha na rádio local sobre os riscos de HAS. - Programa saudável sobre exercícios e regime.	Cognitivo: Informação sobre o tema. Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos. Organizacional: Organização da agenda e exercícios
Elevada Pressão Social	Viver Melhor - Elevar a disponibilidade de empregos. - Promover um país sem violência.	- Diminuir o desemprego. - Diminuir a violência. - Aumentar os centros de recreação.	- Programa de geração de empregos e renda. - Programas de Atendimento Socio-educativo para diminuir a violência e fomentar a paz.	Cognitivo: Informação sobre o tema. Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Local, recursos audiovisuais, folhetos. Organizacional: Organização da agenda junto com os profissionais.
Nível de informação baixo	Saber mais Aumentar o nível de informação sobre os fatores de risco e as complicações da HAS.	Uma população mais informada sobre os riscos e as complicações da HAS.	- Elaboração e distribuição de material gráfico para promoção e prevenção dos riscos da HAS. - Programas de campanhas na rádio local sobre promoção e prevenção dos riscos de HAS.	Cognitivo: Informação sobre o tema. Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Local, recurso audiovisual, folhetos, rádio. Organizacional: Agenda.

Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar melhor Melhorar o serviço de atenção aos pacientes com riscos de HAS.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a medição da pressão para todos os pacientes com riscos. - Garantia dos exames para os pacientes com risco de HAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação do pessoal profissional. - Contratação de recursos para exames e medicamentos. 	<p>Cognitivo: Informação sobre o tema.</p> <p>Político: Articulação intersetorial.</p> <p>Financeiro: Local, recursos audiovisuais, compra de exames e medicamentos.</p> <p>Organizacional: Agenda.</p>
Processo do trabalho da equipe de saúde inadequado	Linha de cuidado Aumentar o trabalho de prevenção e promoção com os pacientes com riscos de HAS.	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar ao grupo de Hipertensos os pacientes com risco de HAS. - Medir pressão de 100% dos pacientes com riscos. - Elevar o conhecimento sobre os riscos e as complicações de HAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir os medicamentos para as doenças que representam riscos de HAS. - Aumentar a frequência da atividade com os grupos de HAS. - Melhorar a preparação profissional dos membros da equipe. - Visitar a todos os pacientes com riscos de HAS. 	<p>Cognitivo: Informação sobre o tema.</p> <p>Financeiro: Local, recursos audiovisuais, folhetos</p> <p>Organizacional: Elaborar a agenda.</p>

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.5 Identificação dos Recursos Críticos

Campos; Faria; Santos (2010) alertam para o fato de que um processo de transformação da realidade sempre consome algum tipo de recurso, com mais ou com menos intensidade. Assim sendo, a dimensão da transformação almejada será concretizada na razão da disponibilidade dos recursos necessários que sejam obtidos. Os autores definem como recursos críticos, todos aqueles que são indispensáveis à realização do plano de intervenção, sendo, por isso necessário que toda a equipe saiba com clareza quais são tais recursos e desenvolva estratégias para sua realização.

Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para
-o enfrentamento dos “nos” críticos do problema “Elevada prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial”

Operação/Projeto	Recursos necessários
Mais saúde	Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos. Organizacional: Organização da agenda.
Viver Melhor	Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Local, recursos audiovisuais, folhetos. Organizacional: Organização da agenda junto com os profissionais.
Saber mais	Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Local, recurso audiovisual, folhetos, rádio. Organizacional: Agenda.
Cuidar melhor	Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Local, recursos audiovisuais, compra de exames e medicamentos. Organizacional: Agenda.
Linha de cuidado	Financeiro: Local, recursos audiovisuais, folhetos

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.6 Análise da Viabilidade do Plano

Quem planeja uma estratégia, segundo Campos; Faria; 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. Primeiramente é necessário que sejam identificados quais são os atores que controlam os recursos críticos das operações necessárias ao desenvolvimento do plano; quais são os recursos que cada um desses atores controla e, finalmente, determinar qual a motivação de cada um dos atores para com os objetivos determinados.

Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operação/Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Mais saúde	Político: Articulação intersetorial.	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar o projeto
	Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos.	Setor de comunicação social		
	Organizacional: Organização da agenda e exercícios.	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
Viver Melhor	Político: Articulação intersetorial.	Secretaria de Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto
	Financeiro: Local, Recursos audiovisuais, folhetos.	Secretaria de Saúde		
	Organizacional: Organização da agenda junto com os profissionais.	Secretaria de Saúde		
Saber mais	Político: Articulação intersetorial.	Setor de		

		comunicação social	Indiferente	Apresentar o projeto
	Financeiro: Local, Recurso audiovisual, folhetos, rádio. Organizacional: Agenda.	Setor de comunicação social Secretaria de Saúde		
Cuidar melhor	Financeiro: Local, Recursos audiovisuais, folhetos	Secretaria de Saúde	Favorável	Não é necessária
	Organizacional: Elaborar a agenda.	Secretaria de Saúde		
Linha de cuidado	Financeiro: Local, Recursos audiovisuais, folhetos	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.7 Elaboração e Controle do Plano Operativo

Nesta etapa, segundo Campos; Faria; 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 necessários. 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.

Importa lembrar que não é suficiente contar com um bom plano de ação e com os recursos para sua concretização. É fundamental que se desenvolva um sistema de gestão que seja capaz de coordenar e acompanhar a execução das operações, promovendo ajustes e alterações quando necessário, garantindo a correta utilização dos recursos e promovendo a comunicação entre planejadores e executores. Dessa forma, o plano alcançará maior probabilidade de sucesso (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 6: Plano Operativo.

Operações	Resultados Esperados	Pro Endemias e Endemias adultas	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Mais saúde Modificar estilos de vida	- Melhorar o conhecimento da população sobre os estilos de vida adequados.	- Programa de campanha na radio local sobre os riscos de HAS.	Apresentar o projeto	Denise Westin Gerente do PSF.	Apresentar o projeto em 3 meses a 9 meses
	- Diminuir em 20% dos pacientes Tabagistas, obesidade e etilistas.	- Programa saudável sobre exercícios e regime.		Denise Westin Gerente do PSF	Três meses para o inicio das atividades
Viver Melhor Aumentar a disponibilidade de empregos. Promover um país sem violência.	- Diminuir o desemprego. - Diminuir a violência. - Aumentar os centros de recreação-	- Programa de geração de empregos e renda. - Programas de Atendimento Socioeducativo para melhorar a violência e fomentar a paz.	Apresentar o projeto	Daydelys Martinez Médica do PSF.	Apresentar o projeto em 3 meses a 9 meses.
Saber mais Aumentar o nível de informação sobre os fatores de risco e as complicações da HAS.	Uma população mais informada sobre os riscos e as complicações da HAS.	- Elaboração e distribuição de material gráfico para promoção e prevenção dos riscos da HAS. - Programas de campanhas pela radio local sobre promoção e prevenção dos riscos de		Sudaria Silva Tec. Enfermagem	Três meses para o inicio das atividades

		HAS.	Apresentar o projeto	Denise Westin Gerente do PSF.	Apresentar o projeto em 3 meses a 9 meses
Cuidar melhor Melhorar o serviço de atenção aos pacientes com riscos de HAS.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a medição da pressão para todos os pacientes com riscos. - Garantia dos exames para os pacientes com risco de HAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação do pessoal profissional. - Contratação de recursos para exames e medicamentos. 		Daydelys Martinez Médica do PSF.	Três meses para o início das atividades
Linha de cuidado Aumentar o trabalho de prevenção e promoção com os pacientes com riscos de HAS.	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar ao grupo de Hipertensos aos pacientes com risco de HAS. - Medir pressão ao 100% dos pacientes com riscos. - Elevar o conhecimento sobre os riscos e as complicações de HAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir os medicamentos para as doenças que representam riscos de HAS. - Aumentar a frequência da atividade com os grupos de HAS. - Elevar a preparação Profissional dos membros da equipe. - Visitar a todos os pacientes com riscos de HAS. 		Denise Westin Gerente do PSF	Três meses para o início das atividades

Fonte: Autoria Própria (2015).

|

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu-nos conhecer a realidade da área de abrangência do PSF Santo Antônio com relação aos fatores de risco e as complicações da HAS, constatando uma realidade não muito diferente da brasileira, que foi apresentada pelos estudos citados.

Foi possível também perceber o despreparo da equipe em lidar com a questão e a importância que existe de preparar aos profissionais que a compõem para dar apoio necessário aos pacientes com esta doença.

Com base no trabalho proposto, conclui-se que:

- A HAS tem grande incidência na área de abrangência da equipe;
- Para reduzir o índice de agravamento da situação é necessário levar conhecimento aos pacientes e suas famílias;
- Será necessário muito envolvimento e empenho da equipe do PSF no sentido de mobilizar a comunidade, dando início ao movimento em prol da mudança de hábitos;
- A maior garantia de que o plano de ação será bem-sucedido apoia-se no volume e na forma como as informações forem divulgadas;
- É necessária a articulação de diferentes tipos de estratégias e de diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais para a implementação das ações conjuntas.

Enfim, esta proposta de intervenção, prevê medidas simples, voltadas para a melhoria de ações ofertadas e considera que o envolvimento e o compromisso dos diversos atores/atrizes responsáveis por essa prática, principalmente a equipe multiprofissional do PSF Santo Antônio, diretamente envolvida, no cumprimento de todas as metas, trará um atendimento eficaz e de qualidade para esse público.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, K. M. S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o auto-cuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz- RN**. 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2004.
- BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 1, p. 1 – 48, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 71p.
- 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.
- 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: abril de 2015.
- CICCO, L. H. S. **Hipertensão arterial? E agora?** Disponível em: <www.saudevidaonline.com.br/hipert.htm - 15k>. Acesso em: 17 Jan 2007.
- CORREIA, H. L. *et al.* A evolução da aplicação do Planejamento Estratégico Situacional na administração pública municipal brasileira: o caso Santo André. **Gestão & Responsabilidade**, v. 23, nº 67, p. 17 – 28, mai./ago. 2007.
- COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol.62, no.1, p.11, Fev/2009.
- ENDOCÁRDIO. **Hipertensão Arterial**. Disponível em <http://www.endocardio.med.br/hipertensao-arterial/>. Acesso em abril de 2015.
- FARIA, H. O. *et al.* **Modelo assistencial e a atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2008, 68p.
- FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, vol.43, no.4, p.595-603, Ago. 2009.
- KAWATA, L. S. *et al.* O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto - Enfermagem**, vol.18, no.2, p.313-320, Jun. 2009.
- MION JR, D. *et al.* Diagnóstico da hipertensão arterial. **Medicina**, v. 29, p. 193-8, 1996.

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

NOBRE, F. *et al.* Hipertensão Arterial Sistêmica Primária. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 3, nº 46, p. 256 – 272, 2013.

LOPES, Paulo C. Revisão sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013.

LOPES, F. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Enfermagem Clínico Cirúrgica**. Disponível em <<www.ifcursos.com.br>> Acesso em abril de 2015.

PERALTA, Fabiana C. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad, Sept. 2013.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, São Paulo, 2003.

PINHEIRO, P. Hipertensão Arterial: sintomas, causas e tratamento. **MD. Saúde**. Disponível em <<<http://www.mdsaude.com/2009/02/insuficiencia-cardiaca.html>>> Acesso em abril de 2015.B

SCHIMIDT, A; PAZIN FILHO, A.; MACIEL, B. C. Medida indireta da pressão arterial sistêmica. **Medicina Ribeirão Preto**, n. 37, p. 240 – 245, jul./dez. 2004.