

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

ANUBYS GEORGINA CARDENAS GASTON

**A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DOS FATORES DE RISCO
MODIFICÁVEIS NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES HIPERTENSOS DA UBS MARIO INACIO CARNEIRO, EM
LARANJAL, MINAS GERAIS**

UBÁ / MINAS GERAIS

2016

ANUBYS GEORGINA CARDENAS GASTON

**A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DOS FATORES DE RISCO
MODIFICÁVEIS NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES HIPERTENSOS DA UBS MARIO INACIO CARNEIRO EM
LARANJAL, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Anadias Trajano Camargos

UBÁ / MINAS GERAIS

2016

ANUBYS GEORGINA CARDENAS GASTON

**A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DOS FATORES DE RISCO
MODIFICÁVEIS NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES HIPERTENSOS DA UBS MARIO INACIO CARNEIRO EM
LARANJAL, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Anadias Trajano Camargos – orientadora – EE/UFMG.

Bruno Leonardo de Castro Sena - examinador

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016

AGRADECIMENTOS

A Deus por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

À minha mãe e ao meu noivo pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

À minha orientadora profa. Anadias Trajano Camargos, pelo auxílio e dedicação.

À equipe do PSF Dr. Mario Inácio Carneiro pela recepção calorosa e aos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

“A única maneira de fazer um bom trabalho é amando o que você faz”

Steve Jobs

RESUMO

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil. O controle adequado dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica deve ser uma das prioridades da Atenção Básica, a partir do diagnóstico precoce, de um controle eficiente e de tratamento adequado dessa afecção, essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Assim, justifica-se a elaboração deste trabalho, o fato de poder contribuir com a equipe de saúde durante o atendimento do usuário que procura a Unidade de Saúde, Mario Inácio Carneiro, em Laranjal- Minas Gerais, na tentativa de buscar meios para melhorar a sua saúde. A partir do diagnóstico situacional e maior conhecimento da área de abrangência, dos problemas de saúde mais comuns e enfrentados pela comunidade, por meio da estimativa rápida, a equipe de saúde se reuniu e priorizou o problema da hipertensão como o mais relevante no momento. Assim, este estudo objetivou elaborar uma proposta de intervenção visando conscientizar os pacientes hipertensos sobre os fatores de riscos modificáveis e a melhora na qualidade de vida e os específicos: identificar os fatores de risco dos pacientes hipertensos; diferenciar os fatores modificáveis dos não modificáveis; orientar aos usuários do SUS, precisamente os hipertensos sobre a importância do tratamento medicamentoso; estimular hábitos de vida saudável entre os hipertensos; implementar medidas que possam motivar aos pacientes participarem das atividades de controle e tratamento adequado. Para melhor compreensão do problema fez-se revisão da literatura do tema utilizando-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Programas do Ministério de Saúde, com a utilização dos descritores: Hipertensão, Fatores de Risco, Qualidade de vida e Atenção primária de saúde. Posteriormente foi elaborado o plano de ação seguindo os passos preconizados pelo Planejamento Estratégico Situacional.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Qualidade de vida. Atenção primária de saúde.

ABSTRACT

Public health statistics one can see that the systemic Arterial hypertension have high prevalence and low rates of control, which is considered one of the most important public health problems in Brazil. The proper control of patients with Hypertension should be one of the priorities of the basic attention, from the early diagnosis, efficient control, and appropriate treatment of this disease, are essential for reduction of adverse cardiovascular events. So, if the preparation of this work, the fact to be able to contribute with the health team for the care of the user who searches for the health unit, Mario Ignacio Castro, in Orange Grove, in an attempt to seek means to improve their health. The Situational diagnosis that allowed the knowledge of the area, raising the problems faced by the community. The data was discussed with the team and was given a problem from the analysis of and was prioritized a problem from the analysis of certain criteria. Sought to delineate the work objectives: general objective: to draw up a proposal for intervention in order to raise the awareness of hypertensive patients on the modifiable risk factors and the improvement in the quality of life and the specifics: identify the risk factors of hypertensive patients; differentiate the modifiable factors of non-modifiable; guide users of SUS, precisely the hypertensive patients on the importance of drug treatment; encourage healthy living habits among hypertensive individuals; implement measures that may motivate patients participate the activities of control and proper treatment. For better understanding of the problem it was necessary to do a literature review of the topic using the databases: Virtual Health Library (VHL) of the Ministry of health, with the use of key words: Hypertension, risk factors, treatment anti-hypertensive, Complications in addition to data provided through the records and registers of HIPERDIA. Later was drafted action plan following the steps recommended by the Situational strategic planning.

Keywords: Hypertension. Risk factors Quality of life Primary care Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Histórico do Município.....	11
1.2 Unidade Básica de Saúde Dr. Mario Inácio Carneiro	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral.....	18
3.2 Objetivos Específicos.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISAO DA LITERATURA.....	21
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	21
5.2 Fatores de Risco	23
5.3 Tratamento anti-hipertensivo	24
5.4 Complicações	28
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Definição dos Problemas.....	30
6.2 Priorização dos Problemas	31
6.3 Descrição do Problema Selecionado.....	32
6.4 Explicação do Problema Selecionado.....	33
6.5 Seleção dos “nós críticos”	33
6.6 Desenho das operações para enfrentar os “nos críticos”	34
6.7 Identificação dos Recursos Críticos.....	36
6.8 Análise da viabilidade do plano e/ou organizar para criar sua viabilidade	36
6.9 Elaboração do plano operativo	37
6.10 Gestão do plano de ação	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERENCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial representa sério problema de saúde pública, pela sua elevada prevalência, de 15% a 20% na população adulta e mais de 50% nos idosos. Além disso, junto com o tabagismo, diabetes e dislipidemia constitui-se em importante fator de risco para as doenças cardiovasculares responsáveis por cerca de 30% das mortes (VASCONCELLOS,2004).

A relevância da hipertensão arterial, como importante fator de risco cardiovascular, sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não-fatais, quando a ela estão associados outros fatores de risco, torna importante o conhecimento da ocorrência tanto nacional como regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios (BRASIL, 2006).

Merece levar a consideração à modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui no delineamento desse quadro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010).

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modificam a história evolutiva desses agravos torna ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência (BRASIL, 2006)

As complicações da hipertensão arterial, em muitos casos, levam o paciente a requerer cuidados médicos de alto custo, exigindo uso constante de medicamentos, exames complementares periódicos e procedimentos como diálise e transplante. No Brasil, as doenças cardiocirculatórias são uma das principais causas de internações hospitalares e reconhecidamente envolvem custos elevados. A Hipertensão arterial é

um excelente modelo para trabalho de uma equipe multiprofissional. A necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos e vem sendo incorporados de forma progressiva na prática diária (IV DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A Hipertensão arterial constitui o problema de saúde mais alarmante em minha área de abrangência. Segundo dos estudos realizados os pacientes não têm consciência dos fatores de risco e as complicações que tem esta doença crônica e desconhecem as principais causas de agravo. Outro fator relevante é a falta de acompanhamento adequada dos pacientes com hipertensão favorecendo sua descompensação frequente. Na nossa unidade de saúde da família Dr. Mario Inácio Carneiro durante as consultas observa-se a presença de complicações frequentes da doença, a mais frequente as cardiovasculares.

Ressaltamos que o Programa de Saúde da Família conta com ações de saúde individuais e coletivas, visando à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção da saúde (BRASIL, 2010). O município aderiu ao programa Saúde em casa que tem como projeto estruturador de atenção a saúde primária cuja finalidade precípua é melhorar a qualidade da atenção primária prestados a população

Depois de analisar os dados disponíveis em fontes como: IBGE, SIAB e Secretária de Saúde Municipal. Tivemos a oportunidade de discutir com os membros da equipe, os principais problemas enfrentados pela Equipe de Saúde da Família e a população. Foram citados vários problemas, mas sendo consenso geral da equipe, os pacientes hipertensos e diabéticos. Estes foram os que ganharam maior destaque devido o grande número e a dificuldade de controle adequado ao estado de saúde dos mesmos.

Apesar de grande esforço para otimização do tratamento destes pacientes, através de consultas, no mínimo duas consultas anuais, grupos operativos, informações e instruções durante as consultas, este ainda é um grande problema enfrentado por todos.

1.1 Histórico do Município

Laranjal é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. A cidade contém dois distritos: São João da Sapucaia e Sapucaia. A região onde se localiza o município foi habitada primitivamente pelos índios puris. Nos meados do século XIX, a margem do caminho que levava o São Paulo do Muriae, Presídio Meio Peta e outras localidades, surgiu o arraial que mais tarde veio a ser a cidade de Laranjal, resultante de um ponto de passo de tropeiros e boiadeiros.

A área que os aventureiros da época escolheram para ponto de descanso das suas longas caminhadas foi aos poucos atraindo alguns residentes, que ali se estabeleceram. O nome da localidade foi dado em virtude de um grande laranjal que existia na sede do distrito, na época em que o mesmo ainda era povoado. Mais tarde o Distrito foi transferido, até que se elevou a categoria de município, com o nome atual através do Decreto – Lei Estadual nos 148, de 17 de dezembro de 1938.

Segundo dados levantados junto ao IBGE (2010), a área ocupada pelo município Laranjal de Minas Gerais é de 204.882 km, com uma densidade demográfica é de 31,66 hab./km². O município Laranjal localiza – se na Mesorregião da Zona á Mata Mineira, com uma altitude máxima de 1119 m. Localizado na Serra Monte Redondo (Pico Cristal) e na sede 175 m, com uma população de 6517 pessoas, 4264 na zona urbana e 2253 na zona rural.



Fonte: www.laranjal.mg.gov.br/



Fonte: www.laranjal.mg.gov.br/

A economia do município é baseada na agropecuária, bovinocultura de leite, gado de corte, agricultura de arroz, milho, feijão, na plantação de hortaliças em especial jiló e atualmente vem se destacando na área de artesanato. Além disso, o município conta com um vasto número de estabelecimentos comerciais distribuídos entre

mercados, mini-mercados, padarias, lojas, farmácias, lojas de materiais da construção, papelarias, oficinas mecânicas e uma grande quantidade de bares.

Quanto a geração de empregos a cada dia cresce mais, a fonte são as empresas e micro-empresas instaladas no município, como as fabricas de biscoitos, doces, luvas e material de segurança do trabalho e empresas de transporte, que juntamente com as confecções especializadas em roupas femininas, masculinas e infantil, destacando a confecção de camisas sócias que levaria a marca de nossa cidade para todo país e o exterior, gerando mais ou menos 1200 oportunidades de empregos.

Com o inicio das obras da usina Barra da Braúna (39 MW) localizada no Rio Pomba, entre os municípios Laranjal e Recreio com geração de empregos diretos e indiretos, uma obra de grande porte com previsão de 5 anos para conclusão, que após concluída vão aumentar a receita do município.

O Quadro 1, mostra a distribuição da população residente por faixa etária, com um total de 3274 homens e 3243 mulheres, a maioria da população encontrasse na faixa etária de 20- 29 anos, prevalecendo também o número de pessoa maiores de 60 anos.

Quadro 1: População residente por faixa etária e sexo, 2010

Faixa Etaria	Homem	Mulher	Total
00 -04	184	150	334
05 – 09	176	185	361
10 -14	242	228	470
15 -19	244	239	483
20 – 29	522	522	1044
30 - 39	461	485	946
40 - 49	474	447	921
50 -59	404	430	834
60 - 69	304	277	581
70 - 79	177	169	346
80 e +	86	111	197

Total	3274	3243	6517
-------	------	------	------

Fonte: Plano Saúde Municipal de Laranjal, 2014

O Conselho Municipal de Saúde possui 24 membros, quatro do governo, quatro prestadores de serviço, quatro trabalhadores da área da saúde e 12 usuários. As reuniões ocorrem uma vez ao mês.

Pode se afirmar que Laranjal deu um grande passo na área da saúde comparada com os anos anteriores em vários os aspectos. A saúde da população é atendida parte pelo Hospital Comunitário de Laranjal, Programa de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal com 03 equipes para atender a zona urbana e rural. O Centro de Saúde de Laranjal e Postos de Saúde nos Distritos, dois novos postos foram construídos com recursos do Governo de Estado, no entanto, os mesmos se apresentam com os problemas e deficiências orçamentários de todos os municípios do País.

Laranjal possui ainda, um Hospital Comunitário que funciona as 24h oferecendo atendimento inteiramente através do SUS inclusive o atendimento de Urgência e Emergência. Conta com 32 leitos, aparelhos de Raios-X, Eletrocardiógrafo, Centro Cirúrgico (onde se realizam cirurgias de pequeno porte), com serviços terceirizados pelos SUS, de Exames Laboratoriais, Ultra- sons, Endoscopia Digestivas.

Convênios Cislete: O Convenio firmado entre a secretaria municipal de saúde e convenio intermunicipal de saúde da mata de leste para o atendimento de especialidades medicas e exames especializados como: Gastroenterologista, Dermatologista, Neurologista, Oftalmologista, Otorrinolaringologista, Psicólogo, Cardiologista e Angiologista.

Outro importante serviço, é a parceria Saúde da Melhor Idade, uma das grandes conquistas dessa parceria realizada semanalmente com a estratégia da saúde. Um trabalho de prevenção e promoção a saúde. São realizadas dinâmicas, palestras, exercícios físicos, atividades de motivação a melhoria da qualidade de vida. A saúde disponibiliza veiculo que transporta a todos os participantes ate o local para realização do mesmo.

A aquisição de medicamentos e exames de alto custo são providenciados através de Decreto municipal. Essa aquisição realizada através de parecer social de medicamentos e exames de alto custo não fornecidos e nem realizados pelo SUS. O município conta com a Farmácia de Minas e tem 02 farmacêuticos bioquímicos e 02 atendentes de farmácia.

Os serviços existentes são os de energia elétrica fornecida pela concessionária Energia-CEMIG, e água tratada pela COPASA, as empresas de telefonia com cobertura são: VIVO, TIM e CLARO. O município conta também com uma agência de correios e agências bancárias são: Bradesco, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal.

1.2 Unidade Básica de Saúde Dr. Mario Inácio Carneiro

A Unidade Básica de Saúde, local de trabalho da autora desse estudo, desenvolve as atividades profissionais é a localizada à Rua Maria Soares da Silva. A estrutura física é um local bem centralizado em relação à área de abrangência, facilitando o acesso dos usuários. O horário de funcionamento é de segunda à sexta, nos períodos de 07 às 16 horas. O atendimento médico feito pela medica local ocorre em todos os dias da semana, sendo que na quarta feira e o dia para capacitação.

Quadro 2, aponta como é feita a distribuição dos recursos humanos em saúde, do município Laranjal, sendo 14 trabalhadores da saúde do nível superior, distribuídos em 04 bioquímicos farmacêuticos; 02 farmacêuticos boticários cosmetologias; 02 farmacêuticos de alimentos; 03 médicos clínicos geral, 01 ginecologista/Obstetra, 01 fonoaudióloga do NASF, 04 fisioterapeutas e 05 técnicos de Enfermagem.

Quadro 2: Mês em que ocorreu o registro dos dados sobre Recursos Humanos, fevereiro 2015.

Ocupação em Geral	Número de trabalhadores
Pessoal de saúde- Nível superior	14
Bioquímico/Farmacêutico	4
Farmacêutico boticário cosmetologia	2
Farmacêutico bioquímico farmacêutico de alimentos	2
Clinico Geral	3

Enfermeiro nível superior	4
Técnico de Enfermagem	5
Fisioterapeutas	4
Fonoaudióloga	1
Ginecologista/obstetra	1
Medico de Saúde da Família Comunitário	2

Fonte: Plano Saúde Municipal Laranjal 2014.

A UBS Mario Inácio Carneiro funciona com atendimento integral, onde são feitos os atendimentos de algumas especialidades como: Ginecologia, Pediatria, Odontologia, Urologista, Fonoaudiologia e Psicologia. Quanto a estrutura física contamos com um consultório médico, uma sala para o atendimento dos especialistas, uma sala de vacinação, uma sala de triagem, uma sala de enfermagem, uma sala de curativos, uma sala de esterilização com uma autoclave, uma sala para fazer ECG, um consultório odontológico, a recepção, dois banheiros e uma varanda onde os pacientes aguardam pelo atendimento e uma cozinha fica localizada no fundo.

O Serviço/UBS, conta com uma autoclave, uma mesa ginecológica, uma geladeira para vacinas e outra para alimentos alocada na cozinha, um salão de reuniões que contem mesas e cadeiras que comporta em média, trinta pessoas. Possui um oftalmoscópio, dois esfigmanômetros adultos, material para tratamento preventivo e curativo.

2 JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas de Saúde Pública percebe-se que a Hipertensão Arterial tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

A HAS se caracteriza por altos e sustentados níveis de pressão arterial e se compõe de condição clínica integrada a diversos fatores genéticos bem como se relaciona com hábitos de vida inadequados. Ela é, ainda, o principal fator de risco para complicações como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal (DAUDT, 2013).

Estudiosos como Figueiredo e Asakura (2010) afirmam que pelo fato da HAS não apresentar cura, ela demanda tratamento apropriado para o resto da vida, com vistas ao alcance do controle da pressão arterial, da redução da incidência ou da ocorrência de complicações cardiovasculares, além da melhoria da qualidade de vida da pessoa hipertensa.

A hipertensão é, sem sombra de dúvidas, o maior problema enfrentado pela ESF e seus usuários. Existe um grande número de pacientes hipertensos em nossa área, levando a uma demanda significativa de consultas, muitos apresentam dificuldade de adesão ao tratamento e com fatores de risco que aumenta ainda mais o risco de problemas cardiovasculares, riscos estes, os causadores de maior mortalidade no município.

O meio em que o indivíduo vive, muitas das vezes, cria uma expectativa equivocada da doença que o acomete. Os pacientes hipertensos, são a prova de que os fatores socioculturais, econômicos, ambientais e políticos estão em relação direta ao desfecho da doença. Estes fatores estão ligados com os hábitos de vida, nível de informação e pressão social, que podem levar ao sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dentre outros fatores que prejudicam o tratamento, controle e promoção da saúde destas pessoas.

Para conseguir melhorar a qualidade de vida dos usuários, são necessárias medidas que facilitem o acesso destes ao tratamento, prevenindo possíveis complicações. O aprendizado dos pacientes sobre a doença e de suas complicações é fundamental para a adesão ao tratamento por parte dos pacientes.

Está evidente em nosso meio, a necessidade de medidas que visem instruir aos pacientes hipertensos, no que tange aos fatores de risco, as mudanças no estilo de vida, e a adesão ao tratamento e prevenção de complicações, a fim de que estes usuários possam ter melhor qualidade de vida.

Na realidade do PSF Mario Inácio Carneiro são muito frequentes os atendimentos a pacientes com Hipertensão arterial, sem nenhum controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves, mais provavelmente evitáveis, como os casos de Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral, por exemplo. Além disso, são frequentes os casos de pacientes com descompensação dos níveis pressóricos, que sobrecarregam a demanda espontânea.

A falta de adesão dos usuários quanto as mudanças de estilos de vida e ao tratamento adequado da Hipertensão arterial também são evidentes durante as consultas medicas e de enfermagem. Dessa forma, devido à alta prevalência na Hipertensão arterial na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acreditasse que a proposta de intervenção proposto seja importante e possibilite melhora das condições de saúde e de vida da população adstrita.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de intervenção visando conscientizar os pacientes hipertensos da UBS Mario Inácio Carneiro, município de Laranjal, MG sobre os fatores de riscos modificáveis e a melhora na qualidade de vida no ano 2016.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os fatores de risco dos pacientes hipertensos;
- Diferenciar os fatores modificáveis dos não modificáveis;
- Orientar aos usuários do SUS, precisamente os hipertensos sobre a importância do tratamento medicamentoso, visando conscientiza-los;
- Estimular hábitos de vida saudável entre os hipertensos;
- Implementar medidas que possam motivar aos pacientes participarem das atividades de controle e tratamento adequado.

3 METODOLOGIA

Para a elaboração da proposta de intervenção, foram considerados três momentos:

Primeiro: realizou-se o diagnóstico situacional, com levantamento do número de pacientes hipertensos existentes na área de abrangência da UBS – Mario Inácio Carneiro no município de Laranjal/MG. Além disso, foi feita entrevista com os usuários que trabalham no local, momento em que constatou-se as dificuldades de adesão ao tratamento e a prática de hábitos de vida desfavoráveis para a promoção da saúde destes pacientes.

Segundo: fez-se uma revisão da literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com a utilização dos descritores: Hipertensão, fatores de risco, Qualidade de vida e Atenção primária em saúde, nas bases de dados, LILACS e SciELO, no período de 1999 a 2015.

E, por fim, no terceiro momento foi elaborada proposta de intervenção com base no método Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS;FARIA;SANTOS, 2010).

Ressalta-se que os profissionais da UBS serão capacitados e após a capacitação desses profissionais, será formado um grupo operativo, composto pelos profissionais da saúde, usuários hipertensos e familiares próximos. Em seguida serão programadas reuniões quinzenais durante os três primeiros meses e posteriormente passarão a ser mensais. A formação desse grupo visa conscientizar os pacientes quanto à doença hipertensão, promovendo discussões a respeito da mesma, relatos de vivências e informações através de palestras, vídeos, cartazes, além de estimular a prática de atividade física através de um profissional de Educação Física e um Nutricionista que dará informações sobre a alimentação adequada e saudável aos pacientes.

Diogo e Duarte (1999) destacam a importância da capacitação de recursos humanos voltada para o desenvolvimento das competências necessárias ao cuidado à saúde, considerando-se suas peculiaridades e sua complexidade. Além disso,

destacam ainda que capacitação de recursos humanos é o grande desafio para os planejadores de programas de educação permanente nos serviços de saúde, sobretudo quando se leva em consideração a escassez do conteúdo nos currículos de formação profissionais em saúde.

4 REVISAO DA LITERATURA

Originada da epidemiologia clínica, em meados de 1990, a Medicina Baseada em Evidências objetiva a organização das informações mais importantes acerca de um problema de saúde e a busca por intervenções mais eficientes, o que resulta em uma melhor resposta do paciente, diante de um problema enfrentado, de forma segura e com menor custo. Essa prática correlaciona a evidencia mais relevante e resolutive com a experiência clínica e as individualidades de cada paciente. Assim, os diferentes profissionais de saúde elegem uma conduta fundamentada em evidências científicas, apontadas para a literatura, com o intuito de melhorar a assistência prestada ao paciente (BORK, 2005).

São quatro as fases de desenvolvimento da prática da medicina baseada em evidências, sendo elas, **ver**, **questionar**, **julgar** e **agir**. Descrevendo as fases iniciamos pelo **ver** que consiste na elaboração do quadro clínico de um paciente que inclui, anamnese, observação, exame físico e exames complementares. Quanto ao **questionar** e realizado através da formulação de uma pergunta que expressa o problema; o julgar corresponde à análise de trabalhos publicados, a validade e a aplicabilidade destes diante do problema; o agir seria a resultante das demais fases (DRUMMOND *et al.*, 2004).

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica e a mais frequente das doenças cardiovasculares. E também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Sendo que no Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais (BRASIL, 2006, p. 07).

Como a hipertensão arterial e uma doença que fica a maior parte do seu curso assintomática, vem sendo, muitas vezes, negligenciado o seu diagnóstico e tratamento, o que faz com que a adesão ao tratamento prescrito seja baixa por parte dos pacientes. Sendo assim, um dos principais fatores e a dificuldade no controle da hipertensão devido a recusa dos seus pacientes que não aceitam a condição da doença crônica não ter cura (BRASIL, 2006).

De acordo com Rosário *et al.* (2009), a hipertensão arterial revelou-se um problema de saúde pública relevante também em municípios de pequeno porte do interior do país, em que os níveis de controle da hipertensão arterial sistêmica foram considerados insatisfatórios na população estudada.

Muraro *et al.* (2013) afirmam que existe relação de causa e efeito entre aumento de massa corporal e de pressão arterial já demonstrada em diversos estudos. Sabe-se que, em nível individuais, dieta rica em sódio e álcool e pobre em potássio e fibras, está relacionada com o aumento dos níveis de pressão arterial.

Segundo Roesse *et al.* (2011) os municípios que possuem a Estratégia de Saúde da Família realizam o cadastro e o acompanhamento a população adstrita com Hipertensão arterial. Apesar disso o número de usuários acompanhados, em geral, é menor do que o de usuários cadastrados, algumas vezes devido a dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ou a busca pelos mesmos apenas em momentos de agudização da doença.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão a linha demarcatória que define Hipertensão arterial, em adultos, considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. A utilização de diferentes índices pressóricos ou de menor número de aferições de PA para diagnóstico de Hipertensão Arterial pode variar de acordo com o risco cardiovascular individual. Por exemplo, pacientes com PA $\geq 140/90$ mmHg com risco cardiovascular alto, muito alto ou PA $\geq 180/110$ mmHg já podem ter o diagnóstico de Hipertensão Arterial confirmado com aferições em duas ocasiões diferentes, enquanto, pacientes com menores índices de PA e risco cardiovascular baixo ou médio, devem ter o diagnóstico validado apenas após medidas repetidas de PA em pelo menos três ocasiões.

As medidas não medicamentosas, mudanças no estilo de vida e práticas de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendados, pois além de reduzir a pressão arterial, e conseqüentemente a mortalidade cardiovascular, possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas primárias dos profissionais

de saúde, já que são as formas, mas efetivas de evitar doenças (NOBRE *et al.*, 2010).

Ressalta-se ainda, que a Política Nacional de Promoção de Saúde, aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso de tabaco e álcool, inclusive com a transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, Machado *et al.* (2007) acrescentam que a promoção em saúde é uma ferramenta importante na preparação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e sua saúde, ao reconhecer o importante comprometimento das pessoas na condução desse processo.

5.2 Fatores de Risco

Camargo Junior (2001, p 15-16) aborda que “ o fator de risco na hipertensão arterial primária e uma característica individual, física ou comportamental, associada com a maior possibilidade de desenvolvimento de determinadas doenças”.

Nobre *et al.* (2010) apontam que os fatores de riscos para hipertensão arterial são: idade, gênero e etnia, obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética.

Camargo Junior (2001, p 16) afirma que existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis são aqueles que são possíveis de intervenção: a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, a ingestão alcoólica, a nutrição, hipercolesterolemia, consumo de sal em excesso, diabetes, uso de drogas, estresse e outros. Os fatores constituídos por fenômenos oriundos da própria geração e desenvolvimento da vida do ser humano como a idade, o sexo, a herança genética e a etnia são denominados de não modificáveis.

Para Silva e Souza (2004) a hipertensão arterial e uma síndrome multifatorial de patogêneses pouco elucidada, ocorrem interações muito complexas entre os fatores genéticos e os fatores ambientais causando uma elevação da pressão arterial. Em aproximadamente 90% a 95% dos casos não existe etiologia conhecida ou cura,

sendo o controle da pressão arterial obtido por mudanças de estilo de vida e tratamento farmacológico.

Mudanças no estilo de vida são recomendadas como prevenção primária da hipertensão arterial sistêmica e redução dos níveis pressóricos. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010 p 3) menciona que: “hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos”.

Para a Sociedade Brasileira de Hipertensão, (2010) o período de tempo recomendado é de no máximo 6 meses, para que as medidas de modificação de estilos de vida sejam incorporadas pelos pacientes hipertensos e aqueles com comportamento limítrofe de pressão arterial, com baixo risco cardiovascular.

O tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso objetiva a redução da pressão diastólica, respeitando-se as características individuais, a presença de doenças ou condições associadas ou características peculiares e a qualidade de vida dos pacientes (REINERS, 2005).

Dessa forma, o sucesso do tratamento depende de mudanças no comportamento e sua adesão ao plano alimentar mais saudável.

5.3 Tratamento anti-hipertensivo

A meta do tratamento anti-hipertensivo a ser atingida é manter níveis tensionais < 140/90 mmHg para aqueles com risco cardiovascular baixo e médio e \leq 130/80 mmHg para os que possuem risco alto ou muito alto. Para isso, a estratégia terapêutica deverá ser individualizada e baseada no risco cardiovascular, considerando-se a presença de fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e/ou doença cardiovascular existente, e não apenas o nível de PA (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010).

Destarte, com a finalidade de intensificar as ações voltadas à divulgação dos benefícios advindos da manutenção da pressão arterial em níveis adequados e conscientizar a população sobre os riscos da hipertensão, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2011) promoveu a campanha “Eu sou 12 por 8”, cujo grande desafio é fazer com que os indivíduos percebam esses benefícios, a gravidade da hipertensão

não tratada, bem como a importância de um diagnóstico precoce e o não abandono do tratamento.

O tratamento para o controle pressórico tem como objetivo primordial a redução da morbimortalidade cardiovascular, aumentada em decorrência de níveis tensionais elevados e de outros agravantes (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010). Assim, o êxito no tratamento inclui, além do uso correto do medicamento, a mudança do estilo de vida referente aos fatores de risco já mencionados.

Segundo relatam Duarte et al. (2010), estudos desenvolvidos desde a década de 1960 demonstram a eficácia da medicação anti-hipertensiva no controle da pressão arterial e redução da morbimortalidade associada. Embora o tratamento medicamentoso tenha indicações precisas, a adoção de práticas que reduzam o consumo de sódio, o sedentarismo e a obesidade, entre outras medidas, está indicada a todos os hipertensos (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010).

De acordo com o divulgado, a dieta rica em frutas, fibras, minerais, hortaliças e laticínios com baixos teores de gordura e sódio tem expressivo impacto na redução da PA. Como asseveram Forman, Stampfer e Curhan (2009), um alto grau de adesão a esse tipo de dieta reduziu em 14% o desenvolvimento de hipertensão. A associação do alto consumo de potássio, magnésio e cálcio também foi benéfica no controle da PA, mas a redução na ingestão de sódio é uma das medidas de maior impacto na prevenção da HAS, pois se associa à menor elevação anual da pressão arterial e promove queda pressórica proporcional à diminuição do teor de sódio. Recomenda-se ingerir até 5g de sal/dia (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010).

Sobre a associação entre a ingestão de álcool e as alterações da PA, depende da quantidade ingerida. Todavia, o consumo não deve ultrapassar 30g/dia de etanol para homens e 15g/dia para mulheres (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010). Quanto ao tabagismo, devem ser implementadas estratégias que levem o usuário ao seu abandono.

Como se depreende, as mudanças de estilo de vida para a obtenção do controle pressórico são fundamentais. Elas devem ser orientadas aos usuários com hipertensão no momento das consultas, por todos os profissionais de saúde. Caso este não seja alcançado, o tratamento farmacológico será instituído. No entanto, ressalta-se: o uso de medicamentos não dispensa a primeira abordagem.

Como sugere a terapia medicamentosa, o fármaco deve ser eficaz por via oral, além de bem tolerado, permitir a administração do menor número possível de tomadas diárias. Deve-se preferir aqueles com posologia de dose única diária, mas é preciso iniciá-los com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente, pois quanto maior a dose, maiores as probabilidades de efeitos adversos (MOCHEL et al., 2007). Segundo as VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010), para os hipertensos em estágios 2 e 3 pode-se considerar o uso de associações fixas de medicamentos anti-hipertensivos como terapia inicial.

Conforme estudos, os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução dos níveis tensionais e de eventos cardiovasculares. Os disponíveis no Brasil são classificados em: diuréticos; inibidores adrenérgicos; betabloqueadores; vasodilatadores diretos; inibidores da enzima conversora da angiotensina; bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores dos receptores da angiotensina II; inibidores diretos da renina; e antagonistas da endotelina (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010).

Os diuréticos são eficazes na redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. Têm duplo mecanismo de ação, um agudo, que inibe a reabsorção do sal pelo rim, reduzindo a volemia, o retorno venoso ao coração e o débito cardíaco; e outro crônico, que leva à vasodilatação arteriolar, diminuindo a resistência vascular periférica (LUNA, 2009).

Diferentemente dos primeiros, os inibidores adrenérgicos de ação central atuam estimulando os receptores alfa-2-adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático. Sua eficácia anti-hipertensiva como

monoterapia é, em geral, discreta. Entretanto, podem ser úteis em associação com medicamentos de outras classes terapêuticas, particularmente quando há evidência de hiperatividade simpática (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010).

Já os betabloqueadores são drogas que antagonizam as respostas às catecolaminas, mediadas pelos receptores beta. Diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina e readaptação dos barorreceptores são resultados encontrados após a administração dessas drogas. São utilizados, preferencialmente, em situações especiais, como nas pessoas coronariopatas, com 33 disfunção sistólica, arritmias cardíacas ou infarto do miocárdio prévio (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010).

Outro agente anti-hipertensivo são os vasodilatadores, os quais atuam sobre a musculatura da parede vascular, promovendo seu relaxamento. Têm como consequência a vasodilatação e redução da resistência vascular periférica. São usados em associação com os diuréticos e/ou betabloqueadores, pois sua ação vasodilatadora direta promove retenção hídrica e taquicardia reflexa, o que contraindica a monoterapia (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010).

Os bloqueadores dos canais de cálcio possuem efeitos antianginosos, antiarrítmicos e também controlam a PA. Sua ação anti-hipertensiva decorre da redução da resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares. São utilizados em usuários sem restrição ao sal (LUNA, 2009).

Quanto aos inibidores da enzima conversora da angiotensina, estes agem fundamentalmente pela inibição da enzima conversora, bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos. São eficazes no tratamento da HAS e reduzem a morbimortalidade nos hipertensos (VI DBH, 2010).

Ressalta-se que outros fármacos eficazes no tratamento da HAS são os bloqueadores do receptor AT1, pois antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico dos seus receptores AT1 (VI DBH, 2010). Contudo, a experiência com antagonistas AT1 é mais restrita do que com os IECA. Para as pessoas com hipertensão, nas quais está indicado um IECA, mas que não podem tolerá-lo, em virtude da ocorrência de tosse seca, os antagonistas AT1 mostram-se úteis (RANG et al., 2004).

Em relação aos inibidores diretos da renina, tem-se o alisquireno como único fármaco disponível para o uso clínico. Ele promove inibição direta da ação renina com conseqüente diminuição da formação de angiotensina II, porém não é amplamente usado em virtude da experiência com este medicamento ainda ser inexpressiva (LUNA, 2009).

Os esquemas terapêuticos se organizam em monoterapia e terapia combinada. Então, logo após o diagnóstico e a instituição do tratamento, determinado pelo médico, todos os demais profissionais de saúde devem estar aptos a orientar e encorajar os usuários no seguimento da terapêutica correta, seja ela farmacológica ou não.

5.4 Complicações

A elevação da pressão arterial representa um problema de saúde comum com conseqüências generalizadas e, algumas vezes devastadoras, quase sempre permanece assintomática até uma fase tardia da sua evolução, constituindo um dos fatores de risco mais importante na cardiopatia coronariana e nos acidentes vasculares cerebrais, além disso, pode resultar em hipertrofia cardíaca com insuficiência cardíaca (cardiopatia hipertensiva), dissecação da aorta e insuficiência renal (ROBBINS, 2006).

A hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença cardiovascular que ocorre com mais constância. É também considerada como o principal fator de risco para as complicações que acomete os pacientes portadores desta patologia, tais como

acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, lembrando também da doença renal crônica de fase terminal (BRASIL, 2006).

A lesão característica da hipertensão, no coração, apresenta-se como hipertrofia, ou seja, espessamento das paredes do ventrículo esquerdo, com aumento do peso e diminuição da cavidade. Esse aumento da massa ventricular esquerda não é acompanhado pelo aumento da circulação coronária, o que acarreta alteração entre gasto energético e oferta, levando à isquemia miocárdica. (BRASIL, 2006).

As sequelas deixadas pelo acometimento de algum órgão alvo (coração, rins, cérebro, olhos, vasos e artérias) devido a não adesão ao tratamento acarretam uma extrema piora da qualidade de vida, incapacitando até mesmo para tarefas simples do dia a dia, o que pode ocasionar aumento do nível de estresse, diminuição da autoestima e quadros depressivos (GUSMAO, 2005).

A mortalidade por doença cardiovascular cresce progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear e, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para desenvolver a Proposta de Intervenção, serão consideradas algumas ações, entre elas reuniões para esclarecimentos dos objetivos da proposta, sobre o local das atividades, conteúdo e instrumento de avaliação elaborado pela autora da proposta. Os participantes do processo serão os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica a partir das informações objetivas que pode evitar os riscos provocados pela negligência o que é comum no nosso meio.

Antes de iniciar a atividade, delineou-se as etapas da Proposta Intervenção e a primeira delas foi realizar um diagnóstico situacional para delimitar os problemas e priorizá-los, utilizou-se do local de trabalho da autora desse estudo.

6.1 Definição dos Problemas

O Programa de Estratégia de Saúde da Família é um programa responsável pelo atendimento dos usuários do SUS, cuja filosofia é tornar esse atendimento mais humanizado e com maior resolutividade. Para isso, conta com ações de saúde individuais e coletivas, visando à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção da saúde.

É necessário que a equipe de saúde da família seja capaz de identificar os problemas mais frequentes e que exigem mais atenção na população adstrita. Sendo de suma importância o diagnóstico situacional da área de abrangência, pois ele vai nortear todo o trabalho que doravante será realizado com mais presteza, competência e rapidez.

Em nossa área de atuação, no município Laranjal, MG, os problemas mais comuns e importantes não diferem da maioria dos PSF de outros municípios. Depois de analisar os dados disponíveis em fontes como: IBGE, SIAB e Secretária Municipal de Saúde, tivemos a oportunidade de discutir com os membros da equipe, os principais problemas enfrentados pela Equipe de Saúde da Família e a população.

Dentre os problemas levantados foi consenso geral da equipe, os dados referentes aos pacientes hipertensos e diabéticos. Estes foram os que ganharam maior destaque devido ao grande número e a dificuldade de controle adequado. Apesar de grande esforço para otimização do tratamento destes pacientes, através de consultas no mínimo duas consultas anuais, grupos operativos, informações e instruções durante as consultas, este ainda é um grande problema enfrentado por todos.

6.2 Priorização dos Problemas

O quadro abaixo mostra os problemas que foram levantados no diagnóstico situacional destacados em ordem de prioridades. Dentre os problemas mais frequentes em nossa área de abrangência temos a incidência de pacientes com diagnóstico de hipertensão e diabetes mellitus com dificuldade a adesão ao tratamento, tendo ordem de prioridade os pacientes com hipertensão. Temos como problema também o uso indiscriminado de inibidores da bomba de prótons (omeprazol), de benzodiazepínicos e o número de queixas ortopédicas.

Quadro 3: Classificação de prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico da comunidade da ESF-C.M. I.C., Laranjal, MG. 2014

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	seleção
TTO de Hipertensos	alta	7	Parcial	1
TTO de Diabéticos	alta	7	parcial	2
Uso indiscriminado de IBP*	alta	5	parcial	3
Uso indiscriminado de benzodiazepínico	alta	6	parcial	3
Queixas ortopédicas (lombalgia, artralguas, etc.)	alta	4	parcial	4

Fonte: Equipe de Saúde da Família – UBS Mario Inácio Carneiro /MG

6.3 Descrição do Problema Selecionado

A hipertensão é sem sombra de dúvidas o maior problema enfrentado pela ESF e seus usuários. Existe um grande número de pacientes hipertensos em nossa área, levando a uma demanda significativa de consultas, muitos apresentam dificuldade de adesão ao tratamento e com isso os fatores de risco aumentam ainda mais as doenças cardiovasculares, um dos maiores causadores da mortalidade no município. O quadro abaixo ilustra em números a quantidade de pacientes hipertensos cadastrados e confirmados e alguns fatores de risco encontrados nessa população.

Quadro 4: Descritores dos pacientes hipertensos e fatores de risco associados.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos Cadastrados	438	SIAB
Hipertensos Confirmados	391	Dados da Equipe
Hipertensos Acompanhados	391	Dados da Equipe
Hipertensos Controlados	216	Dados da Equipe
Hipertensos Diabéticos	127	Dados da Equipe
Hipertensos Obesos	187	Dados da Equipe
Hipertensos Tabagistas	125	Dados da Equipe
Hipertensos Sedentários	135	Dados da Equipe
Hipertensos dislipidêmicos	256	Dados da Equipe

Fonte: Estatísticas da UBS Mario Inácio Carneiro

O Quadro 4, mostra ainda, os problemas identificados considerados os mais comuns entre a população do município que procura atendimento do centro de saúde, facilitou o direcionamento das estratégias de intervenção a tomar pela equipe.

6.4 Explicação do Problema Selecionado

O meio em que o indivíduo vive, muitas das vezes cria uma interpretação equivocada da doença que o acomete. Os pacientes hipertensos, são a prova de que o fator sociocultural, econômico, ambiental e político tem relação com o desfecho da doença. Os hábitos de vida, nível de informação e pressão social, que podem levar ao sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dentre outros fatores que prejudicam o tratamento, controle e promoção da saúde dessas pessoas.

Para conseguir melhorar a qualidade de vida desses usuários, são necessárias medidas que facilitem o acesso dos mesmos ao tratamento, prevenindo possíveis complicações. O bom entendimento ao paciente e das complicações da doença é de fundamental importância. É frequente, em nossa unidade de saúde, o relato da equipe sobre a dificuldade de se manter a pressão arterial dos pacientes hipertensos em níveis aceitáveis, de forma continuada, até mesmo entre os pacientes que comparecem a consulta regularmente. Uma das explicações para esse problema pode ser a falta de adesão dos pacientes ao tratamento proposto

Depois desse conhecimento, fica claro que em nosso meio, a necessidade de medidas que visem instruir os pacientes hipertensos, sobre os fatores de risco, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, a fim de melhorar a qualidade de vida destes usuários.

6.5 Seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” considerados problemas priorizado pela equipe foram:

- ✓ Entendimento da doença
- ✓ Identificação dos fatores de risco modificáveis
- ✓ Hábitos de vida
 - Tabagismo, alcoolismo, alimentação de má qualidade, sedentarismo, entre outras.
- ✓ Adesão ao tratamento
- ✓ Consultas periódicas

- ✓ Prevenção de complicações
- ✓ Adesão ao tratamento

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentada, O “nós crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Nossa equipe selecionou como nos críticos, o entendimento da doença, identificação dos fatores de risco modificáveis, os hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, alimentação de m qualidade, sedentarismo), adesão ao tratamento, as consultas periódicas e a prevenção das complicações.

6.6 Desenho das operações para enfrentar os “nos críticos”

Quadro 5: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema

NO CRITICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Hábitos e estilos de vida inadequados	+Saúde Modificar estilos de vida	Diminuir 15 % dos hipertensos tabagistas em um ano	Programa de caminhadas. Programa saudável	Organizacional- + caminhadas. Cognitivo-+ informação estratégica de Financeiro - +Recursos audiovisuais, folhetos educativos Político- +Procurar espaço na radio local
Pressão social	Viver melhor Fomentar a paz	Diminuição da violência	Programa de fomenta da cultura da paz	Cognitivo- +informação sobre o tema Financeiro -+ Financiamento do projeto
Nível informação	Saber + Aumentar o	População mais	Avaliação do nível de	Cognitivos-+ Conhecimento

	nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares	informada sobre os riscos cardiovasculares	informação da população dos riscos. Campanha educativa na radio local	sobre estratégias de comunicação Organizacional+ agenda organizada
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar melhor Melhorar a estrutura de serviços para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular	Cuidar melhor Melhorar a estrutura de serviços para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular	Capacitação do pessoal. Contratação de consultas especializadas. Compra de medicamentos	Financeiro- +Aumento de oferta de consultas Cognitivo- +Elaboração adequada
Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema	Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado incluindo mecanismos de referencia e contra	Cobertura de 75% da população com risco cardiovascular aumentado	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada Protocolos implantados Recursos humanos capacitados	Cognitivos - +Elaboração de linha de cuidado e protocolos. Organizacional- +Adequação de fluxo de referências e contra referências

Fonte: autoria própria

O quadro 5, acima, mostra o desenho das operações sobre os “nós” críticos. Foi efetuado o planejamento com a equipe, no que tange as operações e projetos, a procura de resultados que permitam reduzir o percentual de pacientes hipertensos com fatores de risco modificáveis, programando atividades que minimizam a incidência do consumo de tabagismo, sedentarismo. Projeto para aumentar o nível de informação dos pacientes e população em geral.

6.7 Identificação dos Recursos Críticos

Quadro 6: Identificação dos recursos críticos

OPERAÇÃO/PROJETO	RECURSOS/CRÍTICOS
+ Saúde	Financeiro-+ Recursos audiovisuais, folhetos educativo Político -+ Procurar espaço na rádio local
Viver Melhor	Financeiro -+ Financiamento do projeto
Saber +	Cognitivo -+ Conhecimento sobre estratégias de comunicação
Cuidar Melhor	Financeiro -+ Aumento de consultas
Linha de Cuidado	Cognitivos -+ Elaboração de linha de cuidados e protocolos Organizacional -+ Adequação de fluxo de referências e contra referencias

Fonte: Autoria Própria 2015

No quadro 6, se apresenta a identificação dos recursos críticos, que permitem fazer a análise do papel fundamental dos recursos humanos, em relação a sua contribuição significativa na implantação do plano de intervenção e na saúde de pacientes.

6.8 Análise da viabilidade do plano e/ou organizar para criar sua viabilidade

Quadro 7: Proposta de ações para motivação dos atores

OPERAÇÕES/ PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		AÇÕES ESTRATÉGICAS
		ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	
+ Saúde Modificar estilos de vida	Político- +procurar espaço na radio local Financeiros- +Recursos audiovisuais,	Setor de Comunicação social Secretario de saúde.	Favorável Favorável	Não e necessária

	folhetos educativos			
Projeto Viver Melhor Saber +	Financeiro - +Financiamento do projeto Cognitivo - +Conhecimento sobre estratégias de comunicação	Ministério de Ação Social Setor de comunicação	Indiferentes Favorável	Apoio e associações
Cuidar Melhor	Financeiro - +Aumenta de oferta de consultas	Prefeito Municipal Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto
Linha de Cuidado	Cognitivos - +Elaboração de linha de cuidados e protocolos Organizacional - +Adequação de fluxo de referências e contra referências	Associação com outros especialistas. Secretaria Municipal de Saúde	Indiferente Favorável	Apresentar o Projeto

Fonte: Autoria Própria 2015.

Ressalta-se que a equipe tem se empenhado para conscientizar aos pacientes acerca de processo de mudança dos trabalhadores, e por isso que a maior parte das atividades tem como responsável a gerente do projeto a pós-graduanda Anubys, que coordena o desenvolvimento do plano de ação responsabilizando toda a equipe.

6.9 Elaboração do plano operativo

Quadro 8: Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
-----------	------------	----------	--------------------	--------------	-------

+Saúde Modificar estilos de vida	Diminuir em um 15 % o número de hipertensos sedentários e obesos e tabagistas em prazo de um ano.	Programa de caminhada orientada Campanha educativa na radio local.		Dra. Anubys Cárdenas e ACS e Coordenadora da Atenção Básica.	Início dezembro 2015 até dezembro 2016.
Viver Melhor Fomentar a cultura da paz	Diminuição da violência	Programa de fomento da cultura da paz	Apoio das associações	Dra. Anubys e ACS	Início Dezembro 2015 até dezembro 2016
Saber +	População mais informada sobre os riscos cardiovasculares	Avaliação do nível de informação da população sobre riscos cardiovasculares Campanha educativa na radio local		ACS da equipe Dra. Anubys e trabalhadores da radio	Início em janeiro 2016 até junho 2016. Início em março 2016, termino aos 12 meses
Cuidar melhor	Adequação de ofertas de consultas a demanda e	Contratação de consultas especializadas		Secretário de Saúde e Coordenadora da	Início em fevereiro 2016.

	oferta de medicamento s definidos nos protocolos	as e compra de medicament os		Atenção Básica	
Linha de Cuidado	Cobertura de 80% da população com risco cardiovascula r aumentado	Linha de cuidados do risco cardiovascu lar implantado protocolos implantados , recursos humanos capacitados		Dra. Anubys Coordenad or de ABS	Início em Janeiro 2016.

Fonte: Autoria Própria 2015.

O Plano Operativo propriamente dito se propõe a descrever as operações que serão implantadas pela equipe, com perspectivas de obter os resultados esperados, para atender aos objetivos propostos, bem como os produtos e as ações estratégicas. Consta também, o nome do profissional responsável pela execução das operações e o tempo previsto para o início e termino de cada atividade.

6.10 Gestão do plano de ação

Os pacientes participarão de uma dinâmica que os estimule a participar das consultas e visitas domiciliares para cumprir com as indicações médicas e posteriormente serão avaliados os resultados das intervenções por ocasião das reuniões. Nos prontuários de cada um dos pacientes terão informações do perfil clínico epidemiológico dos mesmos.

Pretende se aplicar questionários para avaliar o impacto e desenvolvimento do plano de intervenção. O PSF propõe que as equipes realizem regularmente atividades educativas, visto que o programa se constitui de um modelo pautado no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

A promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Dessa forma, a promoção da saúde visa colaborar para reduzir as desigualdades existentes em relação aos direitos de saúde, facilitando oportunidades e recursos para que os sujeitos atinjam seu completo potencial de saúde.

O conceito referente ao enfrentamento sugere a possibilidade de se promover saúde, ao se estimular a reflexão sobre a mudança da “leitura de mundo” que os sujeitos trazem e ao enfrentamento propriamente dito de situações estressantes, geradas pelo agravo de saúde, de forma mais saudável possível.

Quadro 9: Gestão do Projeto de intervenção

OPERAÇÕES	PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL
+Saúde	Programa de caminhadas.	Dra. Anubys	1 ano	Implantado e implementado em todas as micro áreas.
	Programa Educativo na rádio local	Dra. Anubys e Comunicador da radio.	3 meses	Implantado
Viver melhor	Programa de fomento de cultura da paz	Dra. Anubys	5 meses	Projeto avaliação e elaboração
Saber +	Avaliação do nível de informação da população sobre riscos cardiovasculares. Campanha educativa na rádio local	ACS e Dra. Anubys e trabalhadores da radio	5 meses	Implantado
Cuidar melhor	Contratação de	Secretaria de	5	Projeto em

	consultas especializadas	Saúde do município	meses	avaliação e elaboração
Linha de Cuidado	Linha de Cuidados de riscos cardiovascular e protocolos	Dra. Anubys	3 meses	Implantado

Fonte: Autoria Própria 2015

O acompanhamento e avaliação do Plano de intervenção, na assistência prestada aos portadores de hipertensão arterial, cadastrados na área de abrangência do PSF, Mario Inácio Carneiro, serão verificados por meio dos indicadores do SIAB, pela Equipe de Saúde, conjuntamente com a Coordenadora de Atenção Básica e de Vigilância em Saúde. Baseado em dados levantados no momento. O acompanhamento será mensal e a avaliação será 6 meses após implantação, e, se e necessário implementar alguma ação. No final do primeiro ano será analisado se os objetivos propostos foram alcançados.

Todo esse plano se baseou na realidade do Município Laranjal – MG e de acordo com as possibilidades da unidade de saúde em oferecer com melhor qualidade a prevenção de agravos da Hipertensão arterial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial, assim como outras doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, apresenta altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado na atenção básica a saúde. Por ser passível de diagnóstico precoce e controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, propostas como a do plano de intervenção em questão são importantes por contribuir otimizando o controle das afecções crônicas e diminuindo a ocorrência de eventos cardiovasculares na população acometida pela Hipertensão arterial. Com isso busca-se reduzir a morbimortalidade relacionadas as doenças cardiovasculares e os custos a ela relacionados.

Dentre os recursos necessários para implementação da proposta de intervenção, os recursos críticos são os principalmente os cognitivos, os econômicos e os organizacionais. A falta de profissionais capacitados e a falta de disponibilidade na agenda dos profissionais de saúde é um dos principais entraves para realização das operações que pode atrasar a implantação do plano, até que esses problemas sejam resolvidos. Somam-se ainda a deficiência de recursos financeiros e de equipamentos. A equipe empenhada na proposta do projeto de intervenção, fará todo o necessário para disponibilização dos recursos necessários e resolução dos problemas que sejam entraves a aplicação da proposta.

Considerando que mesmo com as dificuldades, a implementação do plano de ação proposto tem diversas vantagens, como a possibilidade de diagnóstico adequado e precoce da Hipertensão arterial em diversos pacientes, a classificação do risco auxiliando a prevenção e o tratamento precoce das complicações e priorização das medidas de promoção à saúde. Outra vantagem da presente intervenção é a priorização das atividades coletivas, como os grupos de hipertensos e as palestras informativas, com o objetivo de aumentar sobre a adesão da equipe, as ações preventivas destinadas à população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais de cunho prioritariamente curativo.

Com a implementação das ações propostas neste estudo espera-se que:

- Os pacientes adquiram um maior nível de conhecimento sobre Hipertensão Arterial e fatores de risco para a doença.
- Importância dos estilos de vida saudáveis como o exercício físico, manter um peso saudável, uma dieta rica em frutas e legumes, reduzir o consumo excessivo de sal e gorduras, não fumar, não beber álcool, assim como evitar situações estressantes.
- Implementem medidas que se devem tomar para evitar complicações.
- Acredita-se que, aumentando a adesão da população às mudanças de estilos de vida, ao uso correto das medicações e a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e bem-estar, vem ser respondido pela proposta de intervenção.

REFERENCIAS

BORK, A.M.T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**: Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Gerencia da Saúde Comunitária**. A organização do cuidado das pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária a saúde/ organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010, 118p.

CAMARGO JUNIOR, Alvacir. **Análise do comportamento da pressão arterial sob duas intensidades de exercício aeróbico em hipertensos**. Florianópolis 2001

DAUDT, C.V.G. **Fatores de riscos de doenças crônicas não transmissíveis em uma comunidade universitária do sul do Brasil**. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, 2013.

DIOGO, M. J. D; DUARTE, Y. A. O. O Envelhecimento e o Idoso no Ensino de Graduação em Enfermagem no Brasil: Do Panorama Atual à uma Proposta de Conteúdo Programático. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 3, n. 4, p. 370-376. Dez/1999.

DRUMMOND, J. P.; SILVA, E.; COUTINHO, M. Medicina baseada em evidências: **Novo paradigma assistencial e pedagógico**.2.ed. São Paulo; Atheneu, n.2, 2004.

DUARTE, M. T. C.; CYRINO, A. P.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; NEMES, M. I. B.; IYDA, M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, ago. 2010.

FIGUEIREDO, N.N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta paul. Enferm**, v.23, n.6, p.782-7, São Paulo, 2010.

GUSMAO, J.L. **Avaliação da qualidade de vida e controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados**. [Doutorado]. São Paulo; Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Populacional 2010**. Censo Populacional 2010. disponível em: <http://www.ibge.gov.br/xtras/perfilphp?codmus:314670> acessado em 28/05/2014 às 18:35h.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Divisão Territorial do Brasil e limites Territoriais**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_terrt_area_shm acesso em 02 julho do 2014.

LUNA, R, L. **Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. 252p

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual**. www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf. Acesso em 7 de fevereiro de 2016

MIRELES, A L. *et al.* **Atenção a saúde do adulto – Conteúdo técnico linha – guia de hipertensão sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica** (no prelo), Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3 ed., 2013; p. 21-97.

MOCHEL, E. G.; ANDRADE, C. F.; ALMEIDA, D. C.; TOBIAS, A. F.; CABRAL, F.; COSSETTI, R. D. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luiz (MA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 90-101, 2007.

MURARO, A. P. *et al.* Fatores associados a Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo o VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 18, n. 5, mai. 2013.

NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, Jan/Mar. 2010, 57p.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M.; MOORE, P. K. **Farmacologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004,

REINERS, AAO. **Interação profissional de saúde e usuário hipertensão: contribuição para não adesão ao regime terapêutico** [tese]. São Paulo (SP): USP/EERP/ Programa de Pós Graduação em enfermagem 2005.

ROBBINS, COTRAN. **Fundamentos de Patologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

ROESE, A. et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**. 2011; Jan/Mar; 14 (1); 75-84 (80).

ROSARIO, T. M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, vol. 93, n. 6 Dez. 2009.

SILVA, Jorge Luis Lima; SOUZA, Solange Lourdes de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.6, n.3, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: 03 fev. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras. Cardiologia**. São Paulo, 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 95 (1 supl.1), p. 1-51, 2010.

VASCONCELLOS, E.M. **Hipertensão arterial sistêmica**: uma experiência de 34 anos. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.