

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

FERNANDO JOSÉ DE SOUSA

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO NA
COMUNIDADE ATENDIDA PELO PSF CÂNDIDO BERNARDES
NO MUNICÍPIO DE MONTE BELO – MG

Polo Campos Gerais - MG

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

FERNANDO JOSÉ DE SOUSA

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO NA
COMUNIDADE ATENDIDA PELO PSF CÂNDIDO BERNARDES
NO MUNICÍPIO DE MONTE BELO – MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, da Universidade Federal de
Alfenas, polo Campos Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Walnéia Aparecida de
Souza

Polo Campos Gerais - MG

2015

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença com alta prevalência e baixas taxas de controle, considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular e um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Seu controle é essencial para a prevenção de complicações, em longo prazo, relacionadas à mortalidade e à morbidade cerebral, coronariana, cardíaca, renal, retiniana, vascular, dentre outras. O tratamento da HAS baseia-se em medidas não-farmacológicas e farmacológicas. Considera-se adesão a um tratamento o grau de coincidência entre a orientação médica e o comportamento do paciente. O gasto anual médio no Brasil em hospitalizações por hipertensão e suas complicações são da ordem de 400 milhões de dólares. Objetivo: o presente estudo apresenta como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para sistematização do atendimento aos pacientes hipertensos, visando à redução das complicações e aumentar a adesão ao tratamento proposto. Métodos: o estudo será realizado com uma população de hipertensos assistidos pelo Programa de Saúde da Família Cândido Bernardes, no Município de Monte Belo, Minas Gerais no período de março a agosto de 2015. Resultados esperados: o projeto visa promover maior adesão dos hipertensos ao tratamento, com consequente diminuição do número de usuários com controle inadequado dos níveis pressóricos, além da capacitação da equipe profissional para atendimento desses pacientes.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Programa Saúde da Família, Lesões de órgãos-alvo, Medicina Preventiva.

ABSTRAT

The High Blood Pressure (HBP) is a disease with high prevalence and low control rates, considered one of the major modifiable risk factors for cardiovascular disease and one of the most important public health problems in Brazil and worldwide. His control is essential to prevent complications in the long term, related to mortality and morbidity cerebral, coronary, heart, kidney, retina, vascular, among others. The treatment of hypertension based on non-pharmacological and pharmacological actions. It is considered adherence to treatment the degree of coincidence between the medical orientation and the patient's behavior. The average annual expenditure in Brazil in hospitalizations for hypertension and its complications are the order of \$ 400 million. Objectives: This study has the objective to develop an intervention proposal for the systematization of care for hypertensive patients, aiming to reduce the complications and increase adherence to the proposed treatment. Methods: the study will be conducted with patients with hypertension assisted by the Family Health Program Cândido Bernardes, in the city of Monte Belo, Minas Gerais, from March to August 2015. Expected results: the project aims to promote better patient adherence to treatment of hypertension, with consequent reduction in the number of users with inadequate control of blood pressure levels, as well as training of professional staff to treat these patients.

Keywords: High Blood Pressure, Family Health Program, lesion in target organs, preventive medicine.

LISTA DE ABREVIATURAS

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

PA – Pressão Arterial

FR – Fator de Risco

DCV – Doenças Cardiovasculares

SUS – Sistema Único de Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DIC – Doença Isquêmica do Coração

PSF – Programa Saúde da Família

ACS – Agente Comunitário de Saúde

mmHg – Milímetros de Mercúrio

SUMÁRIO

1- Introdução.....	7
2- Justificativa.....	11
3- Objetivos.....	12
4- Métodos.....	13
5- Revisão de literatura.....	14
6- Plano de Intervenção.....	18
6.1- Definição e Priorização dos problemas	18
6.2- Identificação dos “nós críticos”	19
6.3- Explicando o problema	20
6.4- Desenho das operações para os nós críticos do problema	21
6.5- Identificação dos recursos críticos	22
6.6- Análise da viabilidade do plano	22
6.7- Elaboração de um plano operativo	24
7- Considerações finais	25
8- Referências	26
9- Apêndice	28

1. INTRODUÇÃO

O município de Monte Belo possui uma área de 422,5 km² e tem aproximadamente 14 mil habitantes. A população é flutuante, pois, na época da colheita de cana-de-açúcar e café, observa-se um crescimento de aproximadamente 2.500 habitantes, oriundos do nordeste, norte de Minas Gerais e do estado do Paraná. A maioria da população reside na cidade, tendo como concentração habitacional: 2.907 domicílios urbanos e 1.210 domicílios rurais. O número aproximado de domicílios e famílias são 4.122 domicílios e 3.720 famílias. Na área urbana há apenas uma unidade de PSF, que abrange cerca de seis bairros, responsabilizando-se por quase metade da população urbana.

Durante o trabalho desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família percebeu-se um número considerável de pessoas atendidas pela rede que apresentam quadro clínico de hipertensão arterial e que grande parte desses indivíduos era relutante em seguir o tratamento adequado.

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, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A prevalência estimada da HAS no Brasil é acima de 30%, baseado em estudos populacionais realizados nos últimos 20 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Sendo maior proporcionalmente à idade. Nos pacientes acima de 60 anos, a prevalência chega a ultrapassar 50% e, nos acima de 70 anos, chega a 75%. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Antes da menopausa, as mulheres apresentam uma prevalência menor de HAS do que os homens, relação que pode até se inverter na pós-menopausa, sugerindo um efeito protetor do estrogênio. Atualmente existe um aumento importante da prevalência da HAS nas crianças e adolescentes, impulsionada pela obesidade e alterações de hábitos de vida (sedentarismo, tipo de

alimentação, entre outros). A raça também parece ser fator determinante, sendo a doença mais comum e mais grave em negros (PEREIRA et al., 2009).

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis das doenças cardiovasculares e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte (WILLIANS, 2010).

São considerados hipertensos os pacientes com 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 (MANCIA et al., 2007).

Na Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS), entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios está o controle da hipertensão arterial, a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, no cadastramento de portadores, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas, figurando como destaque a atenção básica (SOUSA; SOUSA; SCOCHI, 2006).

A HAS é um problema de saúde pública cujo controle, de forma continuada, é essencial e visa à prevenção de alterações irreversíveis no organismo e relacionadas à morbimortalidade associadas à doença, exigindo, portanto, ações nos níveis individual e coletivo.

O tratamento da HAS baseia-se em medidas não-farmacológicas e farmacológicas. Em relação aos cuidados não-farmacológicos, os objetivos referem-se a mudanças no estilo de vida, incluindo cuidados com dieta com restrição de sal, redução de peso, atividade física regular, abandono do tabagismo e do álcool. Dentre as medidas farmacológicas, há inúmeras classes

de anti-hipertensivos disponíveis, variando o seu mecanismo de ação, a sua potência, posologia e efeitos adversos. (JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE, 2003)

Mesmo com o grande avanço científico e tecnológico no manejo da hipertensão arterial ocorrido nos últimos anos, uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos, ou seja, até que ponto o paciente segue as recomendações dadas pelo médico ou outro profissional de saúde para o controle do seu problema de saúde. Considera-se adesão a um tratamento o grau de coincidência entre a prescrição médica – o que inclui as orientações não-farmacológicas – e o comportamento adotado concretamente pelo paciente. No caso da HAS, envolve a extensão em que o comportamento do indivíduo (em termos de uso efetivo do medicamento, realização de mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas) coincide com o conselho médico. Assim, o controle inadequado da pressão arterial pode estar relacionado à falta de adesão do paciente hipertenso ao tratamento indicado (HORWITZ; HORWITZ, 1993).

A adesão do paciente a uma determinada terapia depende de vários fatores que incluem, dentre outros, os relativos à relação médico-paciente, às questões subjetivas do paciente, às questões referentes ao tratamento, à doença, ao acesso ao serviço de saúde, à obtenção do medicamento prescrito e à continuidade do tratamento. Neste sentido, é de fundamental importância que o médico esclareça, continuamente e em linguagem acessível ao nível de compreensão do paciente, conceitos básicos quanto ao significado da HAS, sua etiologia, evolução, consequências, cuidados necessários, fármacos utilizados e seus potenciais efeitos colaterais. Além disso, é importante que haja vínculo suficiente entre médico e paciente, para que este se sinta engajado no seu tratamento. Uma vez que o paciente se sinta esclarecido sobre sua doença, e que se estabeleça o elo médico-paciente, o paciente tende a assumir responsabilidade pelos cuidados com sua saúde, juntamente com o médico (CHIZZOLA, 1996).

Assim, o presente estudo visa contribuir para análise e criação de estratégias que visem melhorar a adesão ao tratamento da HAS nos assistidos pela Unidade de Saúde. Dessa maneira, ao controlar melhor a doença, pode-se evitar complicações crônicas futuras, reduzindo-se internações e custos ao Sistema de Saúde.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial na área de abrangência do PSF Cândido Bernardes é um problema relevante e crescente. A falta de adesão de alguns pacientes corrobora para que este quadro aconteça. Apesar da aceitação da doença, há sempre algum grau de resistência na adesão ao tratamento. Quando o diagnóstico de hipertensão é mencionado, os pacientes mostram-se receosos em aceitar e em seguir a terapêutica, uma vez que a pressão arterial estará normalizada após o uso da medicação. Esse é um ponto crítico na abordagem desses pacientes, já que são resistentes à ideia de que devem utilizar ininterruptamente a medicação, para que não haja agravo do quadro. Portanto, diante da situação apresentada é necessário criar propostas de intervenção para esses pacientes atendidos pela equipe da ESF Cândido Bernardes.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Elaborar propostas de intervenção, na ESF Cândido Bernardes em Monte Belo – MG, para a sistematização do atendimento aos pacientes, visando aumentar a adesão ao tratamento e reduzir as complicações cardiovasculares.

Objetivos Específicos

- Determinar o perfil sociodemográfico dos pacientes hipertensos atendidos pela ESF Cândido Bernardes, na cidade de Monte Belo – MG;
- Identificar os grupos farmacológicos prescritos pelo serviço de saúde;
- Determinar o grau de adesão ao tratamento farmacológico por meio de métodos indiretos.

4. MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa exploratória em que foram utilizados os bancos de dados MEDLINE, LILACS, BIREME, SCIELO e portal da CAPES, com a finalidade da busca bibliográfica atualizada sobre hipertensão arterial e adesão ao tratamento.

Para caracterização dos problemas, foram realizadas coletas de dados nas consultas médicas e de enfermagem. Também foram fundamentais os dados coletados pelas agentes de saúde, devido à grande proximidade desses profissionais com a população e sua percepção aumentada da rotina dos pacientes.

Foram realizadas palestras, reuniões e minicursos para capacitação dos agentes de saúde, além do levantamento do número atual de hipertensos na área de abrangência.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção serão utilizados métodos indiretos. Os agentes de saúde fornecerão dados dos hipertensos de suas respectivas áreas e o médico e a enfermeira da equipe verificarão os casos em que a pressão arterial não é controlada, por meio dos registros em prontuários.

Será aplicado questionário semiestruturado (apêndice 1) pelos agentes de saúde, que contemplará temas como uso contínuo das medicações, frequência das aferições da PA, prática de atividades físicas, alimentação, tabagismo, uso de bebidas alcóolicas e história familiar.

Também será feito o controle do uso das medicações através da contagem dos medicamentos dos pacientes, principalmente dos que residem sozinhos e dos analfabetos. A criação de ferramentas como tabelas e saquinhos ou caixas poderá auxiliar na análise e no uso adequado da medicação (representação do sol e lua em figuras, por cores, entre outros).

A verificação frequente dos níveis de pressão arterial na unidade de saúde ou em outros locais (postos de saúde, farmácias, etc.) é útil na análise tanto dos não-aderentes quanto da resposta clínica ao tratamento.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Em geral, há associação de alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Atualmente, define-se como HAS níveis de pressão arterial igual ou acima de 140 mmHg de pressão arterial sistólica e 90 mmHg de pressão arterial diastólica (JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE, 2003).

A HAS é prevalente e acomete 26% da população adulta mundial, podendo chegar a 40% em determinadas regiões. Estima-se que até 2025, o percentual chegue a 29% no mundo. No Brasil, a doença segue os números mundiais, tendo prevalência na população urbana adulta variando entre 22,3% a 43,9%. Ainda no Brasil, apresenta-se como grave problema de saúde pública, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com a diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (WILLIAMS, 2010).

Os procedimentos de medida da pressão são simples e de fácil realização, contudo, nem sempre são realizados de forma adequada. Condutas que podem evitar erros são, por exemplo, o preparo apropriado do paciente, uso de técnica padronizada e equipamento calibrado (EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION WORKING GROUP ON BLOOD PRESSURE MONITORING, 2005).

Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente (KOEHLER et al., 2002).

Em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas. Sugere-se o intervalo de um minuto entre elas, embora esse aspecto seja controverso. A média das duas últimas deve ser considerada a PA real. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg, deverão ser realizadas novas medidas até que se obtenham medidas com diferença inferior. A posição recomendada para a medida da pressão arterial é a sentada. As medidas nas posições ortostática e supina devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O diagnóstico de hipertensão arterial deve ser realizado com a média de duas ou mais medidas em diferentes visitas (KOEHLER et al., 2002).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, os níveis de pressão arterial devem ser classificados conforme o quadro 1.

Além disso, deve-se considerar, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença de outros fatores de risco, pela presença das lesões nos órgãos-alvo e comorbidades associadas. Portanto, o

diagnóstico deve ser feito de forma muito criteriosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

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

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	< 90
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		
*Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.		

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010)

A hipertensão arterial é, na maior parte do seu curso, assintomática. Seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente ao tratamento proposto. Esses são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e ao maior acesso a medicamentos (EID et al., 2013).

A não-adesão ao tratamento se apresenta como uma das maiores dificuldades no controle da PA. Entre as razões alegadas pelos pacientes são “normalização da pressão arterial”, efeitos colaterais, uso irregular, receio do uso concomitante de álcool, ignorância da necessidade da continuidade do tratamento, terapias alternativas, receio de intoxicação ou hipotensão e de associações com outras drogas ou fármacos (MORENO JUNIOR et al., 2005).

Entre as várias condições responsáveis pela falta de controle satisfatório da PA, a falta de adesão ao tratamento deve ser a primeira a ser investigada. A equipe multidisciplinar deve assumir a responsabilidade de melhorar o grau de adesão dos pacientes sob seus cuidados, por meio de medidas educacionais e motivacionais (STRELEC et al., 2003).

Contagem de comprimidos, avaliação da resposta clínica e auto-relato estão entre as medidas simples para verificar a adesão. Também é necessário que o médico apresente maior atenção à prescrição de medicamentos, orientado na escolha daqueles com menores índices de efeitos adversos, terapia combinada de baixa dosagem, redução no número de tomadas diárias, com a finalidade de controlar precocemente a PA, evitando a polifarmácia e redução do custo do tratamento. Também, o seguimento do paciente e orientação em relação aos seus medicamentos, a orientação em relação aos hábitos de vida e doenças associadas são instrumentos chaves no controle da PA (PIERIN; STRELEC; MION JR, 2004).

Por fim, é preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção é o planejamento de todas as ações necessárias para atingir um resultado desejado. É momento importante para a unidade pensar sobre a sua missão, identificando e relacionando os problemas prioritários, tendo em vista os resultados esperados.

6.1. Definição e Priorização dos Problemas

Os principais problemas identificados, através dos dados coletados, são aqueles diretamente relacionados com maior risco cardiovascular. Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, dislipidemia e tabagismo configuram o topo da lista.

Quadro 2. Classificação de prioridades para os problemas identificados no PSF Cândido Bernardes

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Hipertensão	Alta	7	Dentro	1
Diabetes	Alta	6	Parcial	2
Dislipidemia	Média	5	Parcial	3
Tabagismo	Média	5	Parcial	4

*Pontuação considerada em uma escala de 0 a 10.

A doença mais prevalente na população adscrita, à equipe do PSF Cândido Bernardes, é a hipertensão arterial sistêmica. Não obstante a gravidade da doença em si, há o enfrentamento da baixa adesão destes indivíduos aos tratamentos propostos.

Quadro 3. Descritores do problema Hipertensão Arterial.

Descritores	Valores	Fonte
Hipertensos cadastrados	590	SIAB
Hipertensos acompanhados	585	SIAB / Registro da equipe

6.2. Identificação os “nós críticos”

A identificação das causas é fundamental na resolução de um problema. Nessa análise, utilizamos o conceito de “nó crítico” (CAMPOS, 2010).

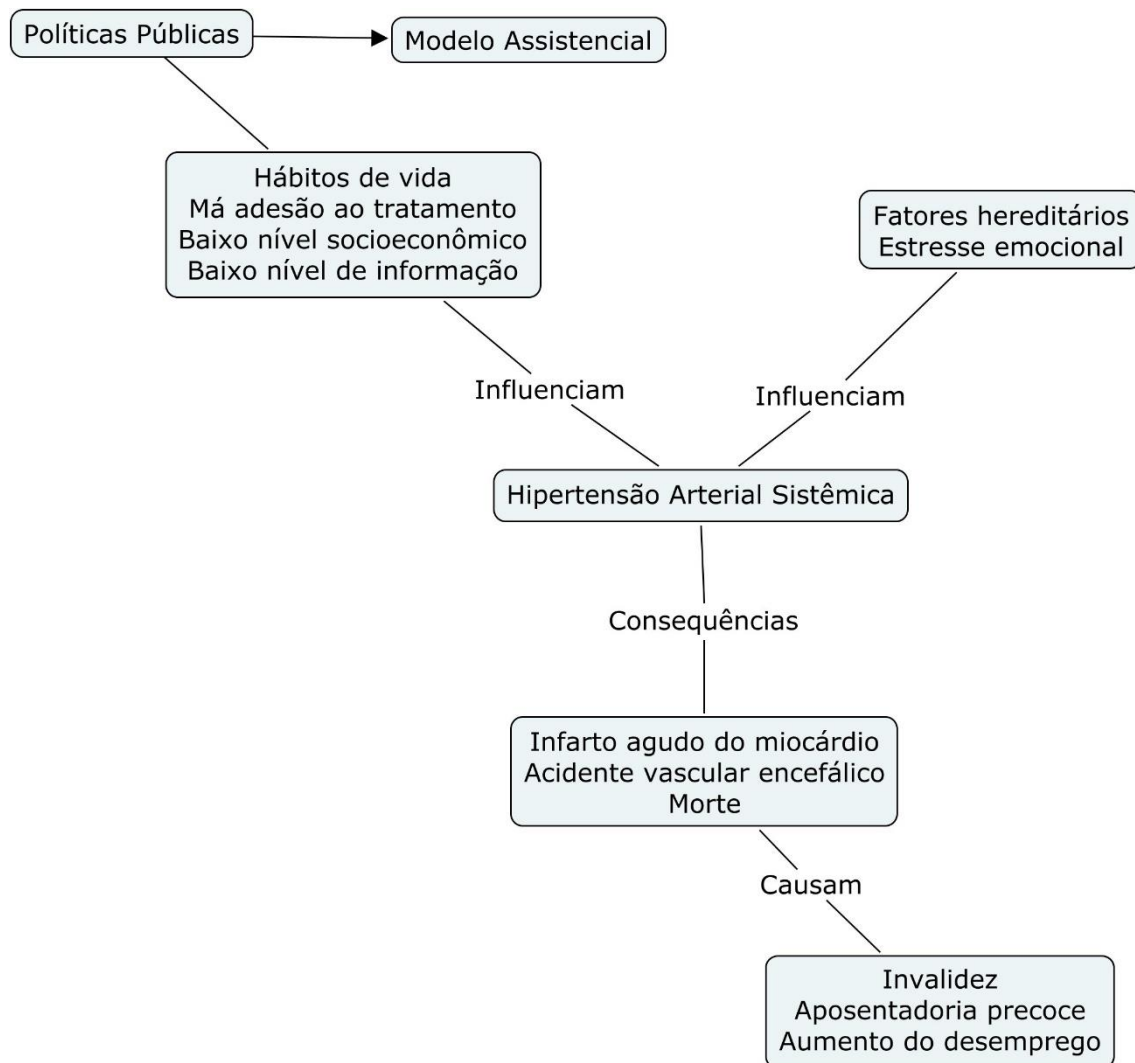
O “nó crítico” é o tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Ainda, traz a ideia de algo sobre o qual pode haver intervenção e seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando.

Quadro 4 – Identificação dos nós críticos relacionados ao problema

Problema	Fonte
Hipertensão arterial	Má adesão ao tratamento
	Estilo e hábitos de vida inadequados
	Baixo nível de informação
	Falta de apoio familiar
	Negação da doença

6.3. Explicando o problema

Figura1 – Árvore explicativa do problema da Hipertensão Arterial



6.4. Desenho das operações para os nós críticos do problema

Após a análise e explicação do problema, a prioridade foi encontrar soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo. Buscar a resolução dos nós críticos, analisar os resultados e os produtos esperados para cada operação e apresentar o problema ao gestor de saúde, foram os pilares para a disponibilização dos recursos e início do plano de ação.

Quadro 5 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema hipertensão arterial

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos de vida inadequados	Despertar para a vida Modificar os hábitos de vida da população.	Diminuição do número de sedentários, tabagistas e obesos.	Programas de caminhadas; Palestras e campanhas educativas; Programa “Hipertensão tem solução”.	Organizacional – para organizar as caminhadas e palestras; Cognitivo – informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político – conseguir mobilização social; Financeiro – aquisição de folhetos educativos, etc.
Má adesão ao tratamento	Pressão, eu cuido Maior aceitação e enfrentamento da doença.	Maior adesão, aceitação e enfrentamento da doença; diminuição do número de complicações da hipertensão.	Programa de palestras direcionadas à HAS; Grupos de hipertensos.	Organizacional – para organizar palestras educativas sobre necessidade de adesão ao tratamento. Cognitivo – informação sobre o tema e complicações; Político – conseguir mobilização social e participação popular; Financeiro – aquisição de folhetos explicativos.
Baixo nível de informação da população	Pressão alta, informe-se Aumentar o nível de informação da população sobre riscos e complicações da hipertensão.	População mais informada sobre os riscos da hipertensão.	Grupos para avaliar o conhecimento da população sobre HAS; Palestras explicativas; Capacitação dos ACS para melhorar o nível de entendimento da população.	Organizacional – organizar palestras; Cognitivo – conhecimento sobre estratégias para diminuir os níveis de hipertensão; Político – aumentar os meios de comunicação para chegar a um maior número da população; Financeiro – adquirir folhetos explicativos.
Falta de apoio familiar	Família unida com saúde Maior apoio familiar na aceitação e no enfrentamento da doença.	Família mais participativa no acompanhamento da HAS, contribuindo para o tratamento.	Grupos de aulas direcionadas ao apoio familiar; Diminuição do número de descompensações; melhores resultados no tratamento; maior conscientização.	Organizacional – organizar campanhas explicativas para a família; Cognitivo – informar sobre o tema, com linguagem direcionada; Político – conseguir maior adesão de profissionais para explicar as famílias.

6.5. Identificação dos recursos críticos

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

Quadro 6 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema hipertensão arterial

Operação/Projeto	
Despertar para a vida	Organizacional – mobilização social em torno das questões que interferem na HAS; Político – conseguir o espaço para a realização das palestras; Financeiro – financiamento de folhetos e matérias.
Pressão, eu cuido	Político – Mobilização para aquisição de espaço para as palestras; Financeiro – para adquirir material educativo.
Pressão alta, informe-se	Político – conseguir espaço para ministrar palestras educativas; Financeiro – para aquisição de folhetos explicativos sobre a HAS e suas complicações.
Família unida com saúde	Organizacional – mobilização da família e comunidade em relação à doença; Político – maior disponibilidade de recursos para a capacitação dos profissionais.

6.6. Análise da viabilidade do plano

O ator que está planejando a intervenção não controla todos os recursos necessários para sua execução. Assim, é preciso identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisar seu posicionamento em relação ao problema e, só assim, definir operações para viabilizar o plano.

A motivação de um ator pode ser classificada como:

Motivação favorável – o ator que controla determinado recurso crítico colocando-o a disposição do ator que está planejando.

Motivação indiferente – o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido e nem está claro se ele fará oposição à utilização desse recurso.

Motivação contrária - oposição ativa à utilização do recurso.

Quadro 7 – Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Despertar para a vida Modificar os hábitos de vida	Político – conseguir o espaço para a realização das palestras;	Secretário de saúde / PSF	Favorável	Não é necessário
	Financeiro – financiamento de folhetos e matérias.	Secretário de saúde	Favorável	Não é necessário
Pressão, eu cuido Maior aceitação da doença	Político – Mobilização para aquisição de espaço para as palestras;	Setor de comunicação social	Favorável	Não é necessário
	Financeiro – para adquirir material educativo.	Secretário de saúde	Favorável	Não é necessário
Pressão alta, informe-se Aumentar o nível de informação da população sobre HAS	Político – conseguir espaço para ministrar palestras educativas;	Secretaria de saúde e educação	Favorável	Apresentar projetos para melhorar nível de informação e cultura da população
	Financeiro – para aquisição de folhetos explicativos sobre a HAS e suas complicações.	Secretário de saúde / Prefeitura Municipal	Favorável	
Família unida com saúde Maior apoio familiar na aceitação e enfrentamento da doença	Organizacional – mobilização da família e comunidade em relação à doença;	PSF / Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar projetos para a capacitação de profissionais visando mais informação para a família
	Político – maior disponibilidade de recursos para a capacitação dos profissionais.	Prefeitura municipal	Favorável	

6.7. Elaboração de um plano operativo

Neste ponto, a finalidade é a designação dos responsáveis pelos projetos (gerente de operação) e definir os prazos para execução das operações.

O gerente de operação é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las. Ele pode, e deve, contar com o apoio de outras pessoas.

Quadro 8 – Plano operativo

Operações	Resultados	Pro- Endemias e Epidemias Adultos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Despertar para a vida Modificar os hábitos de vida	Diminuição do número de sedentários, tabagistas e obesos.	Diminuição do número de sedentários, tabagistas e obesos.	Apresentar o projeto	Fernando e Carlene	2 meses para o início das atividades
Pressão, eu cuido Maior aceitação da doença	Maior adesão, aceitação e enfrentamento da doença; diminuição do número de complicações da hipertensão.	Programa de palestras direcionadas à HAS; Grupos de hipertensos.		Sheila, Marisa e Edilene	2 meses para apresentar o projeto e iniciar as atividades em 4 meses
Pressão alta, informe-se Aumentar o nível de informação da população sobre riscos e complicações da hipertensão.	População mais informada sobre os riscos da hipertensão.	Grupos para avaliar o conhecimento da população sobre HAS; Palestras explicativas; Capacitação dos ACS para melhorar o nível de entendimento da população.		Secretária de saúde; Coordenador do PSF; e agentes (Karina e Cida)	Início em 3 meses e término em 4 meses. Início em 2 meses e término em 3 meses.
Família unida com saúde Maior apoio familiar na aceitação e enfrentamento da doença	Família mais participativa no acompanhamento da HAS, contribuindo para o tratamento.	Grupos de aulas direcionadas ao apoio familiar; Diminuição do número de descompensações; melhores resultados no tratamento; maior conscientização.		Stela e Eliene	Início das atividades em 3 meses

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indubitavelmente, a Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Além dos indivíduos ainda não diagnosticados, enfrentamos na prática clínica grande parcela de pacientes resistentes à adesão ao tratamento. Pode-se atribuir a esse fato o caráter assintomático da doença, deficiência de informação e desorganização dos serviços de saúde.

O plano de ação proposto teve a finalidade de implantar uma nova forma de atendimento e intervenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. Através do acolhimento humanizado, muitos pacientes podem perder o medo da doença e seguir as orientações da equipe de saúde. A formação de grupos operativos, palestras, folhetos explicativos, visitas domiciliares e acompanhamento dos agentes comunitários de saúde irão contribuir para uma maior cobertura e adesão dos portadores de hipertensão. Tal cobertura poderá influenciar de maneira positiva também o tratamento de outras doenças prevalentes, e que muitas vezes coexistem nesses indivíduos, como o diabetes mellitus e as dislipidemias.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde – 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
2. CHIZZOLA, P.R.; MANSUR, A.J.; LUZ, P.L.; BELLOTTI, G. Compliance with pharmacological treatment in outpatients from a brazilian cardiology referral center. **São Paulo Med. J.**, v. 114, p. 1259-1264, 1996.
3. EID, L.P. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo teste de Morisky-Green. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 15, p. 362-267, 2013.
4. EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION WORKING GROUP ON BLOOD PRESSURE MONITORING. Practice guidelines of the European Society of Hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement. **J. Hypertens.**, v. 23, p. 697-701, 2005.
5. HORWITZ, R.I.; HORWITZ, S.M. Adherence to the treatment and health outcomes. **Arch. Intern. Med.**, v. 153, p. 1863-1868, 1993.
6. JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **JAMA**, v. 289, p. 2560-2572, 2003.
7. KOEHLER, N.R.; FIGUEIREDO, C.E.P.; RIBEIRO, A.C.M. Serial blood pressure measurements. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, v. 35, p. 555-559, 2002.
8. MANCIA, G.; DE BACKER, G.; DOMINICZAK, A.; CIFKOVA, R.; FAGARD, R.; GERMANO, G.; et al. ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. **J. Hypertens.**, v. 25, p. 1751–1762, 2007.

- 9..MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hipertensão Arterial Sistêmica. Caderno de Atenção Básica, nº 15. Brasília, 2006.
- 10.MORENO JUNIOR, H. et al. Hipertensão arterial refratária e de difícil controle. Bases fisiopatológicas da terapêutica. **Hypertens.**,v.8, n.2,p.46-51, São Paulo, 2005.
- 11.PEREIRA, M.; LUNET, N.; AZEVEDO, A.; BARROS, H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J. Hypertens.**, v. 27, p. 963–975, 2009.
- 12.PIERIN, A.M.G.; STRELEC, M.; MION JR, D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. São Paulo: Ed., 2004.
- 13.SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, p. 1-51, 2010.
- 14.SOUSA, L.B.; SOUZA, R.K.T.; SCOCHI, M.J.Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil.**Arq. Bras. Cardiol.**,, v.87, n.4, p. 496-503, 2006.
- 15.STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION Jr, D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of diases controlling medicine intake. **Arq.Bras.Cardiol.**, v.81, n.4, p.349-54,2003.
- 16.WILLIAMS, B. The year in hypertension.**J. Am. Coll. Cardiol.**, v. 55, p. 65-73, 2010.

Apêndice 1

QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

1. Nome: _____
2. Sexo: Masculino () Feminino ()
3. Qual sua idade? _____ anos.
4. Usa medicamentos para “pressão alta”?
() Sim () Não
5. Quais medicamentos? _____
6. Tem costume de aferir a pressão arterial?
() Sim : () 1 vez na semana () 2 vezes na semana
() 3 ou mais vezes na semana () uma vez no mês
() outro
() Não
7. Pratica atividade física regularmente?
() Sim () Não
8. Se sim, com qual frequência?
() 1 vez na semana () 2 vezes na semana
() 3 vezes na semana () 4 vezes ou mais na semana
9. Como é sua alimentação?
() Frutas () Verduras () Legumes () Carne
10. Você fuma?
() Sim () Não
Se sim, quantos cigarros por dia? _____

11. Você ingere bebida alcoólica?

() Sim () Não

12. Há alguém na família com “pressão alta”? Quem? _____