

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

ARTUR HENRIQUE DINIZ COSTA

**PROPOSTA DE MELHORIAS NA ABORDAGEM DOS PACIENTES
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE
INCONFIDENTES/MG**

**CAMPOS GERAIS - MG
2014**

ARTUR HENRIQUE DINIZ COSTA

**PROPOSTA DE MELHORIAS NA ABORDAGEM DOS PACIENTES
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE
INCONFIDENTES/MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de especialista.

Orientadora: Prof^a. Olinda Maria Gomes da Costa
Vilas Boas

CAMPOS GERAIS-MG
2014

ARTUR HENRIQUE DINIZ COSTA

**PROPOSTA DE MELHORIAS NA ABORDAGEM DOS PACIENTES
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE
INCONFIDENTES/MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de especialista.

Orientadora: Prof^a. Olinda Maria Gomes da Costa
Vilas Boas

Banda Examinadora:

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha vida, pela minha profissão e pela oportunidade de ajudar as pessoas em meu dia-a-dia. Agradeço também a minha orientadora Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas pelos conselhos e recomendações quando precisei. Por fim, agradeço à professora Maria Rizioneide que foi fundamental no desenvolvimento desse projeto.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
AVE	- Acidente Vascular Encefálico
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CISAMESP	- Consorcio Intermunicipal de Saúde de Médio Sapucaí
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
COPASA	- Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DM	- Diabetes Mellitus
FMS	- Fundo Municipal de Saúde
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	- Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAC	- Média e Alta Complexidade
MEV	- Modificações no Estilo de Vida
MOS	- Metas e Objetivos em Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PA	- Pressão Arterial
PPI	- Programação Pactuada Integrada
SBC	- Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	- Sociedade Brasileira de Hipertensão
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIOPS	- Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação dos níveis de pressão arterial segundo a OMS.....	18
Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico de Inconfidentes - MG.....	24
Quadro 3 - Descritores do problema hipertensão arterial sistêmica em Inconfidentes – MG 2013.....	25
Figura 1 - Árvore explicativa do problema Hipertensão Arterial Sistêmica	26
Quadro 4 - Desenho das operações para os nós críticos sobre o problema hipertensão	28
Quadro 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento as operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema hipertensão	29
Quadro 6 - Propostas de ações para motivação dos atores	30
Quadro 7 - Plano operativo	31
Quadro 8 - Resultados esperados após a implementação do plano	32

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de elevada prevalência na população brasileira, sendo considerada um sério problema de saúde pública e o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, renais e cerebrovasculares. Para o tratamento correto da HAS, independente da utilização de agentes farmacológicos, exige-se a mudança nos hábitos de vida, com ênfase na alimentação e prática de atividade física, algo que tem sido negligenciado. Quando diagnosticada precocemente e tratada de forma adequada pode evitar agravos aos portadores, proporcionando uma vida com qualidade, diminuindo internações hospitalares por complicações cardiovasculares e óbitos precoces. A carência de estudos avaliativos acerca da qualidade do processo do cuidado ao portador de hipertensão na atenção básica pode refletir a falta de avaliação em outros serviços e programas oferecidos à população. A abordagem correta deve visar o cuidado do paciente e não da doença, ou seja: uma abordagem que busque a parceria com a pessoa adoecida no seu cuidado de saúde e valorize o seu saber, promovendo a autonomia do indivíduo. O objetivo de tal abordagem será o de transmitir aos pacientes um mínimo de conhecimento sobre a doença e as suas comorbidades. Conscientizá-los da sua responsabilidade perante a sua doença (autonomia), do comprometimento familiar em ajudar no tratamento e da necessidade de se ter hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Tratamento; Abordagem; Abordagem não farmacológica.

ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension (HBP) is a chronic disease with high prevalence in Brazil, is considered a major public health problem and the major risk factor for development of cardiovascular, renal and cerebrovascular diseases. For the correct treatment of hypertension, independent of the use of pharmacological agents, it requires a change in lifestyle, with an emphasis on nutrition and physical activity, something that has been overlooked. When diagnosed early and treated appropriately can prevent injuries to patients, providing a quality life, reducing hospital admissions for cardiovascular complications and early deaths. The lack of evaluative studies on the quality of care for patients with hypertension in primary care process may reflect the lack of evaluation in other programs and services offered to the population. The correct approach should seek the care of the patient and not the disease, ie an approach that seeks to partner with diseased person on your health care and value their knowledge , promoting the autonomy of the individual. The aim of such an approach will be to convey to patients a minimum of knowledge about the disease and its comorbidities. Make them aware of their responsibility towards their illness (autonomy), the family commitment to help in the treatment and the need to have a healthy lifestyle.

Keywords: Arterial Systemic Hypertension; Treatment; Approach; Non-pharmacological approach.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
5. METODOLOGIA.....	24
5.1 Priorização dos problemas	24
5.2 Descrição do problema selecionado	24
5.3 Explicação do problema	25
5.4 Seleção dos nós críticos.....	26
5.5 Desenho das operações	26
5.6 Identificação dos recursos críticos	29
5.7 Análise de viabilidade do plano.....	29
5.8 Elaboração do plano operativo	31
6. RESULTADOS ESPERADOS	32
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

O trabalho proposto teve a sua ideia formulada a partir de um problema classificado como prioritário pela equipe de saúde da família de Inconfidentes/MG. O município de Inconfidentes originou-se com a vinda dos bandeirantes em busca de ouro nesta região. Eles foram os primeiros habitantes de Inconfidentes. Instalaram-se às margens do Rio Mogi Guaçu, que então pertencia ao Município de Ouro Fino. Como a atividade mineradora não surtiu o efeito esperado, o povoado de Mogi Acima, primeiro nome do lugar, passou a dedicar-se à agricultura.

Foi então que o ourofinense Júlio Bueno Brandão, que no exercício da Presidência do Estado de Minas Gerais, de outubro de 1908 a abril de 1909, tomou todas as providências para a aquisição pelo Governo Estadual de terreno necessário à criação de uma Colônia Agrícola de Estrangeiros, no sul de Minas Gerais.

Logo em seguida foi doado ao Governo Federal, que através do Ministério da Agricultura, iniciou a instalação da colônia em 22 de maio de 1910, sob a direção do engenheiro Dr. Carlos Pereira da Silva. A área de 810 hectares foi dividida em 205 lotes, pelo Ministério da Agricultura, por meio do serviço do povoamento, para italianos, espanhóis, portugueses, russos, estonianos, franceses, suíços e pessoas de outras nacionalidades.

A Colônia Agrícola tomou o nome de Núcleo Colonial Inconfidentes, por determinação do Ministro da Agricultura, Rodolfo Nogueira da Rocha Miranda, numa homenagem a Minas Gerais, em alusão aos heróis da Inconfidência Mineira. A função agrícola do núcleo foi reforçada com a transferência, em 1920 do Patronato Agrícola Visconde de Mauá, do Rio de Janeiro para Inconfidentes, estabelecimento, que através dos tempos se transformou em Aprendizado, Escola de Iniciação Agrícola, Escola Agrícola, Ginásio Agrícola, Escola Agrotécnica Federal de Inconfidentes e atualmente Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais - Campus Inconfidentes.

Em 12 de dezembro de 1953, através da Lei Estadual n.º 1039/53, o Núcleo Colonial foi elevado a Distrito de Paz. Sua situação econômica favorável propiciou a criação do Município em 30 de dezembro de 1962, através da Lei n.º 2764 e pelo mesmo ato o Distrito de Inconfidentes adquiriu foro de cidade. Sua instalação aconteceu no dia 1º de março de 1963. No dia 1 de março de 2013 a cidade de Inconfidentes

completou 50 anos de emancipação política.

O município de Inconfidentes localiza-se no Sul de Minas Gerais e pertence à microrregião de Poços de Caldas, macrorregião Sul e regional de saúde de Pouso Alegre. Limita-se com os municípios de Bueno Brandão, Ouro Fino, Borda da Mata e Bom Repouso. Situado a 48 km de Pouso Alegre, 432 km de Belo Horizonte, com acesso pela Rodovia MG/290 e à 232 km da cidade de São Paulo. Seu território corresponde a 149 km² e possui altitude média de 750m.

O Índice de Desenvolvimento Humano do município de acordo com o IBGE (2000) é 0,77. De acordo com o censo 2010, a população total corresponde a 6.908 habitantes, sendo que 3.678 residem na zona urbana e 3.230 residem no meio rural. São 2.185 domicílios particulares, com 1.201 domicílios localizados no perímetro urbano e 984 localizados na zona rural (INCONFIDENTES, 2010).

A renda mensal *per capita* dos habitantes do município corresponde a R\$ 570,89, com maior predominância no meio urbano, correspondendo a R\$ 692,52. No âmbito rural o valor corresponde a R\$ 422,43 mensais por pessoa (INCONFIDENTES, 2010).

O Rio Mogi-Guaçu é o principal curso d'água do município e a vida econômica tem por base a agropecuária, destacando-se a produção de alho, leite, café e feijão. São desenvolvidas também atividades industriais de extração de feldspato, quartzos, caulim e areia para vidros e produção de malhas e crochê.

O fornecimento de água é realizado pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), não é realizado tratamento de esgoto, os dejetos são apenas canalizados. A coleta de lixo é realizada pela Prefeitura Municipal diariamente, nas zonas urbana e rural, o lixo é depositado no aterro sanitário controlado. Os resíduos de serviços de saúde são coletados pela Prefeitura Municipal e recolhido e por empresa especializada para incineração e destino final.

O fornecimento de energia é feito pela CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A, inclusive zona rural e recentemente muitos moradores foram beneficiados pelo Programa Luz Para Todos do Governo Federal. Há cobertura de telefonia celular (Vivo e TIM), telefonia fixa, agência dos correios e agências do Banco do Brasil, Bradesco e Caixa Lotérica. O município dispõe de taxa de crescimento anual de 0,91% ao ano e densidade demográfica de 46,61 hab./km². O índice de exclusão social corresponde a 0,91% da população residente. Com relação à educação, observa-se evolução da

alfabetização em todas as faixas etárias. No total, em 1991 correspondia a 76,9% de alfabetizados, no ano de 2000 esse percentual correspondia a 85,2% de alfabetizados no município. Conforme os dados do censo do IBGE (2010), a taxa de alfabetização em pessoas maiores de 5 anos de idade corresponde a 91,4% dos habitantes residentes.

O Município dispõe de cinco instituições de ensino, sendo quatro escolas urbanas, uma estadual e duas municipais, um Instituto Federal e uma escola rural municipal, com abrangência desde a pré-escola à pós-graduação. O Instituto Federal do Sul de Minas Gerais Campus Inconfidentes/MG oferece cursos técnicos profissionalizantes integrados ao ensino médio, cursos técnicos subsequentes, cursos superiores de licenciaturas, cursos de engenharias e pós-graduação. Todos os alunos residentes em áreas distantes das escolas dispõem de transporte escolar gratuito. O Município disponibiliza também transporte intermunicipal gratuito para instituições de ensino médio e superior.

De acordo com a sala de apoio a gestão estratégica do Ministério da Saúde, a população usuária do sistema de saúde municipal corresponde a 6.932 habitantes, totalizando 99,42% da população (DATASUS, 2013). Conforme os dados do SIAB (2013), o município de Inconfidentes apresenta densidade demográfica de 46,17 habitantes/km², com 2.083 domicílios (famílias). Sendo que, 1.029 famílias residiam na zona urbana e 1.051 famílias moravam na zona rural, totalizando 3.302 e 3.454 pessoas respectivamente.

Com relação ao sistema municipal de saúde, o município dispõe de conselho paritário e Fundo Municipal de Saúde (FMS). O FMS foi instituído pela Lei Municipal nº 618 de 1991, inscrito no CNPJ sob o nº: 18.028.829/0006-72 e contempla os blocos de financiamento Atenção Básica, Média e Alta Complexidade (MAC), Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde Gestão do SUS e Investimentos. O orçamento é elaborado de acordo com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, integra todos os blocos de financiamento do SUS e recursos próprios, visando aplicar 15% da receita do município, conforme preconiza a Lei Complementar 141 e Lei Complementar 141/2012. A previsão orçamentária para custeio dos serviços de saúde no ano de 2013 foi R\$ 3.611.590,00, o que corresponde a 24,07% do orçamento municipal (SIOPS, 2013).

O Programa de Saúde da Família foi implantado no Município de Inconfidentes/MG

em junho de 2001, após aprovação do projeto pelo Conselho Municipal de Saúde em reunião extraordinária ocorrida em 23 de março de 2001. Inicialmente a estratégia de saúde da família era composta por uma equipe mínima, na modalidade II, constituída por 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro e 05 (cinco) Agentes Comunitários de Saúde, com abrangência de aproximadamente 70% da população municipal. A Estratégia de Saúde da Família atuava inicialmente na zona rural e alguns bairros da zona urbana com maior vulnerabilidade.

Em julho de 2009 foi criada uma nova Equipe de Saúde da Família, com o objetivo de atingir 100% de cobertura. Atualmente o município de Inconfidentes dispõe de duas equipes de saúde da família na modalidade II, compostas por 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro e 07 (sete) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) cada, com cobertura de aproximadamente 99,88% da população. As equipes atuam em sede própria de 250m² de área construída, dividida em recepção/espera, sala de reuniões, consultório de atendimento de enfermagem, observação, sala de coleta, sala de procedimento/curativo, dois consultórios médicos, consultório de atendimento ginecológico, sala de esterilização de materiais, expurgo, cozinha, banheiros públicos, depósito de materiais de limpeza, banheiros para funcionários e depósito de lixo contaminado. O município não dispõe de equipe de saúde bucal vinculada as equipes de saúde da família, dispõe apenas de dois profissionais dentistas e dois profissionais auxiliares de saúde bucal, com carga horária de 20 horas cada, atuando de forma convencional.

Para complementar a oferta de serviços de saúde, existe no município um centro de saúde com atendimento diário nas áreas de ginecologia, pediatria, cardiologia, psiquiatria, psicologia, fisioterapia, imunizações, dispensação de medicamentos e vigilância em saúde. O município não dispõe de Pronto Atendimento e Hospital, os atendimentos de urgência, emergência e fora do horário de funcionamento das unidades de atenção à saúde são referenciados para o município de Ouro Fino, com convênio anual e cooperação financeira. Existe no município uma clínica médica particular que oferece atendimento nas áreas de clínica médica, pediatria, medicina do trabalho e coleta de material para exames de análises clínicas.

O setor de referência e contra referência funciona na secretaria municipal de saúde. As consultas, exames e cirurgias, são referenciadas de acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI). Atualmente os recursos da PPI estão alocados nas

idades de Ouro Fino - Casa de Caridade de Ouro Fino, Pouso Alegre (Hospital das Clínicas Samuel Libânio), Varginha (Instituto de Pesquisa e Diagnóstico), Extrema (Hospital São Lucas) e Belo Horizonte. O município integra o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Médio Sapucaí (CISAMESP), com sede na cidade de Pouso Alegre, onde realiza atendimentos (consultas) e procedimentos de média complexidade (Raio-X, Ultrassonografias, Eletrocardiograma). Os procedimentos de alta complexidade são referenciados para as cidades de Ouro Fino, Pouso Alegre, Poços de Caldas, Belo Horizonte, Campinas e São Paulo.

Analisando os dados de mortalidade, conclui-se que há uma predominância nos óbitos por neoplasias e doenças do aparelho circulatório, com 23,07 e 30,76% respectivamente, caracterizadas como doenças crônicas não transmissíveis, com grande prevalência na população acima de 60 anos de idade.

De acordo com os dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), o município apresenta 6.908 habitantes, com 878 pacientes hipertensos cadastrados. Destes, 796 hipertensos estão em acompanhamento. Logo, 12,7% da população é hipertensa sendo que 11,5% está em acompanhamento. Dos pacientes em acompanhamento há 315 considerados controlados (35%) e o restante (65%) foram considerados descontrolados.

O trabalho proposto teve a sua ideia formulada a partir de um problema classificado como prioritário pela equipe de saúde da família de Inconfidentes MG. A Hipertensão Arterial Sistêmica foi classificada como tal prioridade por ser a doença com maior prevalência no município e causadora de inúmeras morbidades devido ao seu caráter insidioso e assintomático.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SBH, 2010).

A Hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg (BRASIL, 2006). A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (SBC, 2010).

Em 2001, aproximadamente 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da pressão arterial, sendo que 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (SBC, 2010).

Inquéritos populacionais em várias cidades brasileiras apontaram a prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20% a 30%, percentual que se eleva e atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (MINAS GERAIS, 2013). Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (Pereira et al., 2009). No Brasil, as Doenças Cardiovasculares têm sido a principal causa de morte, são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (SBH, 2010). No ano de 2012, foram registrados 1.137.024 internações por doenças do aparelho circulatório no SUS. Em relação aos custos, no mesmo período foi registrado um custo de R\$ 2.381.639.909,14 com internações por doenças do aparelho circulatório (DATASUS, 2013).

Para Passos e Barreto (2006), a pressão arterial alterada é responsável por altos índices de casos de AVC, IAM e aposentadorias precoces, o que significa um alto número de internações e um elevado custo ao SUS. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SBH, 2010).

Os fatores de risco para a hipertensão arterial são: idade, gênero, etnia, excesso de peso, obesidade, ingestão de sal, tabagismo, etilismo, sedentarismo, fatores socioeconômicos, hereditariedade e uso de anticoncepcional oral (SBH, 2010). A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir doença manifesta (BARRETO et al., 2001).

Dentre várias causas da elevada prevalência de HAS e das comorbidades foi destacada a forma de abordagem dos pacientes. É nesse ponto que foram identificadas algumas falhas e serão propostas algumas medidas para melhorias. O profissional de saúde deve procurar conhecer a história do paciente individualmente, deve elaborar estratégias que possam contribuir para a adesão ao tratamento, que pode ser medicamentoso ou não medicamentoso (SOUZA, 2003).

Para Almeida (2004), toda mudança requer um processo educativo, que geralmente se dá de forma lenta e contínua. Desta forma, as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde devem atender às necessidades de cada paciente. Isso é de extrema importância, pois o grau de adesão e a eficácia do tratamento dependem de como o paciente é abordado pelos profissionais da equipe de saúde.

O objetivo de tal abordagem será o de transmitir aos pacientes um adequado conhecimento sobre a hipertensão arterial e suas comorbidades. Conscientizá-los das suas responsabilidades perante a doença (autonomia), do comprometimento familiar em auxiliar no tratamento e da necessidade de se ter hábitos de vida saudáveis.

2 JUSTIFICATIVA

Após análises de estimativa rápida realizada com a equipe foram identificados vários problemas na população adscrita: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), uso descontrolado de benzodiazepínicos e falta de pronto atendimento na cidade. Foram levantados outros problemas, mas os citados foram destacados como os mais prevalentes. Foram analisadas também as causas e as consequências de tais problemas. Cada um possui a sua particularidade.

De uma forma geral destaca-se como um fator agravante da elevada prevalência da HAS e do DM a falta de informação da população, a não adesão ao tratamento, à falta de diagnóstico correto e a inadequada orientação da equipe médica ao paciente. Como consequências dessas doenças há o aumento dos atendimentos devido aos picos pressóricos, glicêmicos e o acometimento gradual de órgãos e sistemas levando às alterações degenerativas micro e macrovasculares. Por fim, eventos como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, nefropatia e retinopatia diabética levam à redução da qualidade de vida, invalidez e até óbito de muitos pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar propostas para melhorias na abordagem da população adscrita no município de Inconfidentes/MG.

3.2 Objetivos Específicos

Diagnosticar maior número de pacientes com HAS;

Melhorar a adesão dos pacientes com HAS ao tratamento/acompanhamento;

Aumentar a oferta de informação para a população sobre a HAS;

Melhorar o atendimento oferecido pela equipe de saúde da família.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006). A HAS, mais popularmente chamada de pressão alta, dentre outros fatores está relacionada com a força que o coração tem que fazer para impulsionar o sangue para o corpo todo. No entanto para ser considerado hipertenso, é preciso que a pressão arterial além de mais alta que o normal, permaneça elevada (CICCO, 2007).

A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg. No Brasil, cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. Este achado é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e dos adolescentes também sejam portadoras de HAS. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Para que um indivíduo desenvolva hipertensão, é necessário que haja a interação entre fator genético e condições ambientais; embora ainda não se tenha um conhecimento completo de como ocorrem essas interações. Sabe-se, entretanto, que a hipertensão é acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, sistema renina, angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial. Dessa forma, a hipertensão se apresenta como resultado de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular, que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular (MANO, 2009).

Segundo Smeltzer e Bare (2002), a elevação prolongada da pressão arterial eventualmente lesa os vasos sanguíneos em todo o corpo, sobretudo nos olhos, coração, rins e cérebro. Portanto, as consequências comuns da hipertensão prolongada e não controlada são insuficiência visual, oclusão coronária, insuficiência renal e acidentes vasculares cerebrais.

Quadro 1: Classificação dos níveis de pressão arterial segundo a OMS.

Nível de pressão arterial (mmHg)	Classificação
< 130 sistólica e < 85 diastólica	Normal
130- 139 sistólica e 86- 89 diastólica	Normal limítrofe
140- 159 sistólica e 90- 99 diastólica	Hipertensão estágio I (leve)
160- 179 sistólica e 100- 109 diastólica	Hipertensão estágio II (moderada)
> 180 sistólica e > 110 diastólica	Hipertensão estágio III (grave)

Fonte: SBC

O tratamento da hipertensão arterial tem como meta manter os valores pressóricos abaixo de 140/90 mmHg, favorecendo a mudança dos hábitos considerados como fatores de risco e impedindo os demais agravos à saúde (ROACH, 2009).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (BRASIL, 2006). Segundo o Ministério da Saúde, modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da HAS. Alimentação adequada, sobretudo em relação ao consumo de sal, controle excesso de peso, pouca prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo com doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2003), estudo realizado pela OMS ressalta como prejuízos do não cumprimento do tratamento, as complicações médicas e psicossociais da enfermidade, a redução da qualidade de vida dos pacientes, a maior probabilidade de resistência aos fármacos e o desperdício dos recursos assistenciais.

Para Lopes, Ferreira et al. (2003), o tratamento não medicamentoso pode controlar a hipertensão leve; quando associado com o tratamento farmacológico, pode melhorar o controle do paciente com hipertensão moderada/grave. A boa adesão ao tratamento não farmacológico e ao tratamento farmacológico da hipertensão constitui tarefa difícil para médico e paciente. Existem várias medidas não farmacológicas que, quando praticadas, resultam em grande benefício em relação

ao controle da pressão arterial e comorbidades comumente encontradas no paciente hipertenso.

Para Lopes et al. (2003), dentre as medidas com eficácia comprovada e de melhor impacto no controle da pressão arterial, merecem destaque a redução do peso, a redução do sódio da dieta e a prática regular de atividade física.

Em relação à perda de peso, os últimos autores demonstraram que pequena perda (5 por cento do peso total) resulta em melhor controle da pressão arterial e das alterações metabólicas associadas e em regressão da hipertrofia cardíaca. A redução moderada do sal da dieta (6 g/dia) resulta em queda significativa da pressão arterial no paciente hipertenso. O benefício da atividade física no tratamento da hipertensão arterial até recentemente ainda não estava bem estabelecido; porém, novos estudos têm demonstrado que a prática de exercícios do tipo isotônico de carga moderada resulta na redução sustentada da pressão arterial. Outras medidas, tais como suplementação de potássio e aumento do consumo do ácido graxo ômega-3, também resultam em queda da pressão arterial (LOPES et al., 2003).

O esforço conjunto de equipe multidisciplinar no sentido de entender melhor os pacientes e o empenho no sentido da mudança de estilo de vida podem resultar em melhor controle da hipertensão e em redução do risco cardiovascular global (LOPES et al., 2003).

Para Mano e Pierin (2005), muitos fatores predisõem os indivíduos ao aumento da pressão arterial. A herança genética é o único que não é modificável. Os demais, como ingestão de muito sal, estresse, obesidade, sedentarismo e ingestão de bebidas alcoólicas em excesso são passíveis de modificação. Portanto a atuação dos profissionais de saúde no controle da hipertensão deve prever a adoção de vida saudável.

Cade (2001) afirma que existem múltiplas intervenções não medicamentosas para diminuir a hipertensão arterial. A realização do auto cuidado depende de alguns fatores, como a percepção, o significado e a experiência com a doença. As ações da equipe de saúde no combate à hipertensão arterial, devem seguir algumas metas, dentre elas a compreensão do processo patológico, tratamento, incentivo à participação em programas de auto cuidado e a certificação da ausência de complicações para a definição do tratamento medicamentoso ou não medicamentoso. Os profissionais de saúde devem motivar e orientar os pacientes

quanto à importância do tratamento não medicamentoso, que deve ser realizado através de mudanças no estilo de vida, com foco no controle dos fatores de riscos (CADE, 1999).

Considera-se que baixos níveis de controle da hipertensão arterial tenham relação direta com a pouca adesão ao tratamento. De acordo com Mano e Pierin (2005), promover a adesão ao tratamento da doença, por meio de estratégias que elevem o controle da hipertensão arterial, traz benefícios não só para as instituições de saúde, bem como melhoram o tratamento nesse nível de intervenção. A estratégia de saúde da família representa um dos principais eixos de ação do Ministério da Saúde para mudar o modelo de assistência à saúde no país. A estratégia prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e/ou contínua (BRASIL, 2000). A estratégia oferece grande ajuda na detecção precoce da hipertensão arterial realizando medidas regulares da pressão arterial, assim como, prevenindo e controlando outras doenças crônicas. Com o acesso dos profissionais de saúde da família aos hipertensos há o favorecimento nos esforços de prevenção, incentivando tanto portadores da doença como seus familiares a adotarem hábitos de vida mais saudáveis, controlando, corrigindo e evitando complicações (MANO e PIERIN, 2005).

Para Marcon et al. (1995), a adesão do paciente ao regime terapêutico é de suma importância para o controle dos sintomas e progressão da doença. Na pesquisa realizada pelos autores, 34,1% dos hipertensos entrevistados referiram como motivo para iniciar o tratamento a presença de alguém da família ou algum conhecido com alguma complicação relacionada à HAS não controlada. Sarquis et al. (1998) enfatizam que a meta primordial das ações das equipes de saúde deve ser a de buscar otimizar a adesão do hipertenso ao tratamento.

A presença dos pacientes aos encontros e consultas também é relevante, pois favorece a adesão ao tratamento da HAS. Jardim, Souza, Monego (1996) verificaram, em um programa de acompanhamento de hipertenso, que indivíduos assíduos aos encontros tiveram uma maior redução dos níveis tensionais. Para esses autores, a frequência com que os pacientes comparecem à Unidade de Saúde é fundamental no controle da hipertensão, pois traz motivação individual e esta por sua vez, leva a atitudes que contribuem para a redução da pressão arterial. Para Clark et al. (2000), encontros frequentes propiciam melhor monitoração dos níveis

pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso a informações que podem servir de base para a adesão.

De acordo com o último autor, o número de vezes em que ocorrem as consultas e os encontros entre hipertensos e profissionais de saúde foi outro fator apontado como evento antecedente da adesão ao tratamento.

A mudança no estilo de vida, muitas vezes suficiente por si só para o controle da HAS, ou como coadjuvante para o sucesso da terapêutica medicamentosa, é difícil de ser alcançada (SERAFIM, JESUS e PIERIN, 2010). Esse problema é agravado pelo médico e outros profissionais de saúde, quando não enfatizam esse aspecto do tratamento, subestimando a sua eficácia. Segundo o 7º Relatório do *Joint National Committee*, a terapia mais efetiva prescrita por um profissional cuidadoso só controla a HAS se o paciente estiver motivado, e a motivação é maior quando o paciente tem experiências positivas e confia na equipe de saúde (FAJARDO, 2006).

Guerra-Riccio (2001), constatou uma queda maior nos níveis pressóricos no grupo de pacientes com visitas de acompanhamento a cada 15 dias, quando comparados a outro grupo, cujos encontros aconteciam a cada 90 dias. Além disso, no grupo onde os encontros eram frequentes, houve a manutenção da redução dos níveis pressóricos ao longo do tratamento, o que demonstra o efeito favorável das visitas frequentes para garantir o comportamento de adesão e manter a eficácia da terapêutica. Para o autor, um dos principais benefícios do número maior de visitas é a possibilidade de ajustes terapêuticos, no caso da ocorrência de efeitos colaterais. As visitas frequentes também proporcionam uma mudança mais efetiva no estilo de vida e bem-estar aos pacientes (GUERRA-RICCIO, 2001).

Como a HAS é uma doença multifatorial, exige diferentes abordagens, e só uma equipe multidisciplinar pode proporcionar essa ação diferenciada. Jardim, Souza e Monego (1996), ressaltam que o atendimento dos hipertensos por profissionais de diferentes áreas melhora, em muito, a adesão à terapêutica recomendada. A satisfação com o atendimento é item fundamental para se conseguir bons níveis de adesão e controle da HAS. Levando isso em consideração, a qualidade do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde torna-se fator determinante na eficácia da terapêutica. Fava (2012), constatou que a qualidade da relação que a equipe de saúde estabelece com o paciente é fator preponderante, visto que o hipertenso tem necessidade de transmitir suas inquietudes, sintomas e limitações, além de receber

apoio e reforço para conseguir adaptar-se à doença. O relacionamento profissional de saúde/paciente é fator que exerce influência sobre a adesão do paciente ao tratamento.

Segundo Svensson et al. (2000), para otimizar o tratamento anti-hipertensivo, é importante formar uma aliança terapêutica entre o profissional e o paciente, de modo que as dúvidas e as dificuldades possam ser detectadas e resolvidas.

Para Cade (1999), a receptividade é outro fator motivacional para que os pacientes frequentem programas de controle da HAS, contribuindo dessa forma, para melhorar a adesão ao tratamento, visto que nesses programas, eles encontram espaços para exteriorizar suas angústias, no que diz respeito ao tratamento e a sua doença.

De acordo com Campos (1996), o trabalho em grupos, com a participação de familiares dos hipertensos, tem se mostrado favorável à adesão ao tratamento. O grupo estimula a reflexão, amplia o nível de conhecimento, permite que cada um fale de suas experiências em relação a sua doença. Essa técnica funciona como suporte social, uma vez que os pacientes estão reunidos em torno de um problema comum e apoiados por uma equipe disposta a ouvi-los e a ajudá-los.

Para Araújo et al. (1998), deve-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos, uma vez que a HAS provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como também no estilo de vida de outros componentes familiares, pois a alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo. Desta forma, o apoio familiar foi apontado como um evento antecedente a adesão ao tratamento antihipertensivo.

Clark et al. (2000), enumerando as vantagens do trabalho realizado por um grupo de enfermeiras visitadoras na China, coloca que ao visitar os pacientes em seu próprio ambiente, elas também entrariam em contato e desenvolveriam atividades educativas com a família e outras pessoas significativas, que são o suporte social do paciente.

Castro e Car (2000), averiguaram que os pacientes relacionam o tratamento à mudanças difíceis no cotidiano, como restrições alimentares, de lazer e trabalho. Tal adaptação nem sempre é fácil, pois, muitas vezes, determina mudanças de hábitos prazerosos.

Para Kingãs e Lahdenperä (1999), os pacientes que usam medicamentos tendem a aderir menos às mudanças no estilo de vida, pois acreditam que o uso das drogas é

suficiente para se obter o controle da pressão arterial. Esse comportamento é de fato preocupante, tendo em vista que os objetivos do tratamento não medicamentoso são, além de reduzir os níveis tensionais, reduzir os fatores de risco cardiovasculares. Segundo as autoras, enquanto os mais altos níveis de adesão relacionavam-se à medicação, os piores estavam relacionados justamente ao tratamento não farmacológico, incluindo a dieta, atividades físicas e ingestão de álcool. Nesse contexto, as autoras aconselham que os profissionais de saúde discutam com os pacientes quais modificações os mesmos consideram possíveis de serem realizadas. Desta forma, as práticas podem ser feitas dentro da realidade de cada paciente, sendo portanto mais efetivas. Para Kjellgren et al (2000), é recomendável aos profissionais que pesquisem a opinião dos pacientes a respeito do tratamento e das mudanças no estilo de vida, como também de sua prontidão e capacidade de seguir o tratamento.

Entende-se que a adesão ao tratamento antihipertensivo pode ser influenciada por três grupos de fatores antecedentes, os quais, atuando de modo inter-relacionado, podem determinar diferentes graus de adesão: os relativos ao próprio paciente, como as variáveis sociodemográficas, os conhecimentos e crenças que os pacientes têm sobre a doença e o tratamento, e o apoio familiar; os relacionados à terapêutica farmacológica e não farmacológica; e os fatores relacionados ao sistema de saúde, entre os quais foram ressaltados a estrutura dos serviços de saúde e o processo de atendimento do portador de hipertensão (ARAUJO e GARCIA, 2006).

De acordo com os últimos autores, a satisfação do hipertenso com o atendimento é fator fundamental para a adesão à terapêutica aconselhada. Dentro deste contexto, a forma como os profissionais de saúde se relacionam com os pacientes hipertensos é fator preponderante à adesão ao tratamento antihipertensivo.

5 METODOLOGIA

Para o levantamento bibliográfico de sustentação teórica foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), o a pagina virtual de pesquisa LILACS, publicações do Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde e o Banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Foram utilizados também documentos municipais como o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Inconfidentes/MG, Plano municipal de saúde, relatório anual de gestão e outros documentos e registros da equipe de saúde.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando-se como descritores as palavras Programa de Saúde da Família e Hipertensão Arterial. Foram encontrados 31 artigos que serviram de base para o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso.

Além disso, foram utilizados os dez passos do plano de ação contido no módulo 2: planejamento de avaliação das ações em saúde que está presente no curso de especialização em medicina de saúde e comunidade ministrado pela Universidade Federal de Minas Gerais.

5.1 Priorização dos problemas

Quadro 2. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico de Inconfidentes-MG.

Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	8	Parcial	1
Diabetes Melitus	Alta	7	Parcial	2
Uso descontrolado de Benzodiazepínicos	Alta	5	Parcial	3
Falta de pronto atendimento municipal	Alta	7	Fora	4

*Pontuação considerada em uma escala de 0 a 10.

5.2 Descrição do problema selecionado

Após reunião discussões com a equipe foi selecionado o problema Hipertensão Arterial Sistêmica devido a sua importância no contexto em que está inserido. A HAS

é fator de risco para doenças cerebrovasculares, cardíacas, renais, aórticas e arteriais periféricas, porém o tratamento reduz significativamente o risco das complicações (HOEPFNER e FRANCO, 2010). Números obtidos de bases de dados como o SIAB, IBGE e registros da equipe foram utilizados para verificar a dimensão do problema. Com tais números percebemos que há parcela significativa da população com HAS sem acompanhamento e/ou sem o controle adequado. A ação da equipe frente a tais problemas vem sendo ineficaz. Não se dispõe de um grupo regular Hiperdia e os ACS não tinham informação da gravidade do problema assim como não tinham conhecimento de como ajudar. Eles atuam identificando casos agudos e solicitando consulta ou visita para tais casos. Essa realidade pode ser demonstrada e resumida no quadro 3.

Quadro 3 - Descritores do problema hipertensão arterial sistêmica em Inconfidentes/MG. 2013

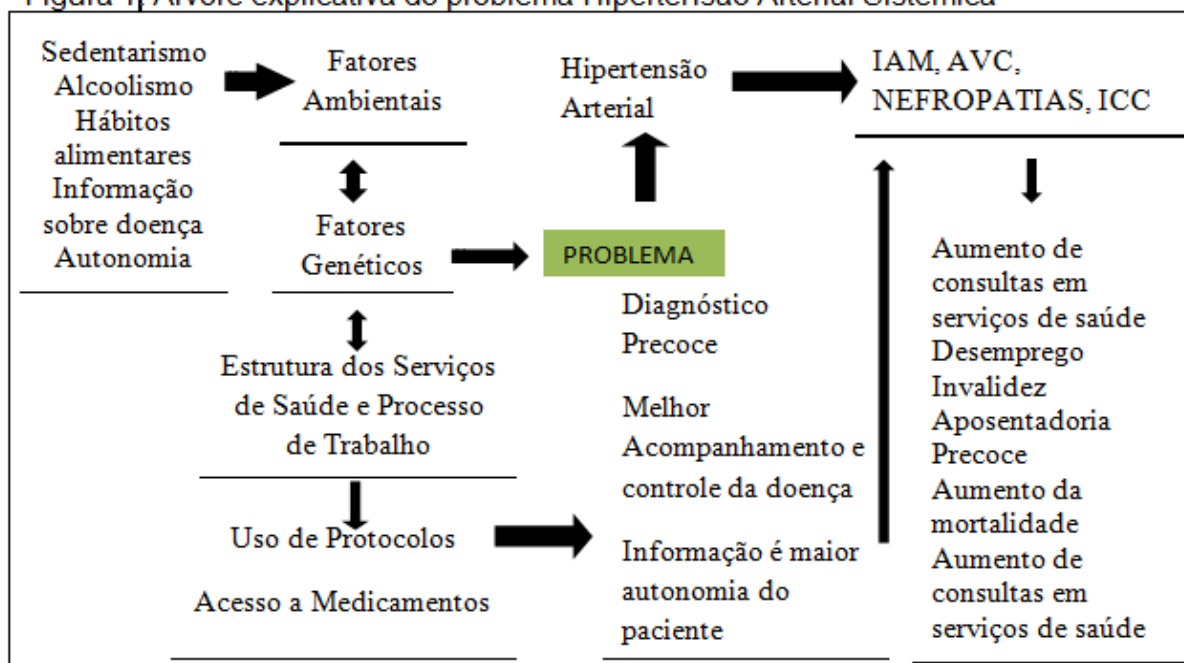
Descritores	Valores	Fonte
Total de Habitantes	6908	IBGE
Total de Hipertensos cadastrados	878	SIAB
Total de hipertensos acompanhados	796	SIAB
Total de Hipertensos Controlados	315	Registro da Equipe
Total de Hipertensos descontrolados e/ou não acompanhados	563	Registro da Equipe

5.3 Explicação do problema

O problema selecionado como prioritário é a Hipertensão Arterial Sistêmica. Os fatores causais são: a predisposição genética, os hábitos e condições de vida, a informação e cultura do paciente. O próprio paciente é um agente atuante na condição de saúde uma vez que, ao adquirir maior controle sobre a dieta e atividade física (autonomia), passa a ser um agente responsável e fundamental para o controle da sua doença. Como consequência, pode-se apontar uma redução das consultas em estabelecimentos de saúde devido aos picos pressóricos e eventos como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

Ao longo do tempo e devido à gravidade da hipertensão, surgem lesões em órgãos caracterizadas como: hipertrofia do ventrículo esquerdo, insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva, ocasionando limitações físicas, reduzindo a qualidade de vida e podendo levar ao óbito (RABETTI e FREITAS, 2011). Para tanto, deve-se realizar programas de saúde com o intuito de aumentar a cobertura aos hipertensos. Deve-se também melhorar a informação sobre a doença estimulando a autonomia e a maior adesão ao tratamento. A figura 1 resume o problema principal, suas principais causas e consequências.

Figura 1| Árvore explicativa do problema Hipertensão Arterial Sistêmica



5.4 Seleção dos nós críticos

Considerando nó crítico como causa a ser solucionada para a resolução do problema principal, foram elegíveis alguns pontos da governabilidade da equipe. Eles são:

- Hábitos e condições de vida;
- Informação social e da equipe de saúde;
- Processo de trabalho da equipe;
- Abordagem da equipe de saúde.

5.5 Desenho das operações

Definido o problema principal e os nós críticos existentes, procurou-se elaborar um plano de ação para que objetivos possam ser alcançados. Para o nó crítico hábitos e condições de vida foi elaborado um plano: Modificações no Estilo de Vida (MEV), cujo objetivo elaborado foi à proposição da mudança dos hábitos e das condições (estilo) de vida da população. Para tanto, almeja-se a redução de 30% de sal na alimentação e o estímulo à prática de exercício físico, alcançados por meio de programas de orientação populacional na unidade de saúde, nas escolas, no rádio.

Para a consecução das atividades, será necessário um local para o desenvolvimento das campanhas e caminhadas, a contratação de profissionais para o acompanhamento durante as atividades físicas, recursos políticos para campanhas transmitidas nos rádios e recurso financeiro para a realização das ações descritas.

Para o nó crítico informação social e da equipe da saúde, foi desenvolvido o plano APRENDER SAÚDE. Tem-se como objetivo transmitir informações básicas sobre saúde e a forma de reconhecimento de sintomas e manejo mínimo da condição clínica.

A informação sobre doenças crônicas para a população visa quebrar mitos e informar sobre conceitos básicos em saúde. Foi proposto disponibilizar recursos financeiros para a confecção dos materiais cognitivos para a elaboração e gestão das campanhas e organizacional para o recrutamento de pessoal.

O processo de trabalho da equipe é outro nó crítico proposto para ser corrigido. Com o programa MOS (Metas e Objetivos em Saúde) foi planejado reorganizar e melhorar o processo de trabalho da equipe, aumentando a capacidade de cobertura populacional efetiva, com metas mais claras de trabalho para atingir objetivos traçados. Para isso, será fundamental o planejamento da reunião semanal e a educação continuada da equipe, quando será necessário apoio político para a adequação da estrutura física (sala de reunião e local adequado para o desenvolvimento do Programa HIPERDIA) e recursos financeiros (para lanches após as reuniões e para a preparação de materiais).

O último nó crítico a ser trabalhado é a abordagem da equipe de saúde. O projeto CUIDAR MELHOR visa à melhoria do atendimento e do cuidado com os pacientes para maior adesão dos pacientes ao tratamento.

A proposição será alcançada por meio de reuniões semanais, discussões em grupo, palestras dadas por profissionais de saúde, cursos financiados pela prefeitura. Para isso, há necessidade de recurso financeiro para tais cursos, recrutamento de pessoal para palestras e apoio político. O resumo do desenho das operações está presente no quadro 4.

Quadro 4 - Desenho das operações para os nós críticos sobre o problema hipertensão

Nó Crítico	Operação Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos e condições de Vida	MEV Mudar hábitos e estilo de vida	Reduzir em 30% a quantidade de sal alimentar e estimular atividade física	Orientação por meio do HIPERDIA, rádios e escolas.	Organizacional: Local para o desenvolvimento das campanhas profissionais. Política: Ajuda política para espaço em rádio. Financeiro: Para ajudar na compra de materiais.
Informação social e da equipe de saúde	APRENDER SAÚDE Transmissão de informações básicas sobre doenças prevalentes	Aumentar informação sobre doenças. Quebrar mitos e implementar conceitos básicos em saúde	Campanhas educacionais no interior do posto de saúde, no centro da cidade e em escolas	Financeiro: Para a confecção dos materiais. Cognitivo: Para elaboração e gestão das campanhas Organizacional: Recrutamento de pessoal
Processo de trabalho da Equipe	MOS Reorganizar e melhorar o processo de saúde da equipe	Aumentar capacidade de cobertura populacional efetiva. Ter metas mais claras de trabalho. Atingir objetivos traçados.	Reuniões Semanais. Educação continuada semanal.	Político: Apoio para as nossas ideias. Organizacional: Estrutura física adequada. Financeiro: Para lanches após as reuniões e materiais.
Abordagem da Equipe de saúde	CUIDAR MELHOR Melhorar a abordagem ao paciente	Melhor qualidade no atendimento. Maior entendimento e adesão ao tratamento.	Reuniões semanais. Discussões em grupo. Palestras ministradas por	Financeiro: Recurso financeiro para tais cursos. Organizacional: Recrutamento de pessoal para palestras.

			profissionais de saúde. Cursos financiados pela prefeitura.	Político: Apoio político para a realização das propostas.
--	--	--	---	--

5.6 Identificação dos recursos críticos

Considerando que os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis, foi proposto elaborar estratégias para que os tornem possíveis. Eles são disponíveis no quadro 5.

Quadro 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento as operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema hipertensão.

Operação/Projeto	Recursos Necessários
MEV	Organizacional: Local para o desenvolvimento das campanhas profissionais. Política: Ajuda política para espaço em rádio. Financeiro: Para ajudar na compra de materiais.
APRENDER SAÚDE	Financeiro: Recursos financeiros para a confecção dos materiais.
MOS	Político: Apoio para as nossas ideias. Financeiro: Recursos para lanches após as reuniões e materiais.
CUIDAR MELHOR	Financeiro: Recurso financeiro para tais cursos. Político: Apoio político para realizar as propostas.

5.7 Análise de viabilidade do plano

Com os recursos críticos analisados e expostos, procura-se identificar os atores que controlam tais recursos para disponibilizá-los. No município de Inconfidentes, percebe-se que os principais recursos encontram-se na vontade ou apoio político para a disponibilização de recursos financeiros.

Os atores envolvidos são a prefeita e o secretário de saúde. A motivação desses atores é indiferente. A equipe elaborou propostas para apresentar e conseguir apoio de tais atores para a execução dos planos. A viabilidade está resumida no quadro 6.

Quadro 6 - Propostas de ações para motivação dos atores

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ações Estratégicas
		Ator Controlador	Motivação	
MEV Mudar hábitos e estilo de vida	Organizacional: Local para o desenvolvimento das campanhas profissionais. Política: Ajuda política para espaço em rádio. Financeiro: Para ajudar na compra de materiais.	Prefeita	Indiferente	Elaborar e demonstrar projeto
		Secretário de saúde	Indiferente	Elaborar e demonstrar projeto
		Prefeita	Indiferente	Elaborar e demonstrar projeto
APRENDER SAÚDE Transmissão de informações básicas sobre doenças prevalentes	Financeiro: Recursos financeiros para a confecção dos materiais.	Prefeita e secretário de saúde	indiferente	Elaborar e demonstrar projeto
MOS Reorganizar e melhorar o processo de saúde da equipe	Político: Apoio para as nossas ideias. Financeiro: Recursos para lanches após as reuniões e materiais.	Prefeita	Indiferente	Elaborar e demonstrar projeto
		Prefeita e secretário da saúde	Indiferente	
CUIDAR MELHOR Melhorar a abordagem ao paciente	Financeiro: Recurso financeiro para tais cursos. Político: Apoio político para realizar as propostas.	Prefeita e secretário da saúde	Indiferente	Elaborar e demonstrar projeto
		Prefeita e secretário da saúde	Indiferente	Elaborar e demonstrar projeto

5.8 Elaboração do plano operativo

Para elaboração do plano operativo foram identificados os agentes responsáveis por cada projeto e designados funções e prazos. Tal decisão foi aprovada por consenso após a reunião com a equipe e está resumida no quadro 7.

Quadro 7 - Plano operativo

Operações	Resultados	Pró endemias e Epidemia adultos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
MEV Mudar hábitos e estilo de vida	Reduzir em 30% a quantidade de sal alimentar e estimular atividade física	Orientação por meio do HIPERDIA, rádios e escolas.	Elaborar e demonstrar projeto	Dalva e Ronaldo	6 a 12 meses
APRENDER SAÚDE Transmissão de informações básicas sobre doenças prevalentes	Aumentar informação sobre doenças. Quebrar mitos e implementar conceitos em saúde.	Campanhas educacionais no interior do posto de saúde, no centro da cidade e em escolas	Elaborar e demonstrar projeto	Adriano	6 a 12 meses
MOS Reorganizar e melhorar o processo de saúde da equipe	Aumentar capacidade de cobertura populacional efetiva. Ter metas mais claras de trabalho. Atingir objetivos traçados	Reuniões Semanais. Educação continuada semanal	Elaborar e demonstrar o projeto	Ana e Rita	6 a 12 meses
CUIDAR MELHOR Melhorar a abordagem ao paciente	Melhor qualidade no atendimento. Maior entendimento e adesão ao tratamento	Reuniões semanais. Discussões em grupo. Palestras ministradas por profissionais de saúde	Elaborar e demonstrar o projeto	Lilian e André	6 a 12 meses.

6 RESULTADOS ESPERADOS

Com a elaboração e implantação do plano de intervenção, espera-se obter os resultados expressos no quadro 8.

Quadro 8 - Resultados esperados após a implementação do plano.

Resultados Esperados	
1	Reduzir em 30% a quantidade de sal alimentar e estimular atividade física
2	Aumentar a informação dos pacientes sobre a doenças.
3	Diagnosticar todos os pacientes com sintomas de HAS
4	Acompanhar 100% dos pacientes com HAS
5	Quebrar mitos e implementar conceitos básicos em saúde
6	Aumentar capacidade de cobertura populacional efetiva.
7	Ter metas mais claras de trabalho.
8	Atingir objetivos traçados.
9	Melhor qualidade no atendimento.
10	Maior entendimento e adesão ao tratamento.
11	Aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento não farmacológico

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, torna-se necessário tecer algumas considerações. Dentre elas, a carência de estudos avaliativos no nível local referentes à atenção básica oferecida aos portadores de hipertensão arterial, o que motivou a realização deste trabalho.

As doenças crônicas, em especial a hipertensão, somadas ao envelhecimento populacional, trazem uma demanda crescente e dependente dos serviços de saúde. Isso torna necessário conhecer a realidade local e planejar ações para atender a população com qualidade e resolutividade na atenção primária.

A literatura mostra que há fortes evidências da eficácia do tratamento não farmacológico na abordagem das pessoas com HAS. Com a prática de exercícios físicos, uma alimentação saudável e a redução do peso corporal, podem-se alcançar um melhor controle dos níveis pressóricos, podendo evitar as complicações e lesões em órgãos alvo que ocasionam incapacidades, onerando ainda mais o próprio paciente e o sistema de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família pode colaborar para o favorecimento dessas condições, pois tem como um dos seus objetivos a identificação de recursos para execução de ações que melhorem as condições de vida na comunidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.M.S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz - RN.** 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao Tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: <http://www.fen.urg.br/revista82/v8n2a11.htm>. Acesso em: 10.01.2014.

ARAÚJO, T. L. et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Card. Estado de São Paulo**, v. 8, n. 2, p.1-6, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: Caderno 1.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Morbidade Hospitalar no SUS.** Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def> . Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Plano de reorganização à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus.** Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Sala de apoio a Gestão Estratégica.** Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB):** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>. Acesso em: 16 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Sistema de Informações Sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS):** Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em: 16 jan. 2014.

CADE, N. V. Trabalho desenvolvido pelo enfermeiro: expectativa e percepção de hipertensos em tratamento ambulatorial. **Rev. Enf. UERJ**, v. 7, n. 2, p.148-153, 1999.

CADE, N. V. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensão. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** 2001, v.2, n.2.p.13-15. 2006.

CAMPOS, E. P. **Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso**. Folha méd., v. 113, n. 2, p.153-156, 1996.

CARDOSO, F.C. et al. **Módulo 2: Planejamento e Avaliação das Ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2008.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p.145-153, 2000.

CICCO, L.H.S. **Hipertensão arterial? E agora?**. Disponível em: <http://www.saudevidaonline.com.br/hipert.htm>. Acesso em: 17 jan. 2014.

CLARK, M. J.; CURRAN, C.; NOJI, A. **The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control**. Public Health Nursing, v. 17, n. 6, p.452-459, 2000.

COSTA, D. M. N. **Atenção do SUS no controle da hipertensão arterial: a experiência de Juiz de Fora (Tese de Doutorado)**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

FAVA. S. M. C. L. **Os significados da experiência da doença e do tratamento para pessoa com hipertensão arterial e o contexto do sistema de cuidado à saúde: um estudo etnográfico**. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto, 2012.

GUERRA-RICCIO, G. M. **Adesão do paciente hipertenso ao tratamento: influencia da frequência do atendimento**. 2001, 122 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

HOEPFNER, C.; FRANCO, S. C. **Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde**. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.2, pp. 223-229.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 04 de abril de 2013.

INCONFIDENTES. Departamento Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Inconfidentes 2010-2013**. Inconfidentes, 2010.

INCONFIDENTES. Departamento Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão de Inconfidentes 2012**. Inconfidentes, 2013.

JARDIM, P. C. B.; SOUZA, A. L. L.; MONEGO, E. T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, v. 29, p.232-238, 1996.

KINGÄS, H.; LAHDENPERÄ, T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 4, p. 832-839, 1999.

KJELLGREN, K. I. et al. **Antihypertensive treatment and patient autonomy – the follow-up appointment as a resource for care**. Patient Education and Counseling, v.40, p.39–49, 2000.

LOPES, H.F., BARRETO-FILHO, J.A.S., & RICCIO, G.M.G. (2003). Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista da Sociedade de Cardiologia**, 13 (1), 148-155.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Evolução de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa saúde da Família em um centro de Saúde Escola. **Acta Paul Enferm.** v. 18, n. 3, p. 269-275, 2005.

MANO, R. **Hipertensão Arterial Sistêmica. Manuais de Cardiologia**. Rio de Janeiro, 2009.

MARCON, S. S. et al. Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Ciências Y Enfermaria**, v. 1, n. 1, p. 33-42, 1995.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Linha-Guia de Atenção à Saúde do Idoso**. 3.ed. Belo Horizonte. 2013.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: Estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidem Serv Saude** v. 15, n.1, p.35-45, 2006.

PEREIRA M, LUNET N, AZEVEDO A, BARROS H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension** 2009; 27(5): 963–975.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.45, n.2, pp. 258-268. Epub Feb 18, 2011.

ROACH, S. S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2009.

SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Enf. USP**, v. 32, n. 4, p. 335-353, 1998.

SERAFIM, T. S.; JESUS, E.S.; PIERIN, A. M. G. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta Paul. Enferm.** [online]. 2010, vol.23, n.5, pp. 658-664.

SMELTZER S.; BARE B. **Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica**, 9 ed. Guanabara Koogan, 2002.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO – SBH. **OMS Alerta para Baixa Adesão ao Tratamento**. 2003. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/noticias.asp?codigo=149>. Acessado em 10 de novembro de 2013.

SOUZA, E.R.F. **Vivência de hipertensos no município de Narazerinho no que concerne ao seu tratamento**. 2003. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SVENSSON, S. et al. Reasons for adherence with antihypertensive medication. **Int. J. Card.** v. 76, p. 157-163, 2000.