

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

**AUMENTO NA ADESÃO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AO TRATAMENTO NO PSF-
CAIÇARA**

RAÍSSA CHAGAS SERAIEDINE

CORINTO- MG

2014

RAÍSSA CHAGAS SERAIEDINE

**AUMENTO NA ADESÃO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AO TRATAMENTO NA PSF-
CAIÇARA**

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

Orientador: Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi

CORINTO- MG

2014

RAÍSSA CHAGAS SERAIEDINE

**AUMENTO NA ADESÃO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AO TRATAMENTO NA PSF-
CAIÇARA**

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

Orientador: Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi

Banca Examinadora

Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi - Orientador

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - Examinador

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser conceituada como uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), sendo na grande maioria dos casos assintomática, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores, levando a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Este estudo teve como objetivo propor um plano de ação a fim de aumentar o índice de adesão da população do PSF- Caiçara, na cidade de Várzea da Palma- MG, quanto ao controle e prevenção da hipertensão arterial sistêmica, através da implementação de modelos de atenção à saúde que visem identificar a causa da não adesão ao tratamento pelos hipertensos e incorporar estratégias diversas-individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos. Como metodologia, adotou-se a pesquisa exploratória com análise bibliográfica. O levantamento bibliográfico foi realizado durante os meses de dezembro de 2013 e Janeiro de 2014 através da base de dados Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*), e o site de busca www.google.com.br, com publicações nacionais realizadas no período de 2006 a 2013, por meio do descritor: hipertensão arterial sistêmica e saúde da família. A partir da análise do material bibliográfico realizou-se a elaboração de um plano de ação a fim de aumentar o índice de adesão dos pacientes junto ao PSF- Caiçara em busca de evitar complicações referentes à HAS. Com isso, espera-se a longo prazo a adoção de atitudes que visem mudanças de hábitos de vida onde a atividade física e alimentação são um dos principais pontos a serem incentivados, além do uso de medicamento, caracterizando assim a adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular global.

Palavras- chave: hipertensão, saúde pública, planos de ação

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension (SAH) can be conceptualized as a chronic degenerative disease of multifactorial nature , characterized by high and sustained levels of blood pressure (BP) , and in most cases asymptomatic, which fundamentally affects the balance of vasodilators and systems vasoconstrictor , leading to metabolic changes , with consequent increased risk of fatal and nonfatal cardiovascular events. This study aimed to propose an action plan to increase the rate of accession of the PSF- Caiçara population in the city of Várzea da Palma - MG, as the control and prevention of hypertension, through the implementation of different health care aimed at identifying the cause of non-adherence to treatment for hypertension and incorporate several individual - and collective strategies to improve the quality of care and achieve adequate control of blood pressure levels. The methodology adopted the exploratory research literature review. The literature survey was conducted during the months of December 2013 and January 2014 using the database SciELO (Scientific Electronic Library Online) database , and search www.google.com.br with national publications made on site from 2006 to 2013 through descriptor: hypertension and family health . From the analysis of bibliographic material was held to draw up an action plan to increase the rate of patient compliance with the PSF- Caiçara seeking to avoid complications related to hypertension . Thus , we expect the long-term adoption of attitudes aimed at changing lifestyle where physical activity and diet are one of the main points to be encouraged , and the use of medication characterizing the actual adherence to the proposed treatment based the global cardiovascular risk.

Keywords: hypertension; public health; action plans in primary care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	9
3 OBJETIVOS.....	10
4 METODOLOGIA.....	11
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	13
6 PLANO DE AÇÃO.....	18
6.1 Desenho das Operações.....	18
6.2 Cronograma.....	19
6.3 Identificação dos Recursos Críticos.....	20
6.4 Análise da Viabilidade do Plano.....	21
6.5 Resultados Esperados	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), patologia de etiologia ainda não esclarecida, aponta um crescente número de evidências; logo, se classifica como de origem multifatorial, incluindo assim influência de fatores como genética, sedentarismo, sobrepeso, ingestão excessiva de sódio e álcool, entre outros fatores. Constitui-se atualmente como o primeiro fator de risco modificável causador de morbimortalidade cardiovascular em todo o mundo representando assim um importante problema de saúde pública (RENNER *et al.*, 2008 *apud* RIBEIRO; MATOS, 2011).

Com isso, traçar metas que modifiquem o quadro de saúde atual se engajando em ações de prevenção primária são estratégias fundamentais para atuação nas políticas de saúde. Por essa razão, modificações no estilo de vida, incluindo alimentação e exercício físico, são as primeiras linhas de intervenção para o controle de Hipertensão, mesmo quando terapia medicamentosa é implementada.

Estudos demonstram que prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida. Assim, propõe-se uma mudança no paradigma de saúde, não mais centrada na assistência à doença, mas na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que colocam em risco gerando novas práticas e afirmando a promoção da saúde (ANDRADE, 2006; CUNHA, 2009).

Tendo em vista as considerações anteriores, o presente estudo baseou-se na realidade de um Programa de Saúde da Família- PSF, unidade Caiçara, situado na cidade de Várzea da Palma- MG. O PSF- Caiçara possui 606 famílias cadastradas atualmente, sendo que 227 indivíduos são portadores de HAS. Diante disso, através de uma análise com a equipe de Estratégia de Saúde da Família- ESF, observou-se a necessidade de se implementar um plano de ação que vise manter o controle da pressão arterial dos portadores de HAS, bem como mantê-los informados sobre a importância desse controle e as formas de prevenir a HAS, pois os pacientes apresentam diversos fatores que impedem a evolução para um bom prognóstico.

Dentre os fatores pontuados, podemos citar os seguintes:

- a) não possuem informações sobre a patologia;

- b) desconhecem as complicações referentes a patologia;
- c) não realizam a medição da pressão arterial frequentemente;
- d) não fazem uso contínuo do medicamento;
- e) não realizam consultas regularmente;
- f) não possuem hábitos de vida saudável.

Dessa forma, o plano de ação junto à população PSF-Caiçara pode vir a melhorar o quadro atual dos seus usuários, através do controle da HAS realizando o acompanhamento da patologia e fornecendo mais informações ao paciente sobre a mesma a fim de evitar as complicações referentes à HAS. Por outro lado, o plano de ação pode prevenir o diagnóstico tardio da HAS, uma vez que, se diagnosticada precocemente, é bastante controlável com múltiplas chances de evitar complicações futuras.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é um dos problemas de saúde pública mais importantes no mundo, já que é um importante fator de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio (PEDROSA; DRAGER, 2010). Por esse motivo, justifica-se o interesse deste estudo dada a grande importância de se manter o controle da pressão arterial dos indivíduos portadores da HAS.

Tendo em vista que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares, que consiste na principal complicação desta patologia, o plano de ação voltado para o controle e prevenção da HAS pode vir a proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses pacientes. Este desafio é, sobretudo, da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de ação a fim de aumentar o índice de adesão da população do PSF-Caiçara, na cidade de Várzea da Palma- MG, quanto ao controle e prevenção da hipertensão arterial sistêmica.

3.2 Objetivos Específicos

- a) identificar a causa da não adesão ao tratamento pelos hipertensos;
- b) incorporar estratégias diversas- individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos;
- c) incentivar hábitos de vida saudáveis (prática de atividade física, controle alimentar, convívio social, lazer ativo, etc.);
- d) aumentar a adesão dos usuários portadores de HAS;
- e) reduzir a incidência de comorbidades.

4 METODOLOGIA

De acordo com Lakatos e Marconi (1996, p. 15), “Pesquisar não é apenas procurar a verdade; é encontrar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos”. Para Gil (2008, p.42), a pesquisa tem um caráter pragmático, é um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”.

Segundo Gil (2008) este estudo caracteriza-se quanto aos seus objetivos como sendo exploratório, por meio de pesquisa bibliográfica. A pesquisa exploratória se caracteriza por proporcionar maior familiaridade com o problema. Os estudos bibliográficos são desenvolvidos com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

O levantamento bibliográfico foi realizado durante os meses de dezembro de 2013 e Janeiro de 2014 através da base de dados Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*), e o site de busca www.google.com.br, com publicações nacionais realizadas no período de 2006 a 2013, por meio do descritor: hipertensão arterial sistêmica e saúde da família. Foram localizados 25 artigos, dentre eles 19 foram selecionados de acordo com os objetivos propostos por este trabalho, em que desenvolveu-se um plano de ação através de um levantamento bibliográfico e análise de estudos relacionados ao tema.

O plano de ação consiste em uma intervenção em relação aos fatores de risco modificáveis e ao controle no tratamento da patologia em questão, HAS, e suas consequências, junto à população do PSF- Caiçara. Para isso, serão criados grupos, onde serão dadas orientações sobre um conjunto de fatores que favorecem a prevenção da HAS e o seu controle:

- a) reuniões com a Equipe de Saúde da Família- ESF para conhecimento e discussão das questões relacionadas à melhoria da adesão ao tratamento;
- b) levantamento dos principais fatores que dificultam a adesão ao tratamento;
- c) implantação de grupos com usuários de HAS, onde serão elencadas as principais dificuldades para adesão como também algumas propostas com discussão e orientação sobre o tema tais como, controle pressórico, dieta adequada, e mudança de hábitos no estilo de vida;

- d) atendimento médico dos usuários após cada reunião do grupo de hipertensos em que devem ser dadas as orientações ao paciente, falando de maneira clara e de fácil entendimento sobre o seguimento clínico de seu tratamento;
- e) retornos em datas mais próximas para que se crie uma relação de confiança entre o médico e o paciente;
- f) alertar sobre as possíveis alterações no tratamento proposto e a necessidade de realização de novos exames
- g) monitoramento e avaliação do processo de adesão realizado mensalmente com a aferição da pressão arterial e listagem de presença dos participantes do grupo;
- h) finalmente, o médico e a equipe deverá estar atento ao processo de trabalho e disseminar sempre os conceitos de prevenção de doenças associadas a hipertensão, através de contato individual e através de palestras para a comunidade local.

5 REVISÃO DA LITERATURA

O perfil epidemiológico brasileiro vem se modificando desde os anos 1950 e, neste cenário complexo, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) atualmente assumem papel de destaque entre as principais causas de morbimortalidade (MARINHO *et al.*, 2011). Apesar de apresentar alta prevalência (no Brasil de 22 a 44%), ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem serem portadores da HAS. Dos pacientes que sabem do diagnóstico, cerca de 40% ainda não estão em tratamento. Além disso, apenas uma pequena parcela dos pacientes está com os níveis de pressão arterial devidamente controlados (nos EUA, em torno de 34%) (PEDROSA; DRAGER, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser conceituada como uma doença crônico-degenerativa não transmissível (DCNT) de natureza multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), sendo na grande maioria dos casos assintomática, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que mantêm o tônus vasomotor, o que leva a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por eles irrigados. Além disso, leva também a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (PEDROSA; DRAGER, 2010; PIERIN *et al.*, 2010).

TABELA 1

Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica

Classificação da Pressão Arterial	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 a 139	85 a 89
Estágio 1	140 a 159	90 a 99
Estágio 2	160 a 179	100 a 109
Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Adaptado de V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006, p.10.

Diante do exposto, a hipertensão arterial classifica-se em 3 estágios:

- a) estágio I (leve), onde compreende valores sistólicos entre 140-159 mmHg e diastólicos entre 90-99 mmHg.
- b) estágio II (moderada), com valores sistólicos entre 160-179 mmHg e diastólicos entre 100-109 mmHg.
- c) estágio III (grave), a pressão arterial sistólica encontra-se maior ou igual a 180 mmHg e diastólica maior ou igual a 110 mmHg. Ainda nesta classificação, existe a sistólica isolada, que corresponde a valores sistólicos acima ou igual a 140 mmHg e diastólicos abaixo de 90 mmHg.

Sabe-se, contudo, que o controle da pressão arterial não é tarefa fácil. Estudo populacional brasileiro sobre o manejo da HAS em comunidade constatou que 2/3 se reconheciam hipertensos, 50% faziam tratamento com medicamentos e somente 1/3 tinha sua pressão arterial controlada (PICCINI; VICTORA, 1997 *apud* SANTA HELENA *et al.*, 2010). Estudo realizado por Sala *et al.* em 1996 em serviço de atenção primária mostrou redução dos níveis pressóricos de pessoas mais jovens e que frequentemente compareciam às consultas programadas; demonstrando assim que a atenção programática estruturada parece desempenhar papel importante para melhorar o controle da pressão arterial (SANTA HELENA *et al.*, 2010).

Para Cunha (2009), investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização e consequentes gastos. Se for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este deve ser o caminho a ser seguido. Esse fato leva à necessidade de reforço das ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento para o controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) que é fator de risco para outros agravos que acarretam altos custos, tanto do ponto de vista social quanto econômico (CESSE *et al.*, 2006 *apud* MARINHO *et al.*, 2011).

Cury *et al.* (2006, p. 5) corroborando com Cesse *et al.*, (2006) *apud* Marinho *et al.*, (2011), relata que “a elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular, pois apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados”. Os autores demonstram que esses custos elevados estão relacionados principalmente às complicações decorrentes da HAS, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades as quais

afetam diretamente o cotidiano dos indivíduos portadores de HAS, devido às suas complicações.

Os fatores que contribuem para o aumento dos níveis pressóricos podem ser não modificáveis e modificáveis. Com relação aos fatores não modificáveis (gênero, idade e etnia) a prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%; IC 95% 26,0- 27,2%) e mulheres (26,1%; IC 95% 25,5-26,6%) insinua que sexo não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década. (CURY *et al.*, 2006). Ulbrich *et al.*, (2011) constatou em seu estudo que a partir dos quarenta anos de idade verifica-se aumento na prevalência de indivíduos com pressão arterial elevada para ambos os sexos, principalmente entre os considerados com sobrepeso e obesidade.

Relacionado à etnia, Santa Helena, *et al.*, (2010) em um estudo com 595 portadores de HAS, constatou que a maior proporção de níveis pressóricos elevados se mostrou associada a cor preta-parda (79,8% vs. 66,7%). Corroborando com esses dados Cury *et al.*, (2006) verificou que a hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas. No entanto, Serafim *et al.* (2010) em um estudo com 511 indivíduos hipertensos, apresentou 56% vs. 44% desses como sendo de cor branca.

Do outro lado estão os fatores modificáveis, que relacionam-se ao estilo de vida do indivíduo, o que inclui controle do estado nutricional, evitar o consumo de álcool e o tabagismo, diminuição dos níveis de estresse e a prática regular de atividade física (CURY *et al.*, 2006). Corroborando com esses autores, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) ainda destacou pesquisas apontando a grande ascendência de hipertensão arterial entre a população que está acima do peso, tanto para os homens como para as mulheres alegando que o aumento do peso corporal pode ser considerado um fator predisponente para o desenvolvimento da hipertensão arterial, sendo responsável por 20% a 30% dos casos da pressão arterial elevada; em que 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível ao excesso de peso.

Embora existam componentes genéticos que determinem o desenvolvimento da HAS, estudos têm demonstrado que ela está diretamente associada aos fatores modificáveis, com destaque para o nível de atividade física (DE GROOT;

VERHEIJDEN; HENAUW; SCHROLL; VANSTAVEREN, 2004; SCHMIDT *et al.*, 2009; WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006 *apud* BUENO *et al.* 2013). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), a prática de atividade física é recomendada para todas as pessoas hipertensas, tanto às que fazem uso de medicação anti-hipertensiva como para as que não realizam tratamento medicamentoso, pois reduz a pressão arterial em 6,9 mm Hg para a sistólica e 4,9 mm Hg para a diastólica.

Dessa forma, a não adoção dessas mudanças contribui para o pouco controle da doença e caracteriza-se, como um desafio para os profissionais de saúde que atuam na assistência às pessoas hipertensas. Serafim *et al.*, (2010) em seu trabalho questionou, o nível de informação das pessoas hipertensas sobre a influência de hábitos e estilos de vida inadequados na gênese e tratamento da hipertensão arterial, pontuando que evitar ou eliminar hábitos e estilos de vida inadequados são medidas imprescindíveis do tratamento não medicamentoso, e o primeiro passo é identificar os conhecimentos que os pacientes possuem sobre o assunto; em que nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família possui um papel fundamental no sentido de caracterizar hábitos e estilos de vida dessas pessoas, para obtenção de dados reais e concretos para o planejamento de um controle efetivo da doença.

Silva *et al.*, (2006) em seu estudo, utilizou como intervenção sobre os grupos de pacientes, um modelo de educação interativa, segundo o qual os paciente eram estimulados a identificar suas necessidades e dificuldades, refletindo sobre as situações cotidianas, onde a troca de vivências e experiências entre os membros do grupo foram estimuladas para adequar a essa população específica os conhecimentos necessários sobre a doença, seus determinantes e seu controle. Intervenção essa, que por largo período de tempo estreitou a relação entre os profissionais e os pacientes, favorecendo a adesão ao tratamento.

Além do modelo de intervenção sobre grupos de pacientes, Ribeiro G., *et al.* (2012) verificou que as visitas domiciliares proporcionando uma atenção individualizada levaram a um maior controle da PA; onde as pacientes relataram que apesar de reconhecerem o valor das atividades em grupo, destacaram as vantagens das visitas e das orientações no próprio lar, em detrimento das limitações inerentes às atividades em grupos maiores.

Santa Helena *et al.* (2010) mostra que resultados desejáveis estão articulados a várias dimensões do cuidado, como o acesso aos medicamentos, a possibilidade

de diálogo entre profissionais de saúde e pacientes e a maneira que estes aderem a terapêutica proposta.

A adesão ao tratamento reflete, ao menos em parte, o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde. Nesse sentido, contem um forte componente relacional manifesto nos processos interativos entre pessoas que necessitam de cuidado e o serviço de saúde que deve prestá-lo. Assim, é lícito tomar a adesão à terapêutica como parte do resultado desejável do cuidado em saúde e, por conseguinte, tomar a prevalência de não adesão como indicador de problemas na qualidade do processo de cuidado em saúde (SANTA HELENA *et al.*, 2010, p.623).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2006) preconiza que a atenção básica conduza atividades de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da HAS. E recomenda que a equipe de saúde contemple os saberes de todos os profissionais envolvidos, bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Desenho das Operações

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos e Estilo de Vida	Melhorar o estilo de vida da população.	Diminuir o número de obesos e sedentários.	Alimentação adequada, atividade física regular, diminuição do peso.	Organizar as atividades físicas e informar sobre as mesmas. Informar sobre as dietas.
Nível de Informação	Aumentar o conhecimento sobre a doença.	População informada sobre a doença.	Palestras e informações da doença e acompanhamento regular.	Estrutura física adequada para realização de palestras para grupos de hipertensos
Treinamento	Capacitar os agentes para orientações e ajuda adequada aos hipertensos.	Conhecimento e capacidade de ajudar no controle da pressão arterial do paciente	Treinamento teórico pratico para capacitar os agentes de saúde.	Estrutura física adequada para aulas e práticas na unidade.
Medicamentos	Melhorar a oferta de medicamentos.	Oferta adequada de medicamentos anti hipertensivos.	Organização adequada da demanda e oferta de medicamentos.	Avaliação da demanda e oferta adequada de produtos.

6.2 Cronograma

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Melhorar o estilo de vida da população.	Diminuir o número de obesos e sedentários.	Alimentação adequada, atividade física regular, diminuição do peso.	Orientação sobre dieta adequada, atividade física regular, durante a consulta clínica. Se necessário encaminhamento para nutricionista	Clinico, educador físico, nutricionista.	Início o mais breve possível, Finalização indeterminada
Aumentar o conhecimento sobre a doença.	População informada sobre a doença.	Palestras e informações da doença e acompanhamento regular.	Criação de grupos para hipertensos. Palestras sobre Hipertensão	Médico, Enfermeira, agentes de saúde.	Início o mais breve possível, Finalização indeterminada
Capacitar os agentes para orientações e ajuda adequada aos hipertensos.	Conhecimento e capacidade de ajudar no controle da Pressão Arterial do paciente.	Treinamento teórico prático para capacitar os agentes de saúde.	Palestras para capacitação dos agentes de saúde, na orientação adequada aos pacientes.	Médico e Enfermeira.	Início o mais breve possível, Finalização em 03 meses.
Melhorar a oferta de medicamentos	Oferta adequada de medicamentos anti-hipertensivos	Organização adequada da demanda e oferta de medicamentos	Aumentar o número de medicamentos oferecidos no posto, com quantidade adequada e distribuição regular.	Enfermeira, Gestor.	Início o mais breve possível, Finalização indeterminada

6.3 Identificação dos Recursos Críticos

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Melhorar o estilo de vida da população.	Político: Praças e opções de atividade física para população.
Aumentar o conhecimento sobre a doença.	Financeiro: Materiais adequados para palestras e realização de grupos. Recursos Humanos: capacitação do pessoal envolvido
Capacitar os agentes para orientações e ajuda adequada aos hipertensos.	Financeiro: Materiais e estrutura para um adequado treinamento dos profissionais.
Melhorar a oferta de medicamentos para os pacientes.	Político: Aumentar a oferta de medicamentos para os hipertensos. Financeiro: Aumento e continuidade da oferta.

6.4 Análise da Viabilidade do Plano

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos	Ação Estratégica
Melhorar o estilo de vida da população.	Político: Praças e opções de atividade física para população.	Ator que controla: Prefeitura. Motivação:Favorável.	Reforma das praças e áreas de lazer, contratação de educador físico.
Aumentar o conhecimento sobre a doença.	Financeiro: Materiais adequados para palestras e realização de grupos.	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação:Favorável.	Obtenção de local e material audiovisual para palestras e grupos.
Capacitar os agentes para orientações e ajuda adequada aos hipertensos.	Financeiro: Materiais e estrutura para um adequado treinamento dos profissionais.	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação:Favorável.	Obtenção de local e material audiovisual para treinamento.
Melhorar a oferta de medicamentos e para os pacientes	Político: Aumentar a oferta de medicamentos e para os hipertensos. Financeiro: Aumento e continuidade da oferta.	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação: Favorável	Melhoria da quantidade e oferta regular

6.5 Resultados esperados

Com o plano de ação proposto espera-se aumentar o índice de adesão por meio dos usuários do PSF- Caiçara ao controle e prevenção da HAS, pois, fazer com que o paciente conheça a sua patologia é de fundamental importância para que haja a continuidade no tratamento ou a prevenção da HAS. E para isso a ESF contribuirá para oferecer ao paciente e a comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio.

Adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida, incluindo atividade física e alimentação são um dos principais pontos a serem incentivados, além do uso de medicamento caracterizando assim a adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular global. Espera-se ainda, que as mudanças nos hábitos de vida possam fazer com que haja uma redução na administração medicamentosa pelos pacientes.

Outro ponto importante deste plano de ação é que a longo prazo, através dos próprios pacientes outros indivíduos possam ser encorajados a frequentar o PSF- Caiçara, a fim de prevenir ou diagnosticar precocemente a HAS, pois estudos demonstram que no Brasil embora apresente alta prevalência (de 22 a 44%), ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem serem portadores da HAS.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo a literatura apresentada neste trabalho, a HAS é considerada uma patologia de etiologia ainda não esclarecida, de origem multifatorial, e tem-se constituído como primeiro fator de risco modificável causador de morbimortalidade cardiovascular em todo o mundo representando assim um importante problema de saúde pública.

Diante das complicações as quais o portador de HAS está exposto, devido à falta de controle da HAS, o presente trabalho veio propor medidas de intervenção que modifiquem o quadro atual da unidade básica em questão, PSF-Caiçara, de acordo com os objetivos propostos neste trabalho.

Sendo assim, verificou-se que a baixa adesão ao controle e prevenção no tratamento de HAS deve-se a falta de informação do paciente em relação à sua patologia (formas de prevenção e controle da HAS, os efeitos positivos advindos das mudanças no estilo de vida e importância da utilização do medicamento). Isso reforça mais uma vez, ser de suma importância a intervenção da ESF através do plano de ação junto à comunidade para difundir essas informações, uma vez que, quanto mais o paciente conhece sua patologia, menos relapso ele se torna em relação à mesma.

Outro fator importante, é que o plano de intervenção além de aumentar a adesão ao controle tratamento da HAS, incentive hábitos de vida saudáveis (prática de atividade física, controle alimentar, convívio social, lazer ativo, etc.) oferecendo atividades à comunidade, às quais ultrapassem o núcleo de unidade básica de saúde atingindo a comunidade com um todo atraindo um maior número de pessoas a se prevenir ou tratar, reduzindo assim a incidência de comorbidades.

Este estudo, poderá servir como base para outros trabalhos relacionadas ao tema, principalmente para se propor novas estratégias aos planos de ações executados nos PSF's, a fim de otimizar os trabalhos das unidades básicas de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. O. *et al.* Abordagem Multiprofissional. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arte_arte_2006.pdf>. Acesso em: 2 Dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 15- Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 2 Dez. 2013.
- BUENO, D. R. *et al.* Nível de atividade física, comorbidades e idade de pacientes hipertensos. **Motriz: revista de Educação Física**. Rio claro, v.19, n.3, p.16-24. Jul/Set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/motriz/v19n3s0/a04v19n3s0.pdf>>. Acesso em: 9 Mar. 2014.
- CUNHA, C. W. **Dificuldades no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na atenção básica da saúde através do Hiperdia- Plano de Reorganização da Atenção**. 2009. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17937/000725363.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 2 Dez. 2013.
- CURY, A. *et al.* Epidemiologia da Hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arte_arte_2006.pdf>. Acesso em: Dez. 2013.
- DATASUS. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br>>. Acesso em: 11 janeiro 2011.
- GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- JARDIM, P. C. B. V. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 88, n. 4, p.452-457. 2007.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/15.pdf>>. Acesso em: 2 dez 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Técnicas de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MALACHIAS, M. V. B. **Revista Brasileira de Hipertensão**: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p. 2-3, 2010.

Disponível em:

<http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6648.pdf>. Acesso em: 2 Dez. 2013.

MARINHO, M. G. S. *et al.* Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife - Brasil. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo v.55, n.6, p. 406-411. Ago. 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n6/a07v55n6.pdf>> . Acesso em: 9 mar. 2014.

PEDROSA, R. P.; DRAGER L. F. **Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica**, 2010. Disponível em:

<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1430/diagnostico_e_classificacao_da_hipertensao_arterial_sistematica.htm>. Acesso em: 2 Dez. 2013.

PIERIN, A. M.G. *et al.* **Revista Brasileira de Hipertensão**: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Diagnóstico e Classificação. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.11-17, 2010. Disponível em:

<http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6648.pdf>. Acesso em: 2 Dez. 2013.

RIBEIRO, A. A. S.; MATOS, C. J. O. Exercício físico e hipertensão arterial – Estudo de caso. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**.

Aracaju: v. 13, n.14, p. 95-102. Jul./Dez. 2011. Disponível em:

<<http://www.unit.br/Publica/2011.2/Biologias/EXERC%C3%8DCIO%20F%C3%8DSI DS%20E%20HIPERTENS%C3%83O%20ARTERIAL.pdf>>. Acesso em: 2 Dez. 2013.

RIBEIRO, A. G *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.25, n.2, p. 271-282.

Mar/Abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n2/09.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2014

SANTA HELENA, E. T. *et al.*; Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.3, p. 614-626. Jul/Set. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/13.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2014.

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 paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.23, n.5, p. 658-664. Set/Out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/12.pdf>>. Acesso em: 9 mar 2014.

SILVA, T. R. *et al.* Controle de diabetes *Mellitus* e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.15, n.3, p. 180-189. Set/ Dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>>. Acesso em 9 mar. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, V**. São Paulo: SBH, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arte_rial_2006.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2014.

ULBRICH, A. Z. *et al.* Associação do estado nutricional com a hipertensão arterial de adultos. **Motriz: Revista de Educação Física**. Rio claro, v.17, n.3, p. 424-430. Jul/Set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/motriz/v17n3/06.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2014.