

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

ANDRÉ BARBOSA MOREIRA

**DESCOBERTA E CONTROLE DE PACIENTES HIPERTENSOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE**

CONFINS-MINAS GERAIS

2014

ANDRÉ BARBOSA MOREIRA

**DESCOBERTA E CONTROLE DE PACIENTES HIPERTENSOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE**

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: Antônio Leite Alves Radicchi

MATOZINHOS-MINAS GERAIS

2014

ANDRÉ BARBOSA MOREIRA

**DESCOBERTA E CONTROLE DE PACIENTES HIPERTENSOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE**

Banca Examinadora

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi (orientador)

Profa. Ivana Montandon Soares Aleixo - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte em 13/02/2014

Dedico este trabalho a todos que contribuíram
para que eu alcançasse mais esta vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar ao meu lado me dando força e vitórias nesta jornada.

A minha família sempre presente.

A todos aqueles, que de alguma forma colaboraram para que pudesse vencer mais uma etapa.

*Não me falta a luz de um mundo novo
pois que mesmo sendo noite confio no dia
em que hão de ser iguais como homens e
virtuosos como senhores!*

Francisco Lins do Rêgo

LISTA DE ABREVIATURAS

DCV	-	Doença cardiovascular
HAS	-	Hipertensão arterial sistêmica
ACSs	-	Agentes comunitários de saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	-	Pressão arterial
SUS	-	Sistema Único de Saúde
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
PAS	-	Pressão arterial sistólica
PAD	-	Pressão arterial diastólica
DC	-	Débito cardíaco
RVP	-	Resistência vascular periférica
VE	-	Ventrículo esquerdo
MAPA	-	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Total da população.....	12
Quadro 2 -	Índices referenciais.....	21
Quadro 3 -	Problema priorizado.....	26
Quadro 4 -	Delineamento das operações.....	28
Quadro 5 -	Recursos críticos.....	29

RESUMO

O trabalho teve como objetivo Intervir de forma a garantir à qualidade de vida dos pacientes hipertensos, minimizando o risco de outros problemas secundários a hipertensão arterial sistêmica. Para tal utilizou-se através de um plano de ação para o enfrentamento de um problema, avaliado como prioritário, na área de abrangência do Programa Saúde da família Vista Alegre: o acompanhamento deficitário aos portadores de hipertensão arterial sistêmica. Para elaboração do planejamento para o acompanhamento de pacientes hipertensos, inscritos na unidade, foram realizados três passos: diagnóstico situacional, revisão de literatura e desenvolvimento do plano de ação. As causas do problema, selecionadas como nós críticos, foram: a ausência de programação eficiente dos trabalhos; não emprego do protocolo clínico e de organização do serviço para hipertensão arterial e desigualdade na distribuição das consultas. As três operações propostas para o enfrentamento dos nós críticos foram: elaborar agenda programada, utilizar os protocolos e implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão. Além disso, foram feitas uma análise de viabilidade das operações e uma proposta de acompanhamento e avaliação do plano de ação. A elaboração deste plano de ação possibilitou perceber o quanto é significativo utilizar um método de planejamento como instrumento para organização do processo de trabalho. E que com isto, acredita-se que haja um acompanhamento mais ativo dos portadores de hipertensão.

Palavras-chave: Plano de ação, Programa saúde da família, Hipertensão.

ABSTRACT

The study aimed to intervene to ensure the quality of life of hypertensive patients, minimizing the risk of other side issues hypertension. For this we used through a plan of action for dealing with a problem, rated as a priority in the area covered by the Family Health Program Vista Alegre: the deficient monitoring to patients with hypertension. Situational analysis, literature review and development of the action plan: to prepare the planning for the monitoring of hypertensive patients enrolled in the unit, three steps were performed. The causes of the problem, as critics we selected were: the lack of efficient scheduling of jobs, not job of the clinical protocol and service organization for high blood pressure and unequal distribution of queries. The three proposals for addressing the critical operations we were preparing programmed schedule, using the protocols and implement a system of care and active search for users with hypertension. Furthermore, a feasibility analysis of the operations were performed and a proposed monitoring and evaluation the action plan. The preparation of this action plan enabled realize how significant it is to use a method of planning as a tool for organization of the work process. What with this, it is believed that there is a more active monitoring of patients with hypertension.

Keywords: Action Plan, Family Health Program, Hypertension

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	16
3	OBJETIVOS.....	18
3.1	Objetivo geral.....	18
3.2	Objetivos específicos.....	18
4	METODOLOGIA.....	19
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
5.1	Hipertensão: conceito, fatores de riscos, agravos.....	20
5.2	Diagnóstico e tratamento.....	22
5.3	Prevenção.....	23
5.3.1	Medidas não-medicamentosas.....	23
5.3.2	Medidas medicamentosas.....	24
5.3.3	Estratégias para implementação de medidas de prevenção.....	24
6	PLANO DE AÇÃO.....	26
6.1	Identificação e priorização dos problemas.....	26
6.2	Nós críticos.....	27
6.3	Operações.....	27
6.4	Recursos críticos e atores.....	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Matozinhos é um município localizado a 48 km de Belo Horizonte e se situa na região metropolitana. Tem como prefeito o Sr. Antônio Divino de Souza, secretária de saúde a Srta. Marsileidy Siqueira Leandro da Silva, coordenadora de saúde bucal a Srta. Angélica Cupertino e população de aproximadamente 33.955 pessoas. O coordenador de atenção básica ainda não foi nomeado, sendo essa área gerida pela secretária de saúde.

O povoado, que foi denominado Matozinhos, iniciou-se ao redor da capela do Senhor Bom Jesus, que foi edificada no local onde fora descoberta uma imagem do santo, entre ruínas de antigo acampamento. O senhor Bom Jesus, passou, então, a ser o padroeiro do lugar e até hoje, multidões de fiéis fazem romaria à cidade, no mês de setembro.

Em 23 de agosto de 1823 o povoado foi elevado à categoria de freguesia, com o nome de "Freguesia do Senhor Bom Jesus de Matozinhos", e até 1943, pertenceu sucessivamente a Sabará, Santa Luzia e Pedro Leopoldo. Em 1º de janeiro de 1944 foi elevado a município, com nome de Matozinhos, sendo elevado a Sede de Comarca em junho de 1955.

A área total do município é de 252 km², com uma densidade demográfica de 134,59 hab/km², conta com aproximadamente 9970 famílias residentes em domicílios particulares. O número de domicílios particulares é de 9874.

Apresenta IDH de 0,774 (IBGE 2000), taxa de urbanização de 90,99%, renda média familiar per capita de R\$ 536,00, 92,91% dos domicílios particulares apresentam água tratada, a taxa de recolhimento de esgoto adequada é de 66,7%, semi adequada em 31,7% e inadequada em 1,6% dos domicílios.

Sua principal atividade econômica é a industrial, seguida pelo setor de serviços e com uma pequena participação agrícola. A cidade apresenta uma taxa de crescimento anual de 0,89%.

O nível de alfabetização chega a 94,3%, a taxa de desemprego é baixa e os principais postos de trabalho se dão na área de serviços e da indústria local.

Quadro 1 - Total da população

Nº pessoas	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 39	40 - 59	60 e mais	Total
Área urbana	2142	2230	2708	2849	2802	8008	7218	2920	30877
Área rural	173	295	341	280	273	679	699	338	3078
Total	2315	2525	3049	3129	3075	8687	7917	3258	33955

Fonte: IBGE - 2013

O Conselho Municipal de Saúde é composto por 12 membros, as reuniões ocorrem toda primeira terça-feira do mês. A cidade conta com o fundo Municipal de Saúde para melhoria do sistema.

O orçamento destinado à saúde, porém, poderia ser melhorado, para incentivos dos agentes comunitários de saúde (ACSs), técnicos de enfermagem, enfermeiros e em especial os médicos que têm um dos menores salários da região. É importante também melhorar a estrutura do pronto atendimento. Essa é muito precária, com a falta de equipamentos essenciais. As ambulâncias quase sempre estão estragadas devido a falta de manutenção, o que gera prejuízos a população.

O Programa Saúde da Família foi implantado em 1999, atualmente tem cobertura de 69,75% (portal saúde), tendo sua atuação diminuída desde a sua ampliação. Isso é reflexo do descaso do poder municipal em relação a atenção básica e a saúde no geral. O sistema conta com 10 equipes de saúde da família, 1 equipe de saúde bucal e 1 equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O Sistema de Referência e Contra Referência é ruim, faltando diversos profissionais para um funcionamento adequado. Muitos pacientes aguardam muito tempo para terem suas necessidades atendidas. Além disso, não há uma boa rede estruturada sendo a comunicação entre os serviços de baixa qualidade. Redes de Média e Alta Complexidade não tem sido eficazes. O pronto atendimento funciona sem materiais e equipamentos importantes em urgências, além de nem sempre contar com plantonistas. A principal referencia, em alta complexidade, tem sido o Hospital Risoleta Neves, que frequentemente está superlotado e se nega, por isso, a receber

os pacientes de Matozinhos. Dessa forma os pacientes ficam sem um lugar específico que podem contar e dependem da boa vontade de médicos e coordenadores dos hospitais que deveriam ser a referência.

O sistema de saúde local tem vários agentes comunitários de saúde (ACSs) em desvio de função, o que prejudica o funcionamento adequado das unidades básicas de atendimento. O vínculo dos profissionais da saúde se dá por contrato, processo seletivo ou concursos. A carga horária semanal é de 40hs para os funcionários da saúde, no nível da atenção básica e o horário de trabalho é de 7 às 16h para a maioria.

A comunidade apresenta diversos serviços, como laboratórios, farmácias, algumas clínicas particulares escolas com boa cobertura, creches e igrejas. Conta com um pronto atendimento, mas que constantemente apresenta-se sem médico em algum plantão da semana. O único hospital da cidade foi fechado no início de fevereiro desse ano por resistência do prefeito em renovar a parceria com a unidade. O sistema elétrico, de água e telefonia é eficiente. A cidade possui 5 agencias bancárias e 2 agências de correios.

A unidade de saúde recebeu o nome do bairro onde se localiza Vista Alegre. A área é de excelente localização por ser ponto de passagem da maioria das pessoas que entram ou saem do bairro. O mesmo é isolado da cidade e foi planejado com financiamentos, já que a maioria da população é mais carente. O índice de violência é alto devido ao tráfico de drogas.

A unidade básica de saúde apresenta acomodações adequadas por ter sido planejado para sua função. As salas são amplas e divididas para acomodar todos, sendo 1 do médico, 1 enfermeira, 1 do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 1 de observação de pacientes, 1 de reuniões, 1 dos agentes, 1 dos arquivos, 1 da sala de vacina, 1 da cozinha, 1 de depósitos, 1 de expurgo, 1 da recepção, 1 de curativos e 2 para banheiros.

Os funcionários da unidade são oito, sendo quatro agentes comunitários, uma

faxineira, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e um médico. O dia a dia da equipe era complicado pela falta de funcionários na unidade. Muitas das vezes as agentes, que deveriam estar realizando suas funções, tinham de ficar na unidade exercendo papel de recepcionista e faxineira. Até mesmo a técnica de enfermagem participava do rodízio de funções para equilibrar o trabalho da equipe. Devido a grande demanda o trabalho era cansativo para essas funcionárias e prejudicava o atendimento humanizado. Com o processo seletivo realizado pela prefeitura, no entanto, a falta de funcionários foi resolvida.

Um dos problemas de saúde da população adulta adscrita é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

A hipertensão é vista como um problema de saúde pública por sua proporção, risco e dificuldades no seu controle (MOLINA *et al* 2003).

Sua progressão clínica é lenta, possui inúmeros de fatores e se não for tratada corretamente, acarretará serias complicações, transitórias ou permanentes. Ela traduz um alto custo financeiro á sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. Por ser uma doença silenciosa, ela dificulta a percepção dos portadores desta enfermidade. Torna-a assim cruel por sua invisibilidade, e redução da qualidade de vida. Tem como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando a faltas no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, diminui a qualidade de vida dos grupos sociais (TOLEDO *et al.*, 2007).

O Ministério da Saúde, em suas atuais políticas de promoção e proteção á saúde, tem promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde a atenção é a família e estruturado em uma unidade de saúde, e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional.

A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico-

enfermeiro e engloba até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo importante entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos modelos de atuação tradicional. Esses modelos assistenciais sugerem que, além da organização da atuação integrada da equipe multiprofissional, a eleição da família como núcleo de assistência e a sua ligação direta com a unidade assistencial contam para a melhoria dos resultados (ARAUJO e GUIMARÃES, 2007).

Com o intuito de organizar a assistência aos portadores de hipertensão arterial pretende-se elaborar um plano de ação que deverá ser executado pela Estratégia de Saúde da Família Vista Alegre a partir de junho de 2013.

2 JUSTIFICATIVA

O tratamento dos hipertensos foi escolhido como prioritário a ser atacado pelo fato de a doença, apesar de comum e aparentemente simples, ter alto potencial destrutivo e causar vários danos à saúde dos indivíduos.

O problema pode prejudicar significativamente a qualidade de vida das pessoas. Soma-se a essa questão a ausência de médico no posto, por um longo período de tempo, que causou a falta de acompanhamento e descoberta de novos casos. Além disso, a unidade também ficou sem enfermeira, deixando a unidade de saúde esvaziada.

Os pacientes do local se acostumaram a ter suas receitas renovadas em outros postos, sem o controle efetivo dos seus estados clínicos e muitos deles acabaram por abandonar o tratamento. A falta desses profissionais na área contribuiu para o afastamento de várias pessoas da unidade de saúde. A unidade passou a ser vista apenas como um local de vacinação pela maior parte da comunidade.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. Dessa forma é justificável que todos os membros da equipe participem na descoberta e controle dos doentes, aumentando, assim, as chances de sucesso para se alcançar os objetivos estabelecidos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Intervir de forma a garantir qualidade de vida dos pacientes hipertensos, minimizando o risco de outros problemas secundários à hipertensão arterial sistêmica.

3.2 Objetivos específicos

- Aumentar a confiança da população adscrita em relação a UBS e seus profissionais.
- Melhorar a humanização do atendimento pelos profissionais envolvidos.
- Garantir atendimento de qualidade aos hipertensos, com efetivo controle da pressão arterial.
- Manter o acompanhamento dos hipertensos afim de se evitar danos futuros.
- Descobrir os pacientes hipertensos e tratá-los.

4 METODOLOGIA

Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros.

Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes que foram utilizados são os disponíveis na secretaria municipal de saúde de Matozinhos, dados do Ministério da Saúde e arquivos da própria unidade de saúde.

Os descritores que foram utilizados nesse trabalho: unidade de saúde, Hipertensão Arterial Sistêmica, PSF, controle hipertensivo, descoberta de hipertensos, atenção primária da saúde.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Hipertensão: conceito, fatores de risco, agravos

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica de natureza multifatorial marcada por níveis de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou diastólica (PAD) altos. Ela é classificada em primária e secundária. A primária é multifatorial, de etiologia desconhecida e parece improvável que uma única causa esclareça suas várias alterações hemodinâmicas e fisiopatológicas. Quaisquer que sejam os organismos patogênicos envolvidos, eles podem causar um aumento da resistência periférica total vascular induzindo a vasoconstrição ou a um aumento do débito cardíaco ou ambos, motivo pela qual participam dessa origem, os aspectos genéticos, vasculares, humorais, renais e neurais, podendo ser alteráveis como: tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada, sedentarismo, e obesidade, e não modificáveis como: raça, sexo, faixa etária, herança genética. Por outro lado a hipertensão secundária está ligada a uma causa especial que pode ser renal ou não (CASTRO, 1999; NOBRE *et al.*,2012).

Há alguns fatores que também contribuem para ocorrência das doenças cardiovasculares, são eles: os trombogênicos (níveis de fibrinogênio plasmático altos), níveis altos de homocisteína plasmático, proteína-C-reativa ultrasensível (CASTRO, 1999)

A hipertensão um enfermidade complexa. Enquanto não se identificar os genes marcadores para delimitar quem é susceptível, a participação do fator genético na origem e sustentação da doença não pode ser claramente caracterizado (CASTRO, 1999).

É relevante o atendimento multiprofissional, pois é uma enfermidade de aspecto multidisciplinar e pode ser considerada como uma síndrome, onde, por exemplo, são observados aspectos cardiológicos, nefrológicos, endocrinológicos, neurológicos, vasculares, epidemiológicos, nutricionais e psicossociais (KOHLMANN JÚNIOR, 2000).

Os vasos sanguíneos por todo o corpo podem ser danificados com a elevação prolongada da pressão arterial, especialmente em órgãos-alvo, como coração, rins, cérebro e olhos. Dessa forma, as sequelas, comum da hipertensão prolongada e sem controle são: infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais e danos a visão. Além de existir um crescimento do ventrículo esquerdo, à medida que ele atua pra bombear o sangue contra a pressão alta (CASTRO, 1999).

A prevenção primária desta doença é muito significativa, pois proporciona a redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. O estabelecimento de políticas adequadas e programas educativos têm como alvo primordial a redução ou modificação dos fatores de risco desta enfermidade e procura evitar ou retardar o seu desenvolvimento. A modificação de comportamentos que visa a reduzir a ingestão de sal e aumentar as atividades físicas podem gerar benefícios para as pessoas, e contribuir para o controle da pressão arterial (LEMOGOUIM *et al.*, 2003).

Para ter um maior controle e facilitar o diagnóstico, a Sociedade Brasileira de Cardiologia, trouxe na obra IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, valores de pressão arterial bem como sua classificação, como mostra o quadro abaixo.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	< 80
Normal	<130	< 85
Limítrofe	130–139	85 -89
HIPERTENSÃO		
Estágio 1 (leve)	140–159	90–99
Estágio 2 (moderada)	160–179	100–109
Estágio 3 (grave)	≥180	≥110
Sistólica isolada	≥140	<90
O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve estabelecer o estágio		

Quadro 2 – Índices referenciais

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

Os principais delineadores da pressão arterial são o débito cardíaco (DC), que simboliza a quantia ou volume de sangue que o coração bombeia e a resistência vascular periférica (RVP), que é a força que o sistema vascular proporciona ao fluxo de sangue lançado pelo coração (PÉREZ-RIERA, 2000)

No decorrer da sístole ou contração ventricular, a pressão arterial sistólica (PAS), em grande parte, é definida pela força de contração do ventrículo esquerdo (VE), pelo volume máximo de bombeamento e pela capacidade de distensão da aorta (PÉREZ-RIERA, 2000)

A pressão arterial diastólica (PAD), que corresponde à etapa do relaxamento ventricular, é caracterizada basicamente pela elasticidade da parede da aorta, resistência vascular periférica (RVP) e pela frequência cardíaca, enquanto o débito cardíaco (DC) é caracterizado pelos volumes: sanguíneo, cardíacos sistólico e diastólico finais; frequência cardíaca e pressão preenchimento ventricular (PÉREZ-RIERA, 2000)

A hipertensão também sofre influência do estado fisiológico ou inerente do próprio indivíduo, tais como: condição de vigília e de sono, alterações posturais, dor, estresse, também de fatores externos como, por exemplo: hábitos de vida, e temperatura do ambiente (PÉREZ-RIERA, 2000)

5.2 Diagnóstico e tratamento

A aferição da pressão arterial é a principal via de diagnóstico para a hipertensão, mas deve sempre feita pelos profissionais de saúde preparados para a aquisição de valores corretos no decorrer dos atendimentos. Há diversos métodos para avaliação da pressão arterial que podem ajudar no diagnóstico, dentre estes, pode-se citar a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). Esta técnica para diagnosticar esta doença vem sendo vastamente utilizada e pode ser um aspecto decisivo para a seleção adequada do tratamento (MION JÚNIOR e ORTEGA, 2012).

De acordo com Manuila (2007), nos dias de hoje o esfigmomanômetro passou a ser caracterizado como sendo o aparelho que serve para aferir a pressão arterial.

Mesmo levando em conta o surgimento de dispositivos de grande precisão, os

manômetros de mercúrio permanecem como os mais confiáveis em qualquer comparação feita de forma experimental com os demais dispositivos (PIERIN *et al.*, 2000).

A avaliação da pressão arterial está sujeita a falhas que podem estar relacionadas a quem realiza a aferição, aos instrumentos utilizados, ao paciente, ao local e técnica aplicada (PIERIN *et al.*, 2000).

Referente ao tratamento o objetivo principal é a diminuição da morbimortalidade, aumentadas em razão dos altos níveis tensionais e de demais fatores agravantes devendo ser empregadas medidas não medicamentosas isoladas em conjunto com fármacos anti-hipertensivos (VON DER HEYDE e VON DER HEYDE, 2004).

Para a eficácia do tratamento é preciso acompanhar o paciente. Esse acompanhamento procura tirar dúvidas, amenizar angústias e dificuldades ligadas ao estado de saúde (SANJULIANI e TORRES, 2012).

O acompanhamento dependerá do nível de risco cardiovascular e pressóricos, portanto se os fatores de riscos e a pressão arterial estiverem controlados, a frequência das consultas poderá ser diminuída, além disso, em cada consulta, deve ser ressaltado o quanto é importante modificar do estilo de vida e de seguir o tratamento anti-hipertensivo (SANJULIANI e TORRES, 2012)

5.3 Prevenção

5.3.1 Medidas não-medicamentosas

Mudanças nos hábitos de vida são sempre recomendadas na prevenção primária da hipertensão, especialmente nos indivíduos com PA limítrofe. As modificações no estilo de vida diminuem pressão arterial bem como a mortalidade (VIEGAS *et al.*, 2004).

Hábitos saudáveis devem ser adotados desde a infância, levando em conta as características socioculturais e econômicas de cada um. As principais

recomendações não-medicamentosas para prevenção primária desta enfermidade são: alimentação saudável, consumo controlado de sal e álcool, consumo de potássio, realizar além de atividades físicas exercícios físicos e cessar o consumo de tabaco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.3.2 Medidas medicamentosas

Pesquisas realizadas com a finalidade de analisar a eficácia e a garantia dos medicamentos na prevenção da hipertensão, mostrou que esta tática medicamentosa foi bem aceita e preveniu o desenvolvimento da doença em populações jovens de alto risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para a manutenção das pessoas com comportamento limítrofe da pressão arterial preconiza-se levar em conta o tratamento medicamentoso somente em circunstâncias de risco cardiovascular global elevado ou muito elevado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Até hoje, nenhuma pesquisa já realizada tem a capacidade suficiente para recomendar um tratamento farmacológico para pessoas com pressão arterial limítrofe que não tenham evidências de doença cardiovascular (NEVES e OIGMAN, 2009).

5.3.3 Estratégias para implementação de medidas de prevenção

A implementação de medidas de prevenção na hipertensão significa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No país, aproximadamente de 75% da assistência à saúde da população é realizada pela rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 47 milhões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A prevenção primária e o diagnóstico precoce são as maneiras mais efetivas de

prevenir e evitar as doenças. Ambos devem ser alvos prioritários para os profissionais de saúde.

6 PLANO DE AÇÃO

Neste tópico está exposto a elaboração da proposta de intervenção realizada, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, conforme indica Campos *et al* (2010).

6.1 Identificação e priorização dos problemas

A unidade básica de saúde Vista Alegre atende 646 famílias e 2265 pessoas. E a doença que mais acomete a população atendida é a hipertensão.

De acordo com registros da população da área de abrangência, pôde-se observar que os principais problemas apresentados eram: acompanhamento deficitário aos portadores de hipertensão arterial; carência de equipamentos e materiais; informações armazenadas no sistema de informação atinentes aos atendimentos e procedimentos estavam de acordo com a realidade.

Após a caracterização dos problemas, é preciso selecionar ou priorizar os problemas a serem enfrentados, pois nem todos poderão ser solucionados ao mesmo tempo, especialmente, pela ausência de recursos (financeiros e materiais). Como critérios para seleção dos problemas, a equipe levou em conta a relevância do problema, sua urgência e a capacidade para lidar com eles.

O quadro 3 demonstra quais os problemas e qual foi priorizado.

Quadro 3 – Problema priorizado

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Acompanhamento deficitário aos portadores de hipertensão	Alta	7	Parcial	1
Carência de equipamentos e materiais.	Alta	4	Fora	2
Informações armazenadas no sistema de informação atinentes aos atendimentos e procedimentos estavam de acordo com a realidade	Alta	3	Parcial	3

Fonte: Dados da pesquisa

Desse modo fica claro que o problema selecionado pela equipe como prioritário foi acompanhamento deficitário aos portadores de hipertensão, por ser o único problema final/terminal e para solucioná-lo seria preciso enfrentar todos os demais.

6.2 Nós críticos

Depois de caracterizar os problemas, que no caso do trabalho é o acompanhamento deficitário aos portadores de hipertensão, é necessário identificar as principais razões que originam o problema que necessitam ser enfrentadas, que são conhecidas como nós críticos.

Segundo Campos *et al* (2010, p.65)

“Nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O nó crítico traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando.

Para este trabalho foi observados três nós críticos que são:

- Ausência de programação eficiente dos trabalhos (agendas cheias, demoras nos atendimentos, frequentes desmarcação de consultas);
- Não emprego do protocolo clínico e de organização do serviço para hipertensão arterial,
- Desigualdade na distribuição das consultas.

6.3 Operações

Nesta etapa é delineada as ações para solução dos nós críticos do problema levantado. São objetivos desta etapa:

- Descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”;
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;

- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

O quadro a seguir esclarece melhor como funciona esta fase.

Quadro 4 – Delineamento das operações

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Ausência de programação eficiente dos trabalhos	Elaborar agenda programada: Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.	Agendas organizadas. Atendimento com horário delineado, sem pacientes extras. Atividades sendo realizadas de forma planejada e organizada. Satisfação dos usuários e melhor adesão.	Programação mensal das atividades	Organizacional: estruturação das atividades da equipe e estabelecimento da agenda programada. Financeiro: para adquirir agendas
Não emprego do protocolo clínico e de organização do serviço para hipertensão arterial	Utilizar os protocolos: Adotar a linha guia: Saúde do Adulto — hipertensão e diabetes como referência.	Procedimentos padronizados e processo de trabalho organizado.	Protocolo elaborado e estabelecido, de acordo com as necessidades	Cognitivo: informação sobre os temas referente a hipertensão a serem apresentados no grupo operativo. Financeiro: para adquirir de recursos audiovisuais, folhetos.
Desigualdade na distribuição das consultas.	Implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão	Hipertensos acompanhados de forma satisfatória, com aumento do vínculo profissional-paciente. Consultas médicas melhor distribuídas e demanda espontânea reduzida	Acolhimento : Acolher todos os pacientes que solicitarem atendimento na unidade. Os usuários serão avaliados pelo enfermeiro (seguindo o protocolo de acolhimento da atenção básica e agendados de acordo com a severidade do caso. Monitoramento da prescrição Médica: desenvolver um fichário para hipertensos atualizado pelo agente comunitário para renovação da prescrição médica. Sistema de busca ativa: realizar acompanhamento dos pacientes, através das visitas domiciliares dos agentes.	Organizacional: Preparação da equipe para fazer o acompanhamento dos pacientes hipertensos Financeiro: recursos para confeccionar o fichário.

Fonte: Dados da pesquisa

6.4 Recursos críticos e atores

Nesta etapa do plano, delimita os recursos indispensáveis para que as operações e os atores para que as mesmas sejam implementadas.

Quadro 5 – Recursos críticos

Operação/projeto	Recursos críticos	Atores
Elaborar agenda programada: Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.	Financeiro: para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas. Político: aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.	Coordenador da Atenção Primária à Saúde Coordenador da Atenção Primária à Saúde Profissionais de saúde
Utilizar os protocolos: Adotar a linha guia: Saúde do Adulto — hipertensão e diabetes como referência.	Financeiro: para adquirir recursos audiovisuais, folhetos. Político: Aprovação do projeto pelo Secretário de Saúde.	Coordenador da Atenção Primária a Saúde Secretário Municipal de Saúde Secretário Municipal de Saúde Lideranças locais
Implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão.	Financeiro: recursos para confeccionar do fichário.	Coordenador da Atenção Primária a Saúde Secretário Municipal de Saúde

Fonte: Dados da pesquisa

E para ter conhecimento de como está o andamento do projeto as avaliações foram bimestrais, esta foi feita através de reuniões para apresentação de relatórios observacionais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho pode-se concluir que a hipertensão é um mal que vitima muitas pessoas, e na maioria dos casos, muitos não sabiam que estavam com esta enfermidade, só tendo conhecimento quando a doença já estava em um nível avançado, já prejudicando o organismo.

E para que seja revertido este quadro é preciso que estes pacientes recebam tratamento com qualidade e realizar um trabalho de prevenção para que assim o diagnóstico seja precoce e o tratamento seja implementado rapidamente.

O atendimento de qualidade só é possível quando a equipe está bem preparada, por essa razão a participação no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família colaborou muito para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários da Unidade de Saúde básica Vista Alegre, especialmente através da reestruturação do processo de trabalho.

Esta melhoria permitiu que a equipe analisasse como estava lidando com as demandas e como os trabalhos estavam sendo feitos de maneira intuitiva e mecânica.

Ao desenvolver e implementar o plano de ação para solucionar o acompanhamento deficitário dos portadores de hipertensão pela unidade básica de saúde, a equipe compreendeu o quanto é importante fazer um diagnóstico situacional para ter noção dos problemas da área de cobertura e caracterizar quais são passíveis de resolução e, qual a prioridade de cada problema no dia-a-dia.

A utilização do plano de ação para desenvolver propostas de intervenção possibilitou a equipe estabelecer propostas fundamentadas em evidências e assim pode alcançar mudanças propostas no referido plano,

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Jairo Carneiro; GUIMARAES, Armênio Costa. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de saúde pública**, 2007, v. 41, n. 3 p 368-374.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; FARIA, Horácio Pereira; SANTOS, Max André. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.
- CASTRO, Iran. **Cardiologia: princípios e práticas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- VON DER HEYDE, Raut; VON DER HEYDE, Maria Emitia Daudt. Implementando modificações no estilo de vida. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2004, v. 11, n. 2, p. 102-104.
- KOHLMANN JÚNIOR, Osvaldo. O título de especialista em hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2000, v.7, n.4, p.334.
- LEMOGOU, Daniel.; SEEDAT, Yackoob Kassim; MABADEJE, Abdul Fattah Biola; MENDIS, Shanti; BOVET, Pascal; ONWUBERE, Basden; BLACKETT, Kathleen Ngu; LENFANT, Claude; KABANGU, Jean Rene´ M'buyamba; BLOCK, Pierre; BELHOCINE, Mohamed; DEGAUTE, Jean Paul. Recommendations for prevention, diagnosis and management of hypertension and cardiovascular risk factors in sub-Saharan Africa. **Journal of Hypertension**, 2003, v. 21, n. 11, p. 1993-2000.
- MANUILA, Alexandre. **Dicionário médico Andrei**. 2 ed. São Paulo: Andrei, 2007.
- MION JÚNIOR, Décio; ORTEGA, Kátia Coelho. Medida casual ou de consultório da pressão arterial. In: BRANDÃO, Andréa Araújo; AMODEO, Celso; NOBRE, Fernando. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2012.
- MOLINA, Maria del Carmen Bisi; CUNHA, Roberto de Sá; HERKENHOFF, Luis Fernando e MILL, José Geraldo Hipertensão arterial e consumo de sal na população urbana. **Revista Saúde Pública**, 2003, v. 37, n. 6: p 743-750.
- NEVES, Mario Fritsch; OIGMAN Wille. Pré-hipertensão: uma visão contra o tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2009; v.16, n.2, p.p.112–115.
- NOBRE, Fernando; LOPES, Paulo César; GELEILETE, Tufik José; COELHO, Eduardo Barbosa. Monitorização ambulatorial da pressão arterial. In: BRANDÃO, Andréa Araújo; AMODEO, Celso; NOBRE, Fernando. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2012.
- PÉREZ RIERA, André. **Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

PIERIN, Ângela Maria Geraldo; ALAVARCE, Débora; LIMA, Josiane; MION JÚNIOR, Décio A medida indireta da pressão arterial: como evitar erros. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2000, v.7, n.1. p.31-38.

TOLEDO, Melina Mafra; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Anna Maria. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto Enfermagem**, 2007, v. 16, n. 2: p 233-238.

SANJULIANI, Antônio Felipe; TORRES, Márcia Regina Simas Gonçalves. Avaliação clínica e complementar diferenciada. In: BRANDÃO, Andréa Araújo; AMODEO, Celso; NOBRE, Fernando. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2010; v.95, 1 supl.1, p. 1-51

VIEGAS CAA; Araújo AJ; Menezes AMB; Dórea AJP; Torres BS. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2004; v.30, Supl2, S1–S76.