

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

MARIA GORETI PIRES MAIA GALVÃO

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E
ORIENTAÇÃO AOS PACIENTES HIPERTENSOS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA COIMBRAS III, NO MUNICÍPIO DE PASSOS/
MINAS GERAIS**

**FORMIGA – MINAS GERAIS
2016**

MARIA GORETI PIRES MAIA GALVÃO

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E
ORIENTAÇÃO AOS PACIENTES HIPERTENSOS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA COIMBRAS III, NO MUNICÍPIO DE PASSOS/
MINAS GERAIS**

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

Orientador: Bruno Leonardo de Castro Sena

MARIA GORETI PIRES MAIA GALVÃO

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E
ORIENTAÇÃO AOS PACIENTES HIPERTENSOS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA COIMBRAS III, NO MUNICÍPIO DE PASSOS/
MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Bruno Leonardo de Castro Sena – colaborador externo

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 13/05/2016

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa à minha família;

À equipe de trabalho e aos usuários do PSF Coimbras III em Passos/Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, pela oportunidade de melhorar cada dia mais na minha profissão.

À minha família pelo apoio.

À equipe do Nescon, em especial ao meu orientador Bruno Leonardo de Castro

Sena, pelas orientações e segurança no decorrer desta pesquisa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMBES – Ambulatório Escola (Referência para DST/AIDS)

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CEREST- Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador

DCV – Doenças Cardiovasculares

DANT's – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

FR – Fatores de Risco

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

NAE – Núcleo de Assistência em Estomaterapia

NAEHP - Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão Arterial

PES - Planejamento Estratégico Situacional

SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UBS – Unidades Básicas de Saúde convencionais

RESUMO

Esse trabalho trata o tema Hipertensão Arterial Sistêmica. A justificativa se dá por tratar-se de um problema de saúde presente em todo o Brasil e alto índice na área de atuação da equipe da Estratégia Saúde da Família Coimbra III, além da magnitude de complicações que a Hipertensão Arterial Sistêmica pode desencadear no indivíduo. Tem como objetivo elaborar um plano de ação que contemple orientação e prevenção ao hipertenso e suas famílias, através da equipe de saúde e de outros atores presentes no território. Foi realizado, inicialmente, o diagnóstico situacional e definido o problema de maior prioridade e maior capacidade de resolução por parte da equipe. A partir da explicação do problema, foram levantados aportes teóricos para revisão de literatura sobre o tema, utilizando bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e na Biblioteca Virtual do Nescon, sites da Prefeitura local, do Ministério da Saúde e de pesquisas, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e arquivos da própria equipe foram selecionados artigos publicados em relação ao tema principal entre os anos de 1999 e 2016. Assim foram abordados a definição da doença, sintomas, consequências, tratamento e formas de diagnóstico. Posteriormente foram elaborados os passos do plano de ação, seguindo o método Planejamento Estratégico Situacional, com desenhos das ações, definindo a proposta de intervenção, trabalhando os “nós-críticos” e a identificação dos recursos necessários para por em prática o plano operativo. Foi criada também uma tabela que servirá como instrumento para avaliar a gestão do plano. Com a realização do trabalho concluiu-se a equipe apresenta condições de trabalhar esse tema e para isso terá que contar com o apoio de atores diversos presentes dentro da comunidade e com outros setores da rede de atenção à saúde no município.

Descritores: Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Prevenção.

ABSTRACT

This work deals with the theme of Hypertension. The justification is given because it is a present health problem in Brazil and high rate on the scope of the Health Strategy Team family Coimbras III, besides the magnitude of complications that Hypertension can trigger the individual. It aims to draw up a plan of action that contemplates guidance and prevention to hypertensive patients and their families, through health staff and other actors in the territory. It was performed initially situational diagnosis and defined the problem of higher priority and greater capacity for resolution by the team. From the explanation of the problem, contributions were raised theorists to literature review on the topic, using the Virtual Library databases Health and the Virtual Library of Nescon, the local municipality sites, the Ministry of Health and research, the Institute Brazilian Geography and Statistics and the team's own files were selected articles published in relation to the main theme between 1999 and 2016. So were addressed the definition of the disease, symptoms, consequences, treatment and ways of diagnosis. Later steps of the action plan were developed following the Situational Strategic Planning method, with stock designs, defining the proposed intervention, working the "in-critical" and identifying the resources needed to put into practice the operating plan. It was also created a table that will serve as a tool to evaluate the plan of management. With the completion of the work was completed the team has conditions to work this issue and it will have to rely on the support of several actors present within the community and with other sectors of the health care network in the municipality.

Keywords: Family Health Strategy. Hypertension. Prevention.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição das Unidades de Atenção Primária à Saúde	16
Quadro 2: Classificação da HAS	25
Quadro 3: Tipos de medicação a serem prescritos para controle da hipertensão. 31	
Quadro 4: Desenho das operações para resolução dos “nós” críticos do problema da elevada prevalência de hipertensos	39
Quadro 5: Proposta de ações, definição dos atores e motivação	42
Quadro 6: Identificação dos recursos críticos	43
Quadro 7: Plano operativo para enfrentamento do problema	44

LISTA DE FIGURAS

Figura1: Localização Geográfica do município de Passos/MG	15
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	
3.1 Geral	20
3.2 Específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO DE LITERATURA	22
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: Aportes Teóricos	22
5.2 Sintomas da Hipertensão Arterial	25
5.3 Consequências	26
5.4 Tratamento	28
5.5 Diagnóstico	31
6 PLANO DE AÇÃO	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

Um indivíduo é considerado hipertenso, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2013), quando a sua pressão arterial é sistematicamente, igual ou maior que 140/90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013).

Em 1993, Martins preconizou que haveria no futuro, jovens e mulheres com a doença, devido ao estilo de vida da era moderna. Esses grupos elevam o aumento de portadores da doença e a morte prematura, sendo que a mulher brasileira é alvo de morrer mais cedo devido às doenças cardiovasculares, o que coloca o Brasil entre os países onde mais ocorrem mortes prematuras.

Deve-se considerar também a morbidade multifatorial, cujos fatores de risco (FR) se subdividem em genéticos, não modificáveis, e ambientais, modificáveis (SILVA; LIMA, 2006).

Dentre as principais comorbidades da HAS incluem o diabetes mellitus, cujos índices apontam que em torno de 85% dos diabéticos são hipertensos; a dislipidemia; obesidade com suas alterações metabólicas e hormonais.

As consequências da HAS são as doenças cerebrovasculares, a arterial coronariana, a insuficiência cardíaca, a doença renal crônica e a doença arterial periférica (BRASIL, 2006).

Esses agravos de mortalidade de DCV aumentam, de forma linear, com o aumento da PA a partir de 115/75 mmHg. Desta, mundialmente (dados de 2001), 54% foram causadas por acidente vascular encefálico (AVC), e 47% por doença isquêmica do coração, sendo que a maioria ocorreu em países de baixo e médio desenvolvimento econômico, e acima de 50% em indivíduos com a idade de 45 e 69 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Diante do exposto, segundo Saraiva *et al.* (2007) o indivíduo portador de HAS deve ser inserido no programa de Saúde Pública porque as doenças decorrentes da HAS prejudicam à qualidade de vida do portador.

Para Silva (2008), hipertensão arterial constitui grave problema de saúde pública, pois afeta grande parte da população mundial, em todas as idades, entre eles as crianças, jovens, homens e mulheres, aumentando significativamente o número de portadores e de mortes prematuras. Seu tratamento e controle são desafios às autoridades governamentais e profissionais de saúde face às dificuldades biológicas, psicossociais, econômicas e culturais que envolvem seus portadores.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a Hipertensão Arterial Sistêmica, nos anos compreendidos entre 2020 a 2030, em conjunto com essas doenças já citadas, provocarão incapacidades decorrentes da falta de controle do indivíduo em relação à alimentação, estilo de vida errado, tempo de vida (SILVA, 2008).

No grupo de doenças que podem ser evitadas, a hipertensão arterial se destaca devido à multiplicidade de fatores de risco complexos, bem como as causas etiológicas e biológicas já conhecidas, porém há outras ainda desconhecidas. Em geral é assintomática, com períodos de manifestações clínicas estáveis e outros de exacerbação, evoluindo para graus variados de incapacidades ou para a morte (SILVA, 2010).

O número de pessoas que procuram diariamente as unidades de saúde com sintomas da doença podem ser alertadas para a mudança de alguns hábitos para controlá-la, pois a hipertensão é uma doença que pode ser controlada, evitando complicações incapacitantes. É nessa expectativa que a orientação da equipe de saúde se firma, para que os portadores de hipertensão possam conseguir controlar a doença, diminuir as doses de medicamentos, e terem eficácia no tratamento a fim de melhorar o quadro de hipertensão.

1.2 Identificação do município

Este plano de ação será aplicado em Passos- Minas Gerais cujo município foi elevado à condição de cidade em 1938. Ainda distrito era denominado Vila Formosa do Senhor Bom Jesus dos Passos, de acordo com a Lei Estadual número 2 (dois) de 14-09-1891. Depois foi elevado à categoria de vila. Passou à condição de cidade, com o nome de Passos, baseado no padroeiro da cidade: Senhor Bom Jesus dos Passos, pela Lei Provincial número 854 (oitocentos e cinquenta e quatro), de 14-05-1858. Após divisão de território com municípios e comunidades vizinhas, desde 01-07-1960 foi constituído município (FESP, 2009).

A área total do município é de 1.339,090km de extensão territorial, sendo considerada a 4ª (quarta) maior cidade do Sudoeste Mineiro e a 26ª do Estado de Minas Gerais.

A população de 106.290 habitantes, estimando-se que tenha um número aproximado de 33.250 domicílios e famílias (IBGE, 2015).

Os aspectos socioeconômicos tem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em torno 0,756 (2010); a taxas de alfabetização cerca de 93774 pessoas alfabetizadas e a de urbanização de 100.842 habitantes. A renda média familiar é de somente dois salários mínimos (IBGE, 2013).

O município é privilegiado na área econômica com a agroindústria, agropecuária, avicultura de corte, suinocultura, indústria de confecções e serviços (IBGE, 2015).

Passos tem uma população de 106.290 pessoas, sendo 52.568 pessoas do sexo masculino e 53.722 pessoas do sexo feminino. O número de idosos está em torno de 13.000 pessoas acima dos sessenta anos. Cerca de 22.600 pessoas estão abaixo dos quatorze anos de idade.

A cidade tem 79,44 hab/Km² e verifica-se que a taxa de crescimento anual fica em 1,48% e a de escolarização é de 94 mil pessoas, em média.

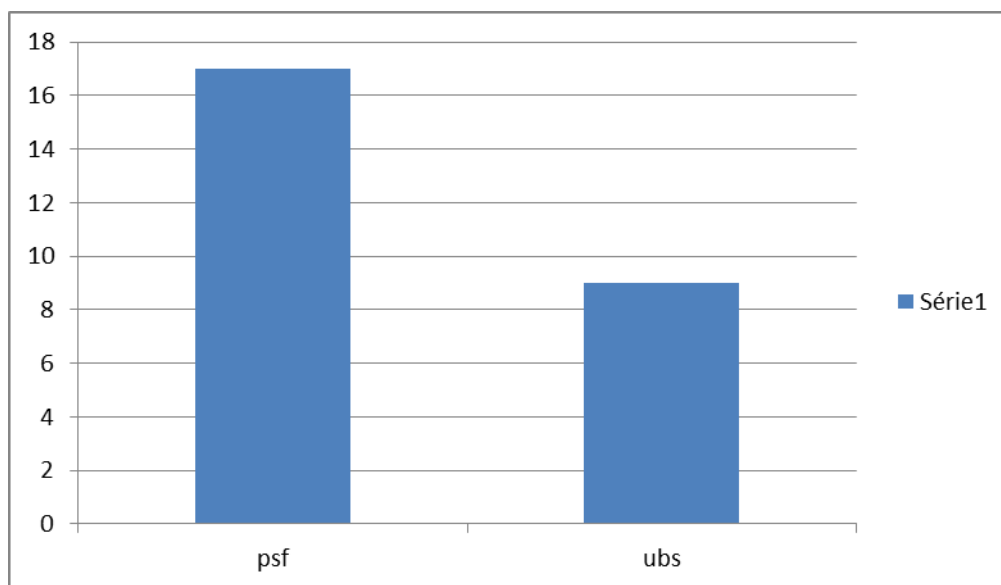
Figura 1: Localização Geográfica do município de Passos - MG



Fonte: Medeiros (2016).

Na área da saúde, Passos é uma cidade com recursos para o tratamento de várias enfermidades, conta com cinco hospitais: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos; Hospital São José (Unimed); Hospital Regional do Câncer de Passos; Hospital Otto Krakauer: Hospital psiquiátrico fundado em 31 de março de 1972; UPA - Unidade de Pronto Atendimento. Há ainda um projeto municipal para implantação do Hospital da Mulher, O Centro de referência Viva Vida (PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS, 2015).

O Programa Saúde da Família é integrado por 26 Unidades de Saúde: 17 Unidades da Estratégia de Saúde de Família (ESF) e nove Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS/ambulatórios), apoiadas por dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Quadro 1: Distribuição das Unidades de Atenção Primária à Saúde

Fonte: Prefeitura Municipal de Passos/MG (2015).

O setor de saúde conta também com a Policlínica de Diagnóstico e Centro de Especialidades, um Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST), um Núcleo de Assistência em Estomaterapia (NAE), um Ambulatório de Referência para DST/AIDS (AMBES), um Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase (NAEHP), uma Unidade do Programa Viva Mulher, uma Unidade do Programa de Hepatites Virais.

O Plano de ação será realizado na ESF Coimbras III, localizado à Rua Leopoldina, 15, cujo funcionamento realiza-se das 7h às 11h30m e das 13h às 16h30m.

A equipe conta com nove funcionários, sendo seis Agentes Comunitários de Saúde, destes, um do sexo masculino e cinco do sexo feminino, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e uma médica.

2 JUSTIFICATIVA

Atuando no município de Passos-Minas Gerais há 20 anos, na área médica, foi possível perceber que há muitos indivíduos, entre crianças, jovens, adultos e idosos, que não têm o devido zelo com a sua saúde. Esse comportamento pode ter várias causas: não é fácil manter hábitos saudáveis de vida, incluir atividades físicas na rotina e a disciplina em tomar regularmente os medicamentos.

Assim, pretende-se durante a prática médica na Estratégia Saúde da Família Coimbras III, em Passos - MG, orientar os pacientes sobre o quadro de hipertensão acerca dos cuidados com a alimentação entre outros. Para esse intento, elaborou-se um plano de ação, cujo trabalho vai ser desenvolvido na cidade de Passos, Minas Gerais, que fica localizada na região sudoeste do Estado de Minas Gerais, às margens da rodovia MG-050, distando 345 km da capital, Belo Horizonte. Apresenta limite territorial com as cidades de São João Batista do Glória, Alpinópolis, Cássia, Bom Jesus da Penha, Delfinópolis, Fortaleza de Minas, Itaú de Minas e Jacuí (IBGE, 2015).

A relevância do tema deve-se ao fato de que, a hipertensão arterial constitui grave problema de saúde pública, pois afeta grande parte da população mundial, e a cada ano aumenta significativamente o número de portadores e de mortes prematuras. O tratamento e controle são desafios às autoridades governamentais e profissionais de saúde face às dificuldades biológicas, psicossociais, econômicas e culturais que envolvem seus portadores. A hipertensão pode ser diagnosticada sem limite de idade, pois se trata de uma doença que não se manifesta facilmente. Quando seus sintomas aparecem, ela já se instalou. Medidas preventivas são as melhores alternativas para um pré-diagnóstico, pois evitam problemas associados às artérias, hipertrofia das paredes cardíacas, hemorragia cerebral e muitos outros.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Quanto ao tratamento não farmacológico é importante a alimentação saudável e a prática regular de atividade física. O ritmo de vida do indivíduo influencia a instalação de doenças. Nesse

sentido orientar os pacientes em relação ao tipo correto de alimentos ajuda na prevenção e no tratamento. Devem-se evitar alimentos ricos em sódio e gorduras, fazer exercício físico regular, não fumar, e fatores psicoemocionais contribuem para a elevação da pressão arterial, elemento chave para a instalação de doenças cardiovasculares e associação a HAS (MION JÚNIOR *et al.*, 2002).

A orientação da equipe de saúde ajuda o portador de hipertensão arterial a aderir ao tratamento, pois a falta de adesão torna mais difícil quantificá-la.

Segundo Gusmão e Junior (2006, p. 24):

[...] Cerca de 40% a 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso da medicação anti-hipertensiva. A porcentagem é maior quando a falta de adesão relaciona-se a estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo, etc (GUSMÃO; JUNIOR, 2006, p. 24).

A necessidade de intervenção, principalmente pelos profissionais de saúde da ESF, é fundamental na elaboração de estratégias de controle e prevenção da HAS, pois além do conhecimento que possuem e da experiência com a população assistida podem auxiliar na conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento, em uma abordagem individual e coletiva, tendo estes resultados mais consistentes e duradouros. Há evidências que demonstram que estratégias com objetivos de modificar o estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade (BRASIL, 2006).

Assim, segundo Strelec *et al.* (2003) existe a necessidade de medidas que visem melhor controle da pressão arterial, tornando o tratamento um problema que deve ser enfrentado por todos: o hipertenso, família, comunidade, instituições e equipe de saúde.

As pessoas hipertensas precisam de orientação a fim de diminuir os riscos de outras doenças e a mudança de alguns hábitos para controlá-la, tendo em vista tratar-se de uma doença que pode ser controlada, evitando outras complicações a fim de tornar o indivíduo incapacitado para viver plenamente.

É nessa expectativa que este projeto se firma, tendo em vista que os portadores de hipertensão podem controlar a doença, diminuir as doses dos medicamentos, e assim terem eficácia no tratamento e melhorar suas condições de vida.

Face ao exposto, é importante para o controle da doença, desmistificá-la para o hipertenso, explicando suas características e particularidades, sendo uma estratégia que deve ser utilizada pelo médico a fim de que o paciente consiga controlar a cronicidade de sua enfermidade e tenha qualidade de vida, e saber evitar o uso de alimentos errados, tomando os medicamentos de acordo com as orientações e as prescrições médicas.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Propor um plano de ação para implantar medidas educativas no cotidiano dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica para controlar a HAS, no PSF Coimbras III, no município de Passos/MG.

3.2 Específicos

Estimular a adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo; orientando sobre o autocontrole da pressão arterial com adoção de hábitos saudáveis e adesão ao tratamento medicamentoso.

Atuar junto às equipes do Núcleo De Apoio à Saúde da Família (NASF) e Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) promovendo ações de controle e prevenção à hipertensão, gerando uma cultura à vida saudável.

4 METODOLOGIA

A metodologia desse trabalho, além da pesquisa bibliográfica, envolve a proposta de intervenção *in locus* com os pacientes hipertensos, durante a consulta a fim de avaliar o diagnóstico situacional para identificar os índices de pessoas hipertensas.

Assim, primeiro fez-se o levantamento dos dados do PSF Coimbras III, da cidade de Passos, MG, através do diagnóstico situacional para identificar os índices de pessoas hipertensas, em visitas domiciliares e as consultas feitas no consultório da unidade, bem como outros dados referentes à saúde da população, condições socioeconômicas, de moradia e saneamento básico dos pacientes. Em seguida, analisou-se às informações a fim de saber melhor as condições de saúde e risco desse grupo da população.

Com a aplicação do método do Planejamento Estratégico em Saúde (PES), elaborou-se uma proposta de intervenção, cujos elementos constituintes são: definição e priorização do problema; seleção dos nós críticos; desenho das operações; identificação dos recursos críticos de uma operação; análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo e finalmente, a gestão de plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após esse diagnóstico planejou-se programas e ações para a educação em saúde e discutiram-se as dificuldades vivenciadas pela equipe no dia a dia ao prestar assistência aos pacientes hipertensos. Para elaboração de proposta de ação contou-se com o enfermeiro, os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, ou seja, com os integrantes da equipe de saúde da unidade.

Em relação à fundamentação teórica do presente trabalho é fruto de revisão de literatura com levantamento bibliográfico de textos, livros, manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde e artigos científicos publicados no período de 2001 a 2015, nos seguintes bancos de dados: Google Acadêmico, SCIELO, LILACS, MEDLINE, utilizando os descritores: plano de ação; orientação; hipertensão arterial.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: Aportes Teóricos

A pressão arterial, é a pressão que o sangue, dentro das artérias exerce sobre suas paredes. A pressão arterial é pulsátil, ou seja, aumenta a cada batimento do coração e reduz quando o mesmo relaxa. É conhecida pelos leigos como pressão alta.

A 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 (BRASIL, 2006).

A hipertensão acomete o indivíduo independentemente de sexo ou idade, e hoje há alta prevalência também em crianças, adolescentes, sendo mais recorrente em adultos e idosos, tendo em vista o número de pessoas idosas que cresce ano a ano. Em torno de 80% da população com mais de 60 anos seja hipertensa. Os índices são muito altos em todo o mundo, sendo que, em torno de 1 a cada 5 pessoas, são hipertensas (PINHEIRO, 2015).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, a doença acomete 17 milhões de pessoas, sendo este índice representado por 35% da população a partir de 40 anos, cujos índices são crescentes; e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras.

O aumento de indivíduos portador de HA deve-se aos exageros da vida moderna, que leva o homem a não se cuidar com a alimentação, ausência de exercícios físicos, o que favorecem a alta prevalência, e leva o indivíduo a morte, se não for diagnosticada e tratada adequadamente, sendo um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (NAKAMOTO, 2012).

A definição dos limites e a classificação da pressão arterial foram determinadas a partir de estudos estatísticos populacionais realizados pela OMS (2013) e pelo consenso da comunidade científica especializada, com revisões avaliativas periódicas. De acordo com as diretrizes da OMS, para a classificação da pressão arterial em adultos maiores de dezoito anos, adota-se a classificação do III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2001).

Na atualidade, a avaliação dos indivíduos acima de 18 anos é feita comparando os níveis tencionais, segundo critérios da IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (BRASIL, 2006).

A pressão arterial é medida com facilidade pelo médico e é de suma importância que as pessoas incorporem esta atitude às suas rotinas. Adultos com pressão de até 12 por 8 (doze por oito) devem medi-la ao menos anualmente. Caso seja constatado que a medida da pressão ficou entre esse valor e 14 por 9 (quatorze por nove), uma atitude preventiva de medição a cada seis meses deve ser tomada. Acima de 14 por 9 (quatorze por nove) já é indício de doença e deve ter acompanhamento e, possivelmente, tratamento.

Após realizado o diagnóstico e detectado o quadro de hipertensão arterial, na dependência da associação com fator causal desencadeante, esta pode ser classificada como sendo primária ou secundária.

O médico, ao avaliar o nível de hipertensão, deve observar o estágio do quadro hipertensivo, cujo valor mais alto da pressão sistólica ou da diastólica, estabelece o quadro hipertensivo, segundo observações de Silva (2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial na gravidez ocorre e constitui fator de risco para a gestante, em torno de 5 a 19% do total de casos na população de gestante, em qualquer idade (BRASIL, 2001).

A hipertensão arterial, em jovens, também devem ser investigada, pois trata-se de um grupo susceptível de estar incluído na classificação de pessoas hipertensas (BRASIL, 2001).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública de grande magnitude. Sua prevalência é de 24,3% (BRASIL, 2012). É uma síndrome de origem multifatorial, sendo um dos maiores problemas na área de saúde pública. Tem sido reconhecida como grave fator de risco para a aterosclerose e trombose, gerando acometimento cerebral, cardíaco, renal e vascular.

Essa doença, embora reconhecida como problema de relevante agravo, o seu tratamento e controle parecem continuar inadequados, mesmo que os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas venham facilitando a identificação de seus fatores de riscos é importante o diagnóstico precoce de seus agravos, o emprego de uma vasta terapêutica medicamentosa e de ações educativas para as mudanças no estilo de vida.

Segundo Mano (2003) uma parcela pequena dos portadores mantém valores satisfatórios da pressão arterial ($PA < 140 / 90$ Mmhg), usa a medicação de forma correta e adere às medidas terapêuticas, especialmente, as que envolvem mudanças de hábitos alimentares, abandono de vícios como o tabagismo, alcoolismo e a incorporação de atividades físicas. A prevenção e tratamento da doença representam desafios às autoridades sanitárias, profissionais de saúde, portadores e familiares envolvidos na promoção de saúde.

As dificuldades de controle da hipertensão arterial, na concepção de estudiosos (VIEIRA, 1993 apud SILVA *et al.*, 2008), estão relacionadas às características da doença, como o caráter assintomático, a evolução lenta, a cronicidade, que fazem com que a hipertensão arterial não seja considerada doença ou algo que precise ser cuidado. Assim, os portadores não sentem necessidade de modificar os hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença.

Nesse sentido, os estudos dizem que para a doença ser controlada é “imprescindível a adesão ao tratamento, a qual é caracterizada pelo grau de cumprimento das medidas terapêuticas recomendadas, podendo ser ou não medicamentosas”, com o propósito de manter a pressão arterial em valores considerados normais com $PA < 140/90$ Mmhg (PIERIN *et al.*, 2004, p. 8).

Com base em dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), o Quadro 2 traz a classificação da HAS.

Quadro 2: Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

5.2 Sintomas da Hipertensão Arterial Sistêmica

Um dos maiores agravos dessa doença refere-se ao fato de ser assintomática, assim, o portador não procura o médico, e quando diagnosticada, o indivíduo já tem as sequelas da doença.

As pessoas acometidas por HAS devem observar os sintomas de dor de cabeça, cansaço, dor no pescoço, dor nos olhos, sensação de peso nas pernas ou palpitações, entre outros.

Um indivíduo que não costuma medir sua pressão arterial simplesmente porque não tem nenhum sintoma, pode muito bem ser hipertenso e não saber. Por outro lado, se o paciente é sabidamente hipertenso, mas também não mede a pressão arterial periodicamente, pode ter a falsa impressão de a ter controlada. Não existe nenhuma maneira de avaliar a pressão arterial sem que se faça a aferição da mesma através de um aparelho específico.

Pinheiro (2009) lembra-nos que, determinadas sintomas de dor de cabeça ou mal estar com quadro de pressão arterial alta, esse sintoma sozinho não serve de parâmetro, pois podem ter picos de hipertensão assintomáticos e não se perceberem. A dor de cabeça eleva a pressão arterial, o que torna difícil o diagnóstico correto, pois casos como esses, não se sabe se a pressão subiu pela dor de cabeça ou a dor de cabeça surgiu pela pressão alta. Assim, todo indivíduo deve procurar o médico regularmente para aferir a pressão, a fim de evitar danos futuros.

5.3 Consequências da HAS

A Hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e apresenta custos elevados não só na área da saúde, mas também na esfera socioeconômica, que são decorrentes principalmente das complicações que incluem a “doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades” (GUSMÃO; PIERIN, 2009).

Segundo Pinheiro (2009), a hipertensão está diretamente associada a insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas, Infarto do Miocárdio, aneurismas, retinopatia hipertensiva, AVC hemorrágico e isquêmico e insuficiência renal crônica, arteriosclerose e demência por micro infartos cerebrais.

Segundo Gusmão e Pierin (2009) a HAS é também responsável por “40% das mortes por acidente vascular encefálico, e responde ainda por 25% das causadas por doença coronariana”.

Como a carga de doenças representada pela morbimortalidade é muito alta, a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Como se trata de uma doença assintomática, seu diagnóstico e tratamento são negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito.

A HAS é a morbidade mais comum na população adulta e frequente nos serviços de emergência no Brasil; a IC é a primeira causa cardiovascular de hospitalização no

país. Dados oficiais sobre hospitalizações refletem parte da morbidade e referem-se aos 2/3 da população atendida pelo SUS (70%), estimando-se que 58 milhões dela sejam adultos ≥ 20 anos (LESSA *et al.*, 2006).

Além dessa abrangência psicológica citada acima, podem estar presentes alterações físicas oriundas de efeitos colaterais das drogas antidepressivas e de alterações cardiovasculares decorrentes da própria hipertensão.

Conforme já citado anteriormente a hipertensão afeta grande número de brasileiros, além de outras doenças crônicas como a renal cujos índices são alarmantes, devido aos maus hábitos alimentares, ausência de atividade física, e o tabagismo (BRASIL, 2006).

Diante do número crescente de diversas doenças que podem ser controladas, o governo tem políticas públicas, tais como:

Disseminação de informação, sensibilização da população para adoção de hábitos saudáveis de vida, medidas anti-tabágicas, políticas de alimentação e nutrição e a promoção de saúde (Brasil, 2006b), mesmo que as estatísticas uma 'lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular' (BRASIL, 2006, p 8).

De acordo com Silva *et al.* (2005) os fatores de risco e os indicadores da doença cardiovascular, e conseqüentemente, da hipertensão, já se encontram presentes na adolescência. As famílias nas quais encontramos hipertensos e DCV terão um nível mais elevado destes fatores.

Para finalizar, como o intuito de estimular as estratégias governamentais já mencionadas, a Estratégia de Saúde da Família está sendo focada como política prioritária para estas atividades devido à sua conformação e o seu processo de trabalho oferecendo condições mais favoráveis de acesso às medidas integrais e multissetoriais para a abordagem das DCNT (BRASIL, 2006).

5.4 Tratamento da HAS

A hipertensão sendo uma doença crônica requer tratamento medicamentoso e não medicamentoso para o resto da vida e a cronicidade pode interferir diretamente em diversas esferas da vida do paciente. “A própria autoestima do portador pode ser abalada, pela possibilidade de agravos, e, conseqüentemente, a esfera emocional, com o aparecimento de emoções negativas tais como depressão e ansiedade”, segundo estudos realizados por Curtin em 1990 (GUSMÃO; PIERIN, 2009).

O tratamento adequado para controlar a hipertensão passa pela confirmação diagnóstica, e em seguida, é importante a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado. Em seguida, estabelecer três graus distintos de risco cardiovascular. Há duas abordagens terapêuticas para a HA: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. O médico deve incentivar o paciente para adotar hábitos de vida saudáveis importantíssimo para a prevenção de hipertensão e do manejo dos pacientes com HAS (CUTINO, 2014).

Outro ponto importante e fundamental à adesão ao tratamento da hipertensão refere-se à abordagem médica, cujos incentivos e atendimentos cuidadosos motivam o paciente a não desistir e abandonar o tratamento (BRASIL, 2006).

O tratamento não medicamentoso tem, como principal objetivo:

Diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial. As razões que tornam as modificações do estilo de vida úteis são: baixo custo e risco mínimo; redução da PA, favorecendo o controle de outros fatores de risco; aumento da eficácia do tratamento medicamentoso; redução do risco cardiovascular; Redução do Peso Corporal; Redução na Ingestão de Sal/Sódio;

Aumento da Ingestão de Potássio; Redução do Consumo de Bebidas Alcoólicas; Exercício Físico Regular; Abandono do Tabagismo; Controle das Dislipidemias e do Diabete Mellitus; Suplementação de Cálcio e Magnésio; Medidas Anti estresse; Evitar drogas que podem elevar a PA. Torna-se evidente que quase todas as medidas não medicamentosas dependem de mudanças no estilo de vida de forma permanente. Em razão de a abordagem do hipertenso ser direcionada a diversos objetivos, a ação médica é beneficiado com a abordagem multiprofissional (KOHLMANN JR. *et al.*, 1999, p. 7).

Uma vez feito o diagnóstico da hipertensão, todos os doentes devem se submeter a mudanças de estilo de vida antes de se iniciar terapia com medicamentos. As principais são: redução de peso, iniciar exercícios físicos, abandonar cigarro, reduzir o consumo de álcool, reduzir consumo de sal, reduzir consumo de gordura saturada, aumentar consumo de frutas e vegetais (PINHEIRO, 2015).

A redução da PA com essas mudanças costuma ser pequena e dificilmente uma pessoa com níveis pressóricos muito altos (maior que 160x100 mmHg) atinge o controle da hipertensão sem a ajuda dos remédios. Todavia, nas hipertensos leves, há casos em que apenas com controle do peso, dieta apropriada e prática regular de exercícios conseguem-se o controle da PA. O problema é que a maioria dos pacientes não aceita mudanças nos hábitos de vida e acabam tendo que tomar medicamentos para controlar a pressão. Aqueles pacientes que já chegam ao médico com pressão alta e sinais de lesão de algum órgão alvo devem iniciar tratamento medicamentoso logo, uma vez que o fato indica hipertensão de longa data. Obviamente, as mudanças de estilo de vida também estão indicadas neste grupo. Apenas pacientes com sinais de lesão de órgão alvo, insuficiência renal crônica, diabetes ou com doenças cardíacas, devem iniciar o tratamento com drogas imediatamente.

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados no tratamento do paciente hipertenso devem permitir não somente a redução dos níveis tensionais, mas também a redução da taxa de eventos mórbidos cardiovasculares fatais e não fatais. Até o presente momento, a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares em hipertensos leves a moderados foi demonstrada de forma consistente, em inúmeros estudos, apenas para os diuréticos e betabloqueadores. Em relação a PA, o tratamento medicamentoso visa a reduzir os

níveis de pressão para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais, a comorbidade e a qualidade de vida dos pacientes. Reduções da pressão para níveis inferiores a 130x85 mmHg podem ser úteis em situações específicas, como em pacientes com nefropatia proteinúrica e na prevenção de AVC (KOHLMANN JR. *et al.*, 1999).

O objetivo primordial do tratamento da HA é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a PA, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com: diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (BRA II), antagonistas dos canais de cálcio (ACC), embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos. Esse benefício é observado com a redução da PA per se e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece não depender da classe de medicamentos utilizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Metanálises recentes indicam que esse benefício é de menor monta com betabloqueadores, em especial com atenolol, quando comparado aos demais anti-hipertensivos. Características importantes do anti-hipertensivo: Ser eficaz por via oral, ser seguro, bem tolerado e com relação de risco-benefício favorável ao paciente, permitir a administração em menor número possível de tomadas, com preferência para dose única diária, ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente, ressaltando-se que, quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos, não ser obtido por meio de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, bioequivalência e/ou de interação química dos compostos, ser considerado em associação para os pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3 e para pacientes de alto e muito alto risco cardiovascular que, na maioria das vezes, não alcançam a meta de redução da PA preconizada com a monoterapia, ser utilizado por um período mínimo de quatro

semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança das associações em uso, ter demonstração em ensaios clínicos da capacidade de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares associadas à hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A avaliação dos níveis tensionais deve ser uma prática obrigatória e rotineira de atendimento do usuário na atenção primária à saúde. O profissional de saúde deve identificar por meio da história de vida do indivíduo, a possibilidade deste tornar-se um hipertenso (para orientar e prescrever o tratamento adequado, que envolve, além de mudanças no hábito de vida do portador, uso de medicamentos para controlar a doença (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Quadro 3: Tipos de medicação a serem prescritos para controle da hipertensão.

TIPO	MEDICAMENTOS
Diuréticos Tiazídicos	Hidroclorotiazida; Clortalidona; Indapamida; Metolazona
Diuréticos de alça	furosemida
Diuréticos poupadores de potássio	Espironolactona
Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA)	Benazepril, Captopril, Cilazapril, Enalapril, Lisinopril, Perindopril, Ramipril
Antagonistas do receptor da angiotensina II (ARA II):	Candesartana, Irbesartana, Losartana, Olmesartana, Telmisartana, Valsartana
Inibidores do canal de cálcio	Nifedipina retard, Amlodipina, Lercanidipina, Felodipina
Beta-Bloqueadores	Atenolol, Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol, Nebivolol, Propranolol
Vasodilatadores diretos	Hidralazina, Minoxidil
Bloqueadores Alfa-1	Doxazosina, Prazosina, Terazosina
Agonistas Alfa 2 Adrenérgicos	Clonidina, Metildopa, Rilmenidina

Fonte: (PINHEIRO, 2016)

5.5 Formas de Diagnóstico

Os critérios para um diagnóstico preciso envolvem além do conhecimento técnico e experiência do médico, determinadas medidas com vistas à precisão do diagnóstico e envolvem: colocar o paciente em posição ortostática pelo menos na primeira avaliação, especialmente em idosos, diabéticos, pacientes com disautonomias, alcoólicos e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva. O uso de técnica adequada envolve também o uso de aparelhos confiáveis e calibrados, respeitando-

se às recomendações para este procedimento de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Para o diagnóstico da HAS, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) recomenda os seguintes procedimentos:

É recomendada a medida da PA em ambos os braços com o paciente sentado, em ortostatismo e posição supina, pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva, e sempre utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. Como diversos fatores podem alterar a PA, as medidas tomadas em situações ambulatoriais podem não revelar valores reais da pressão do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 17).

De acordo com Pinheiro (2015), deve-se evitar diagnosticar um quadro de hipertensão, quando se examina o paciente pela primeira vez, tendo em vista que o indivíduo pode apresentar quadros de hipertensão decorrente de fatores como estresse, esforço físico, uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e outros. Portanto, não se faz diagnóstico, nem se descarta hipertensão, baseado em apenas uma única aferição (PINHEIRO, 2015). Para se dar o diagnóstico de hipertensão arterial, são necessárias de três a seis aferições com resultados elevados, realizadas em dias diferentes, com um intervalo maior que um mês entre a primeira e a última aferição. Deste modo, minimizam-se os fatores confusionais externos. O paciente considerado hipertenso é aquele que apresenta a sua pressão arterial elevada frequentemente e durante vários períodos do dia.

Mion *et al.* (1996, p. 11) alertam que:

O diagnóstico de hipertensão arterial é um ato médico baseado num procedimento relativamente simples, a medida da pressão arterial, envolve a grande responsabilidade de decidir se um paciente é normotenso ou hipertenso. As consequências de um diagnóstico errôneo são desastrosas. O diagnóstico em hipertensão arterial é baseado na anamnese, exame físico e exames complementares que auxiliam na realização do diagnóstico da doença propriamente dita, sua etiologia, grau de comprometimento de órgãos alvo e na identificação dos fatores de risco cardiovascular associados.

A aferição da pressão arterial sistêmica pode ser realizada por método direto ou indireto. A medida direta da pressão arterial é obtida de forma invasiva mediante a introdução de um cateter em artéria periférica, o que permite sua quantificação continuamente, batimento a batimento, a medida direta da pressão arterial é reservada para situações em que essa variável apresenta valores muito baixos, como ocorre, por exemplo, nos estados de choque circulatório (SCHMIDT *et al.*, 2004).

A medida indireta da pressão arterial pode ser efetuada, utilizando-se diversas técnicas, sendo aquela realizada com o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide (SCHMIDT *et al.*, 2004, p. 9). Ela é realizada em cinco fases:

Fase I: Corresponde ao aparecimento do primeiro som, ao qual se seguem batidas progressivamente mais fortes, bem distintas e de alta frequência. Correlaciona-se com o nível da pressão sistólica.

Fase II: Neste momento, o som adquire características de zumbido e sopro, podendo ocorrer sons de baixa frequência que eventualmente determinam o hiato auscultatório.

Fase III: Sons nítidos e intensos.

Fase IV: Abafamento dos sons correspondendo ao momento próximo ao desaparecimento deles.

Fase V: Desaparecimento total dos sons.

Correlaciona-se com a pressão diastólica. Entre os fatores que podem influenciar a medida da pressão arterial, incluem-se aqueles relativos ao ambiente, ao equipamento, ao observador e ao paciente. O ambiente adequado para a aferição da pressão arterial deve ser tranquilo, silencioso e com temperatura agradável (SCHMIDT *et al.*, 2004).

O paciente deve estar, também, em posição confortável e permanecer em repouso por 5 a 10 minutos antes do início do procedimento. Ao realizar a medição na posição sentada, o tronco deve estar encostado e os braços relaxados. É ainda desejável que as pernas não estejam cruzadas. O paciente deve também ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento. Deve-se certificar se o paciente não está com a bexiga cheia, de que não praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, a não ingestão de estimulantes (café, chá, chocolate, etc.) por pelo menos

30 minutos antes da medida, e de que não fumou há pelo menos 30 minutos. Estas são situações que por si só podem aumentar os níveis tensionais (SCHMIDT *et al.*, 2004).

O médico a fim de ganhar a confiança do paciente deve orientar acerca dos procedimentos que serão adotados para o exame, que envolvem:

Ficar em silêncio; deixar a bexiga cheia; ausência de exercícios físicos antes da realização do exame, considerando-se uma margem de tempo entre 60 a 90 minutos; não ingerir bebidas alcoólicas, café, alimentos, fumo até 30 minutos antes; com as pernas descruzadas; manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima; posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneroide (BRASIL, 2006, p.6).

Um grande desafio no diagnóstico e controle d hipertensão arterial é conhecer o impacto da doença e seu tratamento sobre a vida do paciente. O curso assintomático da doença até sua descoberta ou até que ocorram lesões em órgãos-alvo são fatores importantes que dificultam ainda mais esse aspecto.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Identificação dos problemas

O problema foi priorizado a partir da observação diária da frequência de indivíduos hipertensos que utilizam a ESF e o conhecimento da magnitude dessa doença. A ESF julgou importante o enfrentamento do problema, devido ao alto índice de usuários hipertensos na área de abrangência.

Das 3268 pessoas cadastradas na unidade, 399 são hipertensas. É importante considerar o fato de que a adoção ao tratamento envolve hábitos saudáveis que também devem ser adotados por toda a família.

6.2 Priorização dos Problemas

As discussões para a realização desta proposta de intervenção com a equipe foram identificadas vários problemas de saúde da comunidade, porém o objeto de nosso trabalho é assistir os pacientes com hipertensão arterial elevada, além da falta de conhecimento desses indivíduos em relação à doença, falta de cuidados paliativos e desinteresse pela sua qualidade de vida.

Devido a relevância e capacidade profissional da equipe, foi considerada a HAS como o problema de saúde prioritário, da unidade UBS – Bairro Coimbras III de Passos/MG.

6.3 Descrição do Problema

Com os problemas identificados, a equipe se reuniu para estabelecer as diretrizes do plano e decidiu que o trabalho será voltado à população hipertensa e seus familiares. Para a realização contamos com a participação efetiva de cada membro da equipe além de contar com os líderes comunitários que fazem parte da comunidade e da equipe do NASF e DANT.

Para obter informações sobre o problema identificado utilizou-se registros disponíveis na ESF como fichas A que os ACS utilizam diariamente em suas visitas, mapas de atendimento da equipe de enfermagem e médica, onde se confirmou a prevalência de hipertensos que procuram a unidade de saúde.

6.4 Explicação do problema

Quando a doença hipertensiva é diagnosticada, o paciente deve ter alguns cuidados como: hábitos de vidas saudáveis como praticar atividade física regularmente, evitar tabagismo, diminuir o consumo de sal, evitar sobrepeso e a obesidade e consulta médica regular.

A pressão arterial é considerada normal quando a pressão sistólica (máxima) não ultrapassa 130 mmHg e a diastólica (mínima) é inferior a 85mmHg.

Na maioria das vezes, a pressão alta tem é uma herança genética, também pode ser desencadeada por hábitos de vida pouco saudáveis como: obesidade, ingestão excessiva de sal ou de bebidas alcoólicas e inatividade física.

É uma doença crônica que não tem cura, mais pode e deve ser controlada para evitar as complicações e o tratamento contínuo pode melhorar a qualidade de vida do paciente.

6.5 Identificação dos nós críticos

“Nó crítico” é um tipo de causa que, ao ser combatido, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Traz também a ideia de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade do interventor (CAMPOS; FARIA; SNATOS, 2010).

Aqui serão descritos os “nós críticos”, as operações, o produto e os resultados esperados e os recursos necessários para sua realização;

1. Conhecimento insuficiente dos pacientes sobre a doença: deve-se lembrar de que o grau de escolaridade da população que vive no bairro é muito baixo. Neste problema a operação é aumentar o nível de conhecimento da população em relação à doença. Para que a população seja mais informada, serão feitas campanhas educativas na rádio local e serão fabricados panfletos educativos sobre hipertensão. Para isso serão necessários recursos cognitivos, financeiros para a elaboração dos panfletos, políticos com mobilização social e da equipe para planejar as ações.

2. Hábitos de vida inadequados: neste problema a operação é modificar os hábitos de vida para diminuir a quantidade de pacientes com fatores de risco modificáveis que podem desencadear a doença em um momento determinado. Para isso a equipe pode aumentar o número de palestras, programar caminhadas e campanhas educativas na rádio local. Os recursos necessários para levar adiante estas ações são os conhecimentos que tem cada membro da equipe de saúde e o poder organizacional da equipe. Deve contar com a participação da nutricionista do NASF para discutir as dietas recomendáveis e atender individualmente aqueles pacientes que apresentam dificuldade de adesão ao tratamento.

3. Ações de saúde insuficientes para evitar a HAS: para este nó é necessário uma reorganização do processo de trabalho, discutir com a equipe as funções de cada membro e a corresponsabilidade e compromisso na exceção das mesmas. A partir desta negociação, a operação é aumentar as ações de saúde para fazer busca ativa de pacientes com hipertensão, organizar a agenda para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde. Com isto objetiva-se ter a agenda organizada e aumentar a satisfação dos pacientes pelo atendimento programado. O produto final é avaliar o maior número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção e promoção. Os recursos necessários são ligados à organização na agenda de trabalho.

6.6 Desenhos das Operações

Após a explicação e identificação das causas consideradas mais importantes, é necessário elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema,

iniciando a elaboração de um plano de ação. Devem ser descritas as operações para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SNATOS, 2010).

O quadro 4 permite uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas para o enfrentamento de cada nó crítico.

Quadro 4: Desenho das operações para resolução dos “nós” críticos do problema da elevada prevalência de hipertensos na UBS Coimbras III, em Passos/MG, 2015.

Nós Críticos	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Falta de Informação	Saber Mais -Fomentar o conhecimento sobre a doença (HAS)	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial.	Pacientes mais comprometidos e responsáveis - Campanhas de Promoção e Prevenção da HAS	Capacitação da equipe executora Metodologia : Conhecimentos científicos, habilidade comunicativa. Organizacionais: cronograma da estratégia, recursos básicos, agenda de trabalho. Políticos: conseguir espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com rede de ensino; Financeiros: Aquisição de recursos audiovisuais, material didático (folder, folhetos, cartazes, etc)
Hábitos de Vida não saudáveis	Vida nova - Estimular e explicar a importância da aquisição de hábitos e modos de vida saudáveis.	Adesão a hábitos de alimentação mais saudáveis e redução do tabagismo, alcoolismo e estímulo à prática de exercícios físicos.	Pacientes mais Ativos, realizando atividade física na quadra “Nossa Senhora de Fátima”. Realização de Caminhada. Orientações e informações nos grupos de hipertensos. Campanha educativa na rádio local e através de	Econômico: recursos financeiros para aquisição de folhetos explicativos, recursos audiovisuais, material e uniforme para atividade física e caminhada. Organizacional: para organizar as caminhadas, as atividades físicas e os grupos. Política: mobilização intersetorial e conseguir espaço na rádio. Cognitiva: necessária para

			folhetos explicativos.	transmissão das informações dos folhetos, divulgação na rádio sobre as atividades físicas e caminhadas.
Ações de saúde insuficientes	Reprogramar - aumentar as ações de saúde para fazer busca ativa de pacientes com hipertensão. Organizar a agenda para aumentar o número de atendimentos dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.	Agenda Organizada. Satisfação dos pacientes pelo atendimento programado Melhor assistência ao paciente hipertenso.	Avaliação de maior número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção e promoção. .	Organizacional: Organização da agenda para realizar capacitação. Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais, material didático (folder, folhetos, cartazes, etc).

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.7 Análises da Viabilidade

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS *et al.*, 2010).

O quadro 5 apresenta as ações necessárias para a execução do plano operativo, os atores responsáveis e as ações estratégicas:

Quadro 5: Proposta de ações, definição dos atores e motivação à execução do plano de ação para o enfrentamento do problema de elevada prevalência de hipertensos da ESF Coimbras III em Passos/MG, 2015.

Operações	Recursos Críticos	Ator que Controla	Motivação	Ações Estratégicas
“Saber mais” Fomentar o conhecimento sobre a doença hipertensiva.	Político: conseguir espaços para divulgação na rádio, imprensa para debates do tema sobre HAS. Financeiro: aquisição de recursos para aquisição de equipamentos audiovisuais, material didático, docentes, etc.	Setor de Comunicação Social. Secretário Municipal de Saúde.	Favorável Favorável	Não é necessária
“Vida nova” Estimular e explicar a importância da mudança de hábitos e modos de vida saudáveis.	Econômico: para aquisição de folhetos explicativos, recursos audiovisuais, material e uniforme para atividade física e caminhada. Político: mobilização intersetorial e conseguir espaço na rádio	-Secretário de Saúde. Prefeito (proprietário da rádio). Coordenadora da Educação em saúde	Favorável Favorável Favorável	Não é necessária
“Reprogramar” Aumentar as ações de saúde para fazer busca ativa de pacientes com hipertensão.	Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais, Material didático, folder, folhetos, cartazes, etc.	Secretario de saúde Prefeito (proprietário da radio)	Favorável	Apresentação do projeto
Organizar a agenda para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde	Política: mobilização intersetorial e conseguir espaço na rádio.	Coordenadora da Educação em saúde	Favorável	

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.8 Identificação dos Recursos Críticos

Essa etapa busca identificar os recursos críticos que são aqueles indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para viabilizá-los. No quadro 4 foram identificados pela equipe os recursos críticos de cada operação.

Quadro 6: Identificação dos recursos críticos

OPERAÇÕES	RECURSOS CRÍTICOS
Saber mais	Econômico: recurso necessário para aquisição de folhetos e blitz educativa. Política: mobilização social e intersetorial. Conseguir espaço na rádio.
Vida nova	Econômico: Para aquisição de recursos audiovisuais, Folhetos, folder, educativos, cartazes, materiais didáticos.
Reprogramar	Econômico: recurso necessário para aquisição de folhetos e cartazes educativos. Política: mobilização social e intersetorial. Conseguir espaço na rádio.

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.9 Plano de Ação

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SNATOS, 2010).

Quadro 7: Plano operativo para enfrentamento do problema da elevada prevalência de hipertensos da ESF Coimbras III, Passos/MG, 2015.

Operações	Resultado	Produto	Ações Estratégicas	Responsável	Prazos
Saber mais	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial.	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes sobre o tema HAS, Campanhas de Promoção e Prevenção da HAS, Palestras por meio da Rádio local; Informação em imprensa sobre os temas da intervenção.	Não é necessária	Membros da ESF	Dois meses para o início das atividades
Vida nova	Melhores hábitos de alimentação e redução do tabagismo, alcoolismo e sedentarismo.	Realização de atividade física na Quadra “Nossa Senhora de Aparecida”; Realização de caminhadas; Orientações nos grupos de hipertensos; Campanha Educativa na rádio local e através de folhetos explicativos.	Não é necessária	ESF e NASF	Três meses para dar início das atividades
Reprogramar	Agenda organizada e aumentar a satisfação dos pacientes com atendimento programado	Avaliar o maior número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção da hipertensão e promoção da saúde.	Apresentação do projeto	ACS, médico, Enfermeira	Dois meses para o início das atividades

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.10 Gestão do Plano

Na efetivação de um plano de ação em saúde é sempre necessária a preparação de um modelo de avaliação e monitoramento. Assim os objetivos, resultados e impacto definido serão acompanhados e orientados para permitir uma resposta satisfatória, utilizando os recursos disponíveis de maneira racional, evitando o fracasso e o gasto desnecessário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial apresenta grande relevância no âmbito da atenção primária à saúde. A prevalência vem aumentando a cada ano e os vários fatores de risco relacionados à doença podem ser trabalhados pela equipe de saúde, visando qualidade de vida dos hipertensos, e orientação geral a toda a população para adoção de hábitos de vida saudáveis.

Durante as etapas de elaboração da proposta, a equipe realizou um diagnóstico situacional sobre os problemas presentes na área da ESF Coimbras III. Dentre os problemas levantados constatou-se que a situação dos hipertensos é similar com a realidade brasileira, tanto na prevalência quanto nas dificuldades da equipe em trabalhar com este problema, fazendo com a equipe se atentasse à necessidade de maior apoio aos pacientes e familiares.

Com a realização desse trabalho, concluiu-se que:

- A HAS possui grande prevalência e relevância na área da ESF Coimbras III;
- A equipe de saúde terá que trabalhar junto aos hipertensos, suas famílias e comunidade para orientar sobre a importância de prevenir complicações.
- A equipe de saúde deverá se organizar e articular-se com apoio de diversos setores institucionais e da comunidade para divulgar o assunto hipertensão;
- A equipe de saúde deverá sensibilizar as famílias, com hipertensos ou não a adotar estilo de vida mais saudáveis, com atividades físicas regulares, alimentação saudável, evitar tabagismo.
- Divulgar o assunto e as formas de prevenir complicações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da saúde, 2001 (Cadernos de Atenção Básica. n. 7 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab7.pdf> Acesso: 16 jun.15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica. n.15). Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernosab/abcad15.pdf>> Acesso: 16. jun.15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Prevalência da hipertensão arterial segundo Região no período de 2012**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g02.def.>> Acesso em: 12.Jun.15

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p.

CUTINO, A. B. **Plano de Ação para Prevenir e Controlar a Hipertensão Arterial na Unidade básica de Saúde Nazaré, no Município de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2014.

FESP, L. P. *et al.* **História de Nossa Gente. Passos 150 anos**. Passos: Faculdade De Ensino Superior De Passos e Folha da Manhã. E. Especial. 2009.

GUSMAO, J. L.; JUNIOR, D. M. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão Arterial**, v.13, n. 23 p. 23-25, 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>>. Acesso: 10. jul.15

GUSMÃO, J. L.; PIERIN, A.M.G. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. vol.43 no.spe .São Paulo Dez. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Dados do município de Passos, MG. 2015**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=314790>>. Acesso: 03/03/15

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2013**. 2013. Acesso: 29. Jun.15.

KOHLMANN JR., O. *et al.* III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. Ago 1999, vol.43, no.4, p.257-286. ISSN 1677-9487. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27301999000400004&script=sci_arttext> Acesso: 03.out.15

LESSA, I. *et al.* Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. **Arquivo Brasileiro Cardiológico**. Dez 2006, vol.87, no.6, p.747-756. ISSN 1678-4170. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001900011> Acesso: 10.fev. 16..

MARTINS, I. S. *et al.* Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes mellitus em população da área metropolitana da região sudeste do Brasil: metodologia da pesquisa.1. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n.4, p. 250-61, 1993.

MANO, R. **Considerações gerais sobre Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2013. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br>. Acesso em julho de 2015.

MEDEIROS, D. *et al.* **Imagem de Passos-MG**. Disponível em: <<http://www.deciomedeiros.com.br/genealogia/medeiros/Passos.GIF>> Acesso:23. mar. 16.

MION JR, L. K. *et al.* Hipertensão Arterial: abordagem geral. **Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia**. 2002. Disponível em: <http://www.projotodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/059.pdf> Acesso em: 18.jul.15.

MION JR., L. K. *et al.* **Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico**. J. Bras. Nefrol., v.17, n.4, p.229–236, 1996.

NAKAMOTO, A. Y. K. Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v.69, n 4, p.78-86, abr. 2012. Disponível em:<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009>. Acesso: 05. fev.16.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, V. 26, n. 2, p.179-184, 2013.

PIERIN, A. M. G.; STRELE, K. B., MION JR, M. N. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial**. Uma proposta para o cuidar. Barueri, São Paulo: Manole, 2004. p.274-289.

PINHEIRO, P. **Insuficiência Cardíaca: Causas e Sintomas**. MD. Saúde, jan. 2016. Disponível em <<<http://www.mdsaude.com/2009/02/insuficiencia-cardiaca.html>>> Acesso: 16.fev.16.

PINHEIRO, P. Hipertensão Arterial: Sintomas, causas e tratamento. MD. Saúde, Nov. 2015. Disponível em: < <http://www.mdsaude.com/2009/02/sintomas-e-tratamento-da-hipertensao.html>> Acesso: 03. Jan. 15

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS. **Departamento de Planejamento e de Gestão. 2015.** Disponível em: <www.passos.mg.gov.br.>. Acesso: 01. Mai.15.

SARAIVA, K. I. R. O. *et al.* **Processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, jan/mar. 2007, p. 63-70.

SCHMIDT, A.; PAZIN FILHO, A. E, MACIEL, B. C. **Medida indireta da pressão arterial sistêmica.** *Medicina, Ribeirão Preto*, 37: 240-245, jul./dez. 2004

SILVA, M. E. D. C. *et al.* As Representações Sociais de Mulheres portadoras de Hipertensão Arterial **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, vol.61, no.4, jul./ago. 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/17.pdf> Acesso: 01. Jun. 15

SILVA, M. E. D. C. **As Representações Sociais da Hipertensão Arterial Elaboradas por Portadoras e Profissionais de Saúde: Uma Contribuição para a Enfermagem.** Teresina, PIAUI, 2010. Disponível em: [http://www.leg.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Maria%20En%C3%B3ia%20Dantas%20da%20Costa%20e%20Silva%20\(Segura\).pdf](http://www.leg.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Maria%20En%C3%B3ia%20Dantas%20da%20Costa%20e%20Silva%20(Segura).pdf) Acesso: 01. Jun. 15

SILVA, J. L. L.; LIMA, R. P. Orientações quanto a Prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica e seus Agravos: alguns apontamentos. **Informe-se em Promoção da Saúde**, v.2, n.2. p.13-15, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA .SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGISTA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** vol.95, no.1, supl.1, São Paulo 2010 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001> Acesso: 13. Out.15

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **O que é hipertensão.** 2013. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>> Acesso: 14.ago.15

STRELEC, M. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JR, D. A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** v.81. São Paulo, SP. 2003. p. 343-348. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104002.pdf>. Acesso: 10.jul.15.

VIEIRA, F. H. **Reatividade pressórica em testes de estresse mental em indivíduos normotensos com hiper-atividade pressórica do teste ergométrico** [dissertação]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 1993.