

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

MARIA ISABEL BRAGA MALVEIRA

**O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARACANÃ IV**

MONTES CLAROS/MG
2013

MARIA ISABEL BRAGA MALVEIRA

**O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARACANÃ IV**

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.

Orientadora: Prof^a. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**MONTES CLAROS/MG
2013**

MARIA ISABEL BRAGA MALVEIRA

**O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARACANÃ IV**

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.

Orientadora: Prof^a. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- Orientadora

Prof^a. Dr^a Selme Silqueira de Matos –UFMG- Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 15 de fevereiro de 2014

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica de alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, as quais se configuram a principal causa de morte em nosso país e responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos elevados. A equipe de saúde elegeu a falta de controle da Hipertensão Arterial como problema prioritário da área de abrangência por ter constatado um sub diagnóstico dessa condição, pela falta de acompanhamento adequado dos pacientes e pela importância desse problema para a saúde pública. O presente estudo objetivou propor um plano de intervenção para obter o controle da hipertensão arterial dos hipertensos da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Maracanã IV, da cidade de Montes Claros, Minas Gerais. Primeiramente, fez-se pesquisa bibliográfica na base de dados do SciELO e no acervo da biblioteca virtual do NESCON, manuais, diretrizes, livros texto a partir dos descritores: hipertensão arterial, atenção primária à saúde e intervenção. Acreditando no potencial da Atenção Primária à Saúde, o plano de ação utilizou a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional com a finalidade de ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aos usuários. Isto será possível através da implantação de ações como diagnosticar precocemente e cadastrar os hipertensos, manter a população bem informada sobre o assunto, estratificar o risco cardiovascular de todos os usuários diagnosticados como hipertensos e organizar o serviço para melhor atender aos hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Atenção primária à saúde. Intervenção.

ABSTRACT

The Systemic Hypertension is a clinical condition of high prevalence and low control rates. It is considered one of the major modifiable risk factors for cardiovascular diseases, which have become the leading cause of death in our country and responsible for high frequency of hospitalizations, causing high costs. The health team elected to lack of control of Hypertension as a priority issue in the area covered by sub had observed a diagnosis of this condition, the lack of adequate monitoring of patients and the importance of this problem for public health. This study aimed to propose an action plan for the control of blood pressure of hypertensive patients the coverage area of the Health Strategy Family IV Maracanã, in the city of Montes Claros, Minas Gerais. First, there was literature in the SciELO database and virtual library NESCON, manuals, guidelines, textbooks from the library descriptors: hypertension, primary health care and intervention. Believing in the potential of Primary Health Care, the action plan following the methodology of Strategic Situational Planning in order to help the team improve its performance with users. This will be possible through the implementation of actions such as early diagnosis and registering hypertensive, keep well informed on the subject population, stratify the cardiovascular risk of all users diagnosed as hypertensive and organize the service to better serve hypertensive .

Keywords: Hypertension. Primary health care. Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS-	Agentes Comunitário de Saúde
CODEMIG-	Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-	Índice de Desenvolvimento Humano
IDEB-	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
NASF-	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PES-	Planejamento Estratégico Situacional
PIB-	Produto Interno Bruto
PNUD-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SIAB -	Sistema de Informações da Atenção Básica
UBS -	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medida casual no consultório para adultos com mais de 18 anos conforme VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão-----	16
Quadro 1- Priorização de problemas da área de abrangência ESF Maracanã IV -----	19
Quadro2-Proposta de ações para a motivação dos autores -----	23
Quadro 3 - Plano de Intervenção-----	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO DE LITERATURA	16
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

O município de Montes Claros localiza-se no norte de Minas Gerais e conta com uma população de 361.915 habitantes, com estimativa para 2012 de 370.216 habitantes. A zona urbana possui um número aproximado de 95567 famílias e 98540 domicílios e a zona rural apresenta 4746 famílias e 5473 domicílios. Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,783 de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/2000), sendo o 101º maior de todo o estado de Minas Gerais, 415º de toda Região Sudeste do Brasil e o 969º de todo país. A taxa de urbanização corresponde a 95,2%. A renda média familiar na zona urbana é de 931,59 por família, sendo 255 per capita. Em 2000; 92,77% dos domicílios eram atendidos pela rede geral de abastecimento de água; 90,04% das moradias possuíam lixo coletado por serviço de limpeza e 85,52% das residências possuíam rede geral de esgoto ou pluvial conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

O Produto Interno Bruto (PIB) de Montes Claros é o maior de sua microrregião, destacando-se na área de prestação de serviços. A agricultura é o setor menos relevante da economia de Montes Claros. A indústria, atualmente, é o segundo setor mais relevante para a economia do município. A cidade conta com um distrito industrial, composto por diversas empresas, que possui área de 5,2 milhões de metros quadrados e é administrado pela Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais (CODEMIG). O setor terciário configura-se como a maior fonte geradora do PIB montesclareense. Grande parte do valor do setor terciário vem do comércio.

Montes Claros apresenta densidade demográfica de 101,41 habitantes por km². Em relação à alfabetização, há 311.869 pessoas alfabetizadas e 50.046 pessoas não alfabetizadas. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Montes Claros era, no ano de 2009, de 4,85; valor acima ao das escolas municipais e estaduais de todo o Brasil, que é de 4,0%. O valor do IDH da educação era de 0,872 (classificado como elevado), enquanto o do Brasil é 0,849 (IBGE, 2010).

Montes Claros é pólo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Considerando o Plano de Regionalização de Minas Gerais (2006), a região assistencial está organizada territorialmente em 9 microrregiões, abrangendo 87 municípios e uma população de 1.609.862 habitantes. Montes Claros também é pólo microrregional

pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião.

O Programa de Agentes Comunitário de Saúde (ACS) foi implantado, inicialmente, no ano de 1996. Em 1999, deu-se início à Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade, do Hospital Universitário Clemente de Faria, sendo que neste ano foram criadas 16 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nos anos de 2000 a 2004 perpetuou-se a criação dessas equipes, chegando a cobrir mais de 50% do território no ano de 2009. Atualmente, conta-se com 59 unidades de ESF, 5 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dando apoio a 49 ESF. Em relação aos consultórios odontológicos tem-se: 15 nos centros de saúde, 25 nas escolas estaduais e Municipais, um na Cruz Vermelha e 45 em ESF.

Trabalho na equipe IV da ESF do Maracanã que abrange parte do bairro Maracanã e parte do bairro Alterosa no município de Montes Claros. A Unidade Básica de Saúde (UBS) localiza-se na Avenida Brasília, número 538, bairro Maracanã. Estão cadastradas atualmente 692 famílias e um total de 2530 habitantes.

No território do bairro Maracanã encontram-se escolas públicas e particulares, Unidade Básica de Saúde, consultórios odontológicos particulares, um laboratório, Igrejas Evangélicas e Católica, espaços sociais e institucionais, praça, quadra poliesportiva, unidades públicas intersetoriais e um comércio diversificado. Conta com serviços de transporte público coletivo, rede de telefonia fixa e móvel e coleta municipal de lixo. O meio de comunicação mais utilizado é a televisão.

Grande parte da comunidade não participa de grupos comunitários e os que participam se envolvem com grupos religiosos. A parte do bairro denominada de Alterosa, que é coberta pela ESF Maracanã IV, é uma área mais carente não é contemplada por linha de ônibus. Ainda possui inúmeras ruas sem asfalto, o que dificulta o acesso dos usuários, dos profissionais de saúde e demais habitantes. Apesar disso, o meio de transporte mais utilizado é o ônibus. A doença ou condição referida das pessoas mais prevalente é, de longe, a Hipertensão Arterial, seguida pela Doença de Chagas e Diabetes Mellitus.

Durante o período inicial de atuação na Equipe de Saúde da Família Maracanã IV e, após várias reuniões com a equipe e fechamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES), levantamos uma lista de problemas da área de abrangência. Diante de tantos problemas, decidiu-se pela priorização de alguns, na seguinte ordem: grande número de hipertensos mal controlados, fichas A desatualizadas, falta de um sistema de triagem no acolhimento aos pacientes,

estrutura física inadequada para comportar três equipes de saúde e grande número de tabagistas.

O problema relacionado ao grande número de hipertensos mal controlados foi escolhido como principal a ser trabalhado em virtude da grande prevalência e importância em nosso meio, da urgência dessa resolução para evitar suas consequências deletérias e do fato de a própria equipe de saúde ter capacidade para enfrentamento desse problema.

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um importante problema de saúde pública. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006a) A partir de inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos, chegou-se a uma taxa de prevalência da hipertensão arterial sistêmica acima de 30% , segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBC; SBH; SBN, 2010).

De acordo com dados do SIAB (2013), da minha área de abrangência no mês de abril de 2013 há um total de 2390 pessoas cadastradas e, aplicando a porcentagem da prevalência esperada, de 30%, teríamos em média 717 hipertensos. Entretanto, os dados revelam 269 hipertensos cadastrados, sendo que 231 são atualmente acompanhados. Isso mostra que há muitos hipertensos ainda não cadastrados, o que é corroborado pelas estatísticas dos meus atendimentos até o momento, em que constatei muitos hipertensos ainda não cadastrados e muitos nem sequer diagnosticados. Pela análise dos prontuários de alguns hipertensos até o momento, nenhum deles teve seu risco cardiovascular estratificado.

O fato de haver grande número de hipertensos mal controlados pode ser justificado por vários fatores, muitos deles interligados. Um hipertenso é mal controlado primeiramente por não ser identificado, não ter sido diagnosticado adequadamente, não ter sido cadastrado. Sendo assim, esse paciente não tem contato com o serviço de saúde, não é examinado, não faz uso de medicação ou o faz incorretamente e não é submetido exames de rastreamento. A dificuldade de se conseguir uma consulta médica e retornos periódicos leva à perda da continuidade do acompanhamento. Outra causa seria a falta de informação sobre a doença, a importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida incluindo alimentação apropriada e atividade física.

Após análise dessa situação, a equipe de saúde selecionou os chamados “nós críticos”, ou seja, um tipo de causa de um problema que, quando "atacada" é capaz de

impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo, conforme apresentado no Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) Dentre esses foram selecionados: processo de trabalho da equipe de saúde; informação da população; estratificação de risco cardiovascular e organização do serviço de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica é um importante problema de saúde pública, apresentando alta taxa de prevalência em todo o mundo, o que também é observado na área de abrangência da ESF Maracanã IV. Dados do SIAB (2013) apontam uma prevalência média de 11% de hipertensos cadastrados, o que não está em concordância com a prevalência mundial de 30%. Isso chama a atenção para o fato de não estar havendo um diagnóstico correto nem cadastramento adequado dos usuários hipertensos. A hipertensão é um fator de risco modificável para doenças cerebrovasculares e, por isso, deve ser continuamente controlada para evitar consequências deletérias tais como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio.

No território que abrange a ESF Maracanã IV, observam-se muitos hipertensos descontrolados, sem acompanhamento adequado, mal informados, muitos ainda nem identificados. O acompanhamento não é feito de forma sistematizada, a maioria dos pacientes nunca tiveram seus riscos cardiovasculares estratificados E não há grupos operativos organizados.

Muitas ações podem ser feitas no âmbito da Atenção Primária a fim de diminuir a morbidade e mortalidade relacionada à Hipertensão Arterial Sistêmica. Todos esses fatores motivaram a realização deste estudo e um plano de intervenção para a busca de solução de tal problema.

3 OBJETIVOS

3.1.Objetivo geral:

Propor um plano de intervenção para obter o controle da hipertensão arterial dos hipertensos da área de abrangência da ESF Maracanã IV.

3.2.Objetivos específicos:

Realizar revisão de literatura para subsidiar a elaboração de um plano de intervenção com vistas ao controle dos hipertensos da área de abrangência da ESF Maracanã IV;

Diagnosticar e cadastrar todos os hipertensos da área de abrangência;

Informar a população sobre a hipertensão arterial sistêmica;

Estratificar o risco cardiovascular de todos os hipertensos da área;

Reorganizar o serviço para melhor atender os hipertensos da área.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), sendo utilizada a metodologia da Estimativa Rápida para se chegar aos problemas enfrentados pela comunidade. Foram realizadas entrevistas com informantes-chaves, indicados pelos agentes comunitários de saúde (ACS), sendo abordados temas como: história da comunidade, aspectos sociais e econômicos, principais problemas de saúde, perfil de mortalidade e atividades de cultura e lazer. Foram devidamente respeitados os critérios éticos nas entrevistas.

Foi realizada também uma observação ativa da área, tanto nos momentos de ida ao território para as entrevistas, quanto durante as visitas domiciliares. Foi feita ainda uma coleta de dados a partir das fichas A dos ACS, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), notificações epidemiológicas e relatório de produção mensal da equipe.

Foram estabelecidos os problemas mais importantes para a comunidade naquele momento, sendo priorizado um deles, a Hipertensão Arterial Sistêmica. A partir daí, foram definidos os nós críticos do problema selecionado e, para cada um foram identificados resultados e produtos esperados assim como os recursos necessários em todas as situações. Posteriormente, foram definidos os atores que controlam cada um dos recursos críticos selecionado se o prazo para que isso ocorra. Por fim, definiu-se o plano operativo, com a eleição de responsáveis por cada uma das operações e o estabelecimento de prazos para execução das mesmas.

Após a priorização do problema, foi feita uma revisão de literatura sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica, com pesquisa bibliográfica, do tipo revisão narrativa, considerando as revistas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO) bem como no acervo da biblioteca virtual do NESCON, manuais, diretrizes, livros texto e materiais oferecidos no Curso de Especialização em Atenção Básica disponibilizados na Plataforma Ágora dados pesquisados nos registros da própria Unidade Básica de Saúde.

A pesquisa na BVS se utilizou dos descritores: Hipertensão Arterial, Atenção Primária à Saúde e Intervenção.

A partir do que foi citado, foi possível a realização de um plano de intervenção para os pacientes atendidos pela ESF Maracanã IV.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se muitas vezes a alterações dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É considerado o principal fator de risco para complicações tais como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica. Dados estatísticos revelam que, no Brasil, a prevalência geral é de 35,8 % nos homens e 30 % nas mulheres, semelhante à de outros países. Um total de 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (SBC; SBH; SBN, 2010).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em todo o mundo, sendo que cada vez mais pessoas morrem anualmente dessas doenças em relação a qualquer outra causa e, no Brasil, são a primeira causa de morbimortalidade em adultos. Destaca-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica, ao mesmo tempo em que é uma doença cardiovascular, multiplica o risco para adquirir outras doenças cardiovasculares (SILVA, CADE, MOLINA, 2012). A mortalidade por doenças cardiovasculares aumenta com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SBC; SBH; SBN, 2010).

A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. Considera-se com o hipertenso aquele com pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006a). O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, sem condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões (SBC; SBH; SBN, 2010).

Tabela 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99

Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Observação: Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010).

Os procedimentos de medida da pressão arterial são simples e de fácil realização, mas nem sempre são realizados de forma adequada. É necessário haver o preparo adequado do paciente, uso de técnica padronizada e de equipamentos calibrados. A aferição pode ser realizada pelo método indireto com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide devidamente calibrados, ou com técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados (SBC; SBH; SBN, 2010).

Muitos estudos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SBC; SBH; SBN, 2010). Por ser geralmente assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado e a adesão ao tratamento é menor que a esperada, o que determina um controle muito baixo da Hipertensão Arterial Sistêmica em todo o mundo (BRASIL, 2006a).

De acordo com o Ministério da Saúde, deve-se considerar no diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. Na avaliação do paciente hipertenso, a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo. A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada pelo cálculo do escore de Framingham (BRASIL, 2006a). Trata-se de conhecimento importante a ser aplicado pelas equipes da estratégia de saúde da família, pois conhecer o risco coronariano dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica pode auxiliar no planejamento e na avaliação das ações de saúde, melhor direcionando os planos de cuidados a esses portadores e melhor definindo os intervalos de vigilância e a intensificação das ações de saúde (SILVA, CADE, MOLINA 2012).

O controle da Hipertensão Arterial Sistêmica depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Estima-se que apenas um terço das pessoas acompanhadas em serviços

de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis adequados, e isso é justificado pela insuficiente adesão às mudanças nos hábitos de vida. Estudos revelam uma redução estatisticamente significativa nos valores das pressões arteriais naqueles que adotaram tais mudanças. Os grupos operativos se configuram como uma ferramenta positiva nesse contexto, incentivando a adequação de alguns comportamentos, o que promove melhoria dos níveis pressóricos (OLIVEIRA et al., 2013).

O desafio do controle da Hipertensão Arterial Sistêmica é da Atenção Básica, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que conta com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho inclui vínculo com a comunidade, favorecendo as ações de prevenção e promoção de saúde. É importante registrar que a adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis exige (BRASIL, 2006b). As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e, dessa forma, possibilitam as discussões e orientações quanto a adoção de mudanças no estilo de vida (OLIVEIRA et al., 2013).

A equipe multiprofissional pode ser formada por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma síndrome multifatorial, contar com uma equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável sempre que possível (SBC; SBH; SBN, 2010).

A implementação de medidas de prevenção no manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica representa um desafio para os profissionais e gestores de saúde. No Brasil, aproximadamente 75% da assistência à saúde da população é feita pelo Sistema Único de Saúde, enquanto que o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser consideradas metas prioritárias dos profissionais de saúde (SBC; SBH; SBN, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após o estudo bibliográfico sobre a hipertensão arterial sistêmica, a sistematização de conceitos e discussões com a equipe de saúde foi possível a elaboração de um projeto de intervenção para os usuários hipertensos da ESF Maracanã IV. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, de acordo com os 10 passos a seguir.

6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

Por meio da Estimativa Rápida, foi possível identificar os principais problemas da área de abrangência da ESF Maracanã IV:

Grande número de hipertensos mal controlados

Fichas A desatualizadas

Falta de um sistema de triagem no acolhimento aos pacientes

Estrutura física inadequada para comportar 3 equipes de saúde

Grande número de tabagistas

6.2 Segundo passo: priorização de problemas

Após a identificação dos problemas foi necessário priorizar um deles, pois dificilmente todos poderiam ser solucionados ao mesmo tempo. Como critérios para a priorização considerou-se a importância do problema, sua urgência e capacidade para enfrentamento, conforme descrito no quadro 1:

Quadro 1: Priorização de problemas da área de abrangência ESF Maracanã IV

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Grande número de hipertensos mal controlados	Alta	7	Parcial	1
Fichas A desatualizadas	Alta	3	Parcial	5
Falta de um sistema de triagem no acolhimento aos	Alta	5	Fora	3

pacientes				
Estrutura física inadequada para comportar 3 equipes de saúde	Alta	5	Fora	2
Grande número de tabagistas	Alta	4	Parcial	4

6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um importante problema de saúde pública. A partir de inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos, chegou-se a uma taxa de prevalência da hipertensão arterial sistêmica acima de 30%. De acordo com dados do SIAB da minha área de abrangência do mês de Abril de 2013 há um total de 2390 pessoas cadastradas e, aplicando a porcentagem da prevalência esperada, teríamos em média 717 hipertensos. Entretanto os dados revelam 269 hipertensos cadastrados, sendo que 231 são atualmente acompanhados. Isso mostra que há muitos hipertensos ainda não cadastrados, o que é corroborado pelas estatísticas dos meus atendimentos até o momento, em que constatei muitos hipertensos ainda não cadastrados e muitos nem sequer diagnosticados. Pela análise dos prontuários de alguns hipertensos até o momento, nenhum deles teve seu risco cardiovascular estratificado.

6.4 Quarto passo: explicação do problema

O fato de haver grande número de hipertensos mal controlados pode ser justificado por vários fatores, muitos deles interligados. Um hipertenso é mal controlado primeiramente por não ser identificado, não ter sido diagnosticado adequadamente, não ter sido cadastrado. Sendo assim, esse paciente não tem contato com o serviço de saúde, não é examinado, não faz uso de medicação ou faz incorretamente, não é submetido exames de rastreamento. A dificuldade de se conseguir uma consulta médica e retornos periódicos leva à perda da continuidade do acompanhamento. Outra causa seria a falta de informação sobre a doença, a importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida incluindo alimentação apropriada e atividade física.

6.5 Quinto passo: seleção dos nós críticos

O nó crítico é definido como um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de gerar impacto no problema e transformá-lo. Dentre esses foram selecionados:

Processo de trabalho da equipe de saúde;

Informação da população;

Estratificação de risco cardiovascular;

Organização do serviço de saúde

6.6 Sexto passo: desenho das operações

Foi realizado o desenho das operações para os “nós críticos” do problema, com a identificação dos produtos e resultados e recursos necessários para a concretização de cada item.

Processo de trabalho da equipe de saúde: aprimorar o processo de trabalho da equipe de saúde no sentido de identificar os hipertensos que fazem parte de área de atuação. Importante realizar aferição da pressão arterial em todas as consultas médicas, treinamento para técnica correta de aferição da pressão arterial busca ativa dos hipertensos não acompanhados, cadastramento de todos os hipertensos e atualização dos que já estão cadastrados

Informação da população: a informar da população sobre a hipertensão arterial sistêmica através da organização de grupos operativos pelos integrantes da equipe. Tais grupos devem utilizar recursos interativos, dinâmicas, multimídia para chamar a atenção dos pacientes, ouvir o que eles sabem a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para melhor adesão ao tratamento. Realizar os grupos operativos com datas fixas a cada 15 dias, palestras fora da UBS sobre os temas mais questionados.

Estratificação de risco cardiovascular: Todo hipertenso deve ter seu risco cardiovascular estratificado a fim de que aqueles com risco aumentado tenha um seguimento mais rigoroso e retornos mais frequentes. Aplicar o escore de Framingham a todos os hipertensos uma vez por ano em consulta individual.

Organização do serviço de saúde: organizar o serviço de saúde para melhor atender os hipertensos para que eles tenham facilidade de acesso ao serviço. Facilitar marcação de consultas e retornos, tendo um turno por semana para atender apenas hipertensos, com horário marcado e maior tempo disponibilizado para consulta, garantir retorno no tempo adequado sem necessitar de pegar filas, cobrar do gestor sobre medicações anti-hipertensivas em falta.

6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Processo de trabalho da equipe de saúde:

Cognitivo: saber reconhecer um hipertenso e se está controlado ou não

Organizacional: cadastrar todos os hipertensos

Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

Informação da população:

Cognitivo: conhecimento sobre o tema e formas de transmitir tal conhecimento;

Organizacional: organizar grupos operativos com os hipertensos

Financeiro: adquirir recursos de multimídia, folhetos informativos

Político: articulação intersetorial com o setor de educação

Estratificação de risco cardiovascular:

Cognitivo: conhecimento sobre o escore de framinghan e como aplica-lo Organizacional: fazer busca ativa dos hipertensos, separar um turno de atendimento para realizar a estratificação

Financeiro: providenciar tabelas impressas do escore para anexar ao prontuário dos pacientes

Organização do serviço de saúde

Cognitivo: elaboração do projeto de adequação

Financeiro: aumento da oferta de exames, medicamentos, consultas

Político: recursos para melhor estruturação do serviço

Organizacional: padronizar a oferta de serviço

6.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Quadro 2: Proposta de ações para a motivação dos autores

Operações/projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Identificar os hipertensos	<p>Cognitivo: saber reconhecer um hipertenso e se está controlado ou não</p> <p>Organizacional: cadastrar todos os hipertensos</p> <p>Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p>	Secretaria da educação Secretário de saúde	Favorável Favorável	Apresentar o projeto
Informar a população sobre a hipertensão	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e formas de transmitir tal conhecimento</p> <p>Organizacional: organizar grupos operativos com os hipertensos</p> <p>Financeiro:</p>	Secretário de saúde Setor de comunicação social Secretaria de educação	Favorável Favorável Favorável	Não é necessária

	<p>adquirir recursos de multimídia, folhetos informativos</p> <p>Político: articulação intersetorial com o setor de educação</p>			
<p>Estratificar o risco cardiovascular de todos os hipertensos da área</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o escore de framingham e como aplicá-lo</p> <p>Organizacional: fazer busca ativa dos hipertensos, separar um turno de atendimento para realizar a estratificação</p> <p>Financeiro: tabelas impressas do escore para anexar ao prontuário dos pacientes</p>	<p>Secretário de saúde</p>	<p>favorável</p>	<p>Não é necessária</p>

Organizar o serviço de saúde para melhor atender os hipertensos	<p>Cognitivo: elaboração do projeto de adequação</p> <p>Financeiro: aumento da oferta de exames, medicamentos, consultas</p> <p>Político: recursos para melhor estruturação do serviço</p> <p>Organizacional: padronizar a oferta de serviços</p>	<p>Prefeito Municipal Secretário de saúde</p> <p>Fundo nacional de saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	Apresentar o projeto
-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	----------------------

6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

Quadro 3- Plano de Intervenção

Operações/projetos	Resultados	Produtos	Responsáveis	Prazo
Identificar os hipertensos	Ter todos os hipertensos da área de abrangência reconhecidos e cadastrados	Realizar aferição da pressão arterial em todas as consultas médicas, treinamento para técnica correta de aferição da pressão arterial busca ativa	Agentes comunitários de saúde, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem	4 meses

		dos hipertensos não acompanhados, cadastramento de todos os hipertensos e atualização dos que já estão cadastrados.		
Informar a população sobre a hipertensão	População mais bem informada sobre sua condição de saúde	Grupos operativos com datas fixas a cada 15 dias, palestras fora da UBS sobre os temas mais questionados, material didático para distribuir para as famílias	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem	Apresentar o projeto em 1 mês.
Estratificar o risco cardiovascular de todos os hipertensos da área	Seguimento mais rigoroso e retornos mais frequentes daqueles com risco aumentado	Aplicar o escore de Framingham a todos os hipertensos uma vez por ano em consulta individual	Médico, Enfermeiro	6 meses
Organizar o serviço de saúde para melhor atender os hipertensos	Facilitar o acesso ao serviço de saúde pelos hipertensos	Facilitar marcação de consultas e retornos, tendo um turno por semana para atender apenas hipertensos, com horário marcado e maior tempo disponibilizado para consulta, garantir retorno no tempo	Coordenador da Atenção Básica em Saúde, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem.	Apresentar o projeto em 2 meses. Prazo: 3 meses

		adequado sem necessitar de pegar filas, cobrar do gestor sobre medicações anti-hipertensivas em falta		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

6.10 Décimo passo: gestão do plano

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais fixas e reuniões extras sempre que alguém perceber algum problema ou tiver alguma idéia diferente. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos em menor tempo possível. Deve ser observado se os prazos estão sendo cumpridos e se os integrantes da equipe estão participando da forma como foi determinado. Importante também realizar reuniões com a população para saber se estão satisfeitas com as mudanças e se apresentam alguma sugestão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espero que este Plano de Intervenção possibilite trazer uma redução da morbidade e mortalidade relacionada aos hipertensos da ESF Maracanã IV e melhora na qualidade de vida dos mesmos. Acredito que a própria equipe de saúde será beneficiada por melhorar seu trabalho, sua relação com os usuários e por uma facilitação no manejo dos casos mais complicados.

Durante as etapas de elaboração do projeto, a equipe pôde realizar um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência da ESF Maracanã IV e refletir sobre como seu processo de trabalho pode ser melhorado a fim de buscar uma solução para tais problemas.

O grande número de hipertensos mal controlados foi eleito para este Plano de Intervenção, o que deve servir de modelo para a equipe realizar outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados.

A utilização do Planejamento Estratégico Situacional permitiu a formulação de propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem resolutivas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica nº.15. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** - Brasília: Ministério da Saúde, - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).2006b.

SILVA, Viviane Rassele., CADE, Nagela Valadão.; MOLINA, Maria Del Carmen Bisi. Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 4, p.439-44. out/dez. 2012.

OLIVEIRA, Thatiane Lopes. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso no tratamento da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n.2, p.179-84. 2013

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <[http:// www.scielobr.com.br](http://www.scielobr.com.br)>. Acesso em: 24 dez. 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: SBC; SBH; SBN, 2010. Disponível em <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>> Acesso em: 14 dez. 2011.