

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DIÓGENES DIAS TEIXEIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO CONTROLE DA
PRESSÃO ARTERIAL NOS PACIENTES HIPERTENSOS DO PSF
SANTO ANTÔNIO – MARIANA/MG**

**BELO HORIZONTE / MG
2015**

DIÓGENES DIAS TEIXEIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO CONTROLE DA
PRESSÃO ARTERIAL NOS PACIENTES HIPERTENSOS DO PSF
SANTO ANTÔNIO – MARIANA/MG**

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

Orientadora: Profa. Me. Emiliane Silva Santiago.

BELO HORIZONTE / MG
2015

DIÓGENES DIAS TEIXEIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO CONTROLE DA
PRESSÃO ARTERIAL NOS PACIENTES HIPERTENSOS DO PSF
SANTO ANTÔNIO – MARIANA/MG**

Banca Examinadora:

Examinador 1 – Prof^a. Me. Emiliane Silva Santiago – Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Orientadora)

Examinador 2 – Prof^a. Dr^a. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2015.

RESUMO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de óbitos em grande parte do mundo, além de gerar grandes prejuízos à qualidade de vida, devido à morbidade causada pelos eventos não fatais. Geram custos médicos e sociais de grande vulto. A hipertensão arterial sistêmica é considerada o principal fator de risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e doença renal terminal. A partir desse dado, considerando a elevada prevalência da hipertensão arterial em nível mundial, associado a baixos índices de controle, torna-se um sério problema de saúde pública. A adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso considerado fator primordial para o controle dos níveis tensionais, não apresenta índices que gostaríamos de observar. É exatamente a não adesão ao tratamento proposto a principal causa do descontrole dos níveis tensionais pelos pacientes hipertensos. O fato de a hipertensão arterial sistêmica ser uma doença crônica e assintomática dificulta a plena adesão dos pacientes. Assim, são necessários esforços adicionais pelo sistema de saúde no intuito de conscientizar os usuários da importância do tratamento e das mudanças dos hábitos de vida que auxiliam no controle da patologia. A atenção básica de saúde deve considerar o controle da pressão arterial dos seus usuários como uma das prioridades. Diante desse contexto, a proposta de intervenção sobre a realidade atual do controle dos pacientes hipertensos foi considerada justificável pela equipe de saúde da família do PSF Santo Antônio em Mariana/MG, através da busca de propostas que visam melhorar o controle da doença.

DESCRITORES: Hipertensão, cooperação do paciente, terapêutica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema controle inadequado da pressão arterial	24
Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema controle inadequado da pressão arterial	26
Quadro 3: Análise de viabilidade e ações estratégicas	27
Quadro 4: Plano Operativo	29
Quadro 5: Acompanhamento do plano operativo	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)	17
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PSF – Programa Saúde da Família

CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

PA – Pressão arterial

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

SciELO – Scientific Electronic Library Online

UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

IMC – Índice de Massa Corporal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO DA LITERATURA	16
6 PLANO DE AÇÃO.....	20
6.1 Priorização do Problema	20
6.2 Descrição do Problema	21
6.3 Explicação do Problema	22
6.4 Nós Críticos do Problema	23
6.5 Desenho das Operações	24
6.6 Recursos Críticos	26
6.7 Análise da Viabilidade do Plano Operativo	27
6.8 Plano Operativo	29
6.9 Gestão do Plano	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Mariana é uma cidade que se encontra a 110 Km da capital do estado, Belo Horizonte, e há cerca de 12Km de Ouro Preto. Trata-se de uma cidade mineira que se destaca no cenário histórico. É uma das cidades mais importantes do Circuito do Ouro e do Circuito Estrada Real. Sua história se inicia em Julho de 1696, quando bandeirantes paulistas encontraram ouro nas margens do Ribeirão do Carmo. Nas margens desse rio deu-se início ao arraial do Carmo. A região tornou-se uma das principais fornecedoras de ouro para Portugal. Tornou-se a primeira vila da Capitania de São Paulo e Minas de Ouro. Foi elevada à cidade em 1711 e recebeu o nome de Mariana, em homenagem à rainha Maria Ana D'Áustria, esposa do então rei de Portugal, D. João V. Foi sede do primeiro bispado mineiro e também a primeira cidade planejada do estado de Minas. Na cidade nasceram personagens importantes, dentre eles o inconfidente Cláudio Manuel da Costa, o pintor sacro Manuel da Costa Ataíde e o autor do poema "Caramuru" Frei Santa Rita Durão. Em 1945, recebeu o título de Monumento Nacional, pelo então presidente Getúlio Vargas. A principal atividade econômica, que gera emprego e renda ao município, é a extração de minério de ferro (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA, s/d). A estimativa para a população da cidade de Mariana em 2014 é de 58.233 habitantes (IBGE, 2014).

Em relação à Estratégia de Saúde da Família, no município são ao todo 13 equipes distribuídas nos bairros e distritos. As unidades básicas de saúde, assim como os locais de pronto atendimento são as principais portas de entrada dos usuários no município. Além das unidades básicas de saúde, há a Previne – clínica de especialidades médicas da prefeitura; Policlínica central – pronto atendimento de segunda a sexta de sete à meia-noite e sábado de 7 às 19 horas; Hospital Monsenhor Horta – pronto atendimento, internações e centro semi-intensivo.

A unidade básica de saúde onde está inserido o PSF Santo Antônio em Mariana tem bom acesso, ruas asfaltadas, boa localização dentro do bairro. A unidade funciona de segunda a sexta, de 07 às 17 horas.

Segundo dados fornecidos pela secretaria municipal de saúde de Mariana/MG, através do Consolidado de famílias cadastradas do ano de 2014, a população adscrita ao PSF Santo Antônio é composta de 550 famílias cadastradas, totalizando 1.965 habitantes cadastrados. Em relação ao nível de alfabetização,

considerando os indivíduos com 15 ou mais anos de idade, de um total de 1477 pessoas, há 1400 alfabetizados, resultando numa porcentagem de 94,79% de alfabetização considerando essa faixa etária.

Ainda segundo dados fornecidos pela secretaria municipal de saúde de Mariana/MG, através do Consolidado de famílias cadastradas do ano de 2014, 99,82% das famílias adscritas ao PSF Santo Antônio moram em casa de tijolo/adobe. Em relação à educação, 97,13% das pessoas entre 7 a 14 anos frequentam escola. Entre os indivíduos adscritos, 12,06% são cobertos com plano de saúde. Em relação ao abastecimento de água 86,36% são atendidas pela rede pública. Em relação ao destino do lixo, 549 famílias (99,82%) utilizam a coleta pública de lixo, enquanto uma família (0,18%) utiliza céu aberto. Em relação ao destino da excretas (fezes/urina), 547 famílias (99,45%) utilizam o sistema de esgoto, 01 família (0,18%) utiliza fossa e 02 famílias (0,36%) destinam as fezes/urina a céu aberto. Em relação a energia elétrica, 549 famílias, ou seja, 99,82% tem o fornecimento domiciliar.

A comunidade do bairro Santo Antônio não possui hospital, clínicas ou laboratórios. Possui uma escola municipal chamada Escola Municipal Wilson Pimenta Ferreira, onde estudam cerca de 400 alunos. Além disso, há a Creche do bairro Santo Antônio (CMEI Santo Antônio), onde funciona a educação infantil – creche e pré-escola. No bairro há o templo mais antigo de Mariana, onde foi celebrada a primeira missa da cidade, a Capela de Santo Antônio.

No bairro não há agência dos correios ou bancária. A luz elétrica está presente em praticamente 100% das moradias. A maioria das casas recebe abastecimento de água pela rede pública (quase 90%). O serviço de telefonia é oferecido no bairro, seja telefonia fixa ou móvel.

A unidade conta com 20 funcionários: 01 médico clínico geral (bolsista pelo PROVAB – 32h/semana); 01 enfermeira (40h/semana); 2 técnicas de enfermagem (40h/semana); 6 ACS (agentes comunitários de saúde – 40h/semana); 1 nutricionista (18h/semana); 01 médico ginecologista/obstetra (2h/semana); 01 gerente de UBS (40h/semana); 1 cirurgião dentista (20h /semana); 1 auxiliar de saúde bucal (20h/semana); 1 médico psiquiatra (2h/semana); 1 psicóloga (8h/semana); 2 recepcionistas (40h/semana); 2 serventes de saúde (40h/semana). Na unidade há aulas práticas do ciclo ambulatorial de clínica médica e pediatria do curso de medicina da UFOP.

Em termos de estrutura, a unidade conta com uma boa área e estrutura física com sala de espera para pacientes e acompanhantes, sanitários, sala de reunião e educação, recepção, sala de guarda de medicamentos, sala de coleta de materiais, sala de vacinação, 3 salas de atendimento multiprofissional, sala de ginecologia, sala de compressor, sala de escovário, sala de consultório odontológico, sala de agentes de saúde, vestiários de funcionários, copa, sala de equipamentos, sala de apoio à epidemiologia, almoxarifado, sala de guarda de material esterilizado, sala de esterilização, sala de cuidados básicos, sala de curativos.

Em termos epidemiológicos, segundo dados fornecidos pela secretaria municipal de saúde de Mariana/MG, através do Consolidado de famílias cadastradas do ano de 2014, referentes à população adscrita à unidade, temos 219 casos de hipertensão arterial sistêmica, 57 casos de diabetes.

Nesse contexto, durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, o módulo de “Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) propôs a realização do Diagnóstico Situacional, para apontar o problema mais relevante para equipe e comunidade, objetivando a proposição de um plano de intervenção na tentativa de melhoria do problema.

Para a realização do Diagnóstico Situacional pela equipe, a escolha do problema de maior relevância foi feita através do método de Estimativa rápida. Essa forma de obter informações consiste em examinar registros, entrevistar informantes-chaves e fazer observações ativas sobre as condições da comunidade que se procura estudar, sendo assim, um método para a construção do diagnóstico de saúde do território (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a priorização dos problemas foi levado em consideração a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento do mesmo. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional, a equipe indicou o controle inadequado da pressão arterial nos pacientes hipertensos, como o principal problema a ser enfrentado. Foi observado considerável número de casos de pacientes hipertensos mal controlados, durante a atividade da equipe de saúde, inclusive com a necessidade de permanência de pacientes na unidade para medicação e observação devido aos altos níveis tensionais, o que levou a preocupação para o tema.

A hipertensão arterial (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis persistentemente elevados da pressão arterial. Está geralmente associada

a alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo, além de alterações metabólicas, levando ao aumento do risco de eventos cardiovasculares. A HAS é considerada um dos principais problemas de saúde pública. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Dado relevante é que o aumento da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg aumenta de forma linear, contínua e independente a mortalidade por doença cardiovascular, que tem sido a principal causa de óbitos no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A prevalência média de HAS no Brasil gira em torno de 32,5%, e na população entre 60 e 69 anos, a prevalência é superior a 50% e é maior que 75% nos indivíduos maiores de 70 anos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em 2007 foram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (MALTA et al. 2009, apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O enfrentamento desse sério problema de saúde pública deve ser uma prioridade e, segundo a SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010), para se conseguir a redução dos eventos cardiovasculares é de suma importância a detecção, o tratamento e o controle da HAS.

A partir desses dados pode-se inferir a necessidade de um olhar especial sobre esse importante problema de saúde pública, principalmente ao observarmos dados como os apresentados por Rosário et al. (2009) onde apenas 19,6% dos quase 15.000 indivíduos avaliados em estudo populacional com pressão sistólica \geq 140mmHg e/ou pressão diastólica \geq 90mmHg faziam controle da PA.

Outro dado relevante a ser notado é que parcela significativa dos pacientes hipertensos possui comorbidades como diabetes e dislipidemia (BRASIL, 2006). Essa associação acelera o processo de aterosclerose dos vasos e aumenta o risco cardiovascular.

Dentro do contexto da atenção básica, a falta de controle dos hipertensos leva a uma série de percalços, desde aumento da morbimortalidade cardiovascular até a desmotivação da equipe, além do aumento da demanda para referência a atendimento especializado devido a deterioração de órgãos-alvo. Em termos de saúde pública, gera o aumento dos gastos com saúde, seja com internações, procedimentos e atendimentos especializados.

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho se justifica pelo fato de que medidas que levem ao melhor controle da pressão arterial nos indivíduos hipertensos levarão a ganhos individuais e para a coletividade, na medida em que reduzem o risco de consequências cardiovasculares que o descontrole da pressão arterial pode levar, sobretudo em longo prazo, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

A hipertensão é uma das doenças mais prevalentes, e vem sendo observada uma tendência ao incremento do número de casos. Além disso, observa-se que a mesma vem causando grande ônus para os indivíduos, família e sociedade. Suas consequências levam a grave morbidade e alta mortalidade, impactando tanto no sistema de saúde, quanto no sistema previdenciário e produtividade em geral. É um dos principais problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Dentre os problemas levantados na comunidade, a equipe de saúde demonstrou maior preocupação com o controle inadequado da pressão arterial nos pacientes hipertensos, devido às consequências já comentadas anteriormente e pela viabilidade da intervenção junto aos usuários.

Com isso, esse estudo tem relevância e é justificável, na medida em que almeja implantação de medidas na tentativa de melhorar o controle dos níveis pressóricos dos indivíduos hipertensos na população adscrita, levando a redução de complicações futuras advindas do controle inadequado da patologia em questão.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção com objetivo de melhorar o controle dos níveis pressóricos nos usuários hipertensos residentes na área de abrangência do PSF Santo Antônio em Mariana/MG.

3.2 Objetivos específicos:

- Diminuição do sedentarismo
- Adequação da dieta
- Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a doença.

4 METODOLOGIA

O trabalho enfoca a questão do controle inadequado da pressão arterial nos usuários hipertensos da população adscrita ao Programa Saúde da Família (PSF) Santo Antônio em Mariana/MG. A proposta é realizar um projeto de intervenção através de um plano de ação para a melhoria dessa realidade.

Conforme o módulo de “Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) foi realizado o Diagnóstico Situacional, com o objetivo de apontar o problema mais relevante para equipe e comunidade. Para tanto, a escolha do problema de maior relevância foi feita através do método de Estimativa rápida, que é um método para a elaboração do diagnóstico de saúde do território (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi elencada, uma série de problemas constatados no atendimento à saúde da população adscrita na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no bairro Santo Antônio no município de Mariana/MG. Através da construção de uma planilha, foram analisados os principais problemas levantados, avaliando qual é o problema prioritário a partir de critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Dentre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional, a equipe indicou o controle inadequado da pressão arterial nos pacientes hipertensos, como o principal problema a ser enfrentado. Foi observado considerável número de casos de pacientes hipertensos mal controlados, aproximadamente a metade deles. Houve inclusive a necessidade de permanência de alguns pacientes na unidade para medicação e observação devido aos altos níveis tensionais, o que despertou atenção adicional para o tema.

Foi realizado levantamento da literatura na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), através dos descritores: hipertensão, cooperação do paciente, tratamento; na Scientific Electronic Library Online (SciELO), através das palavras-chave: hipertensão, adesão, tratamento; além de edições do Ministério da Saúde, e outras fontes.

O plano de ação foi desenhado a partir dos passos descritos no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Como será apontado no plano operativo, serão usados, como procedimentos metodológicos, reuniões grupais e folders para o enfrentamento do controle inadequado da HAS.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A HAS é uma condição clínica caracterizada pelos níveis tensionais persistentemente elevados, ou seja, $\geq 140/90$ mmHg. Associa-se a geralmente a alterações estruturais e funcionais dos órgãos-alvo, como rins, cérebro, coração, vasos sanguíneos, além de alterações metabólicas, culminando com o aumento do risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é a mais frequente doença cardiovascular e é também o principal fator de risco para infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

Tem elevada prevalência e baixas taxas de controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). No nosso país cerca de 35% da população acima de 40 anos possui HAS (BRASIL, 2006).

Um fator não modificável que influencia grandemente a prevalência da HAS na população é a idade. A pressão arterial aumenta com o avançar da idade (CESARINO et al, 2008). Estudos apontaram prevalência média de 32,5%. Já a prevalência em idosos é superior a 50%, chegando a 75% nos pacientes acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por grande número de internações, levando a elevados custos médicos e socioeconômicos além de ser a principal causa de morte no Brasil. Em 2007, foram responsáveis por 308.466 óbitos no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A elevação da PA foi responsável por cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo em 2001 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em dezembro de 2013, no Brasil, houve 91.047 internações por doença cardiovascular, gerando um custo de R\$ 207.157.258,59. Desse total de internações, foram 45.664 internações de pacientes do sexo masculino e 45.383 do sexo feminino, o que mostra equilíbrio no número de internações por doenças cardiovasculares em ambos os sexos. O número de óbitos devido a doenças do aparelho circulatório no mesmo período foi de 6.744 (MS, 2014).

São considerados fatores de risco para HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010):

- Idade, existindo relação direta e linear com a PA;
- Etnia, sendo duas vezes mais prevalente em não brancos;
- Excesso de peso e obesidade;
- Ingestão excessiva de sal;
- Consumo excessivo de álcool;
- Sedentarismo;
- Genética

A pressão arterial é classificada, nos indivíduos acima de 18 anos, conforme medida casual no consultório, conforme tabela abaixo:

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 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

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

A não adesão ao tratamento proposto é a principal causa do não controle dos níveis pressóricos nos pacientes hipertensos (BASTOS-BARBOSA et al., 2012). E esse fator de risco para o baixo controle da PA geralmente não é reconhecido (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012). Dados mostram que a estimativa para a adesão ao tratamento medicamentoso, que é definido como o uso correto de 80% da medicação, gira em torno de 50%, e é ainda menor quanto às medidas não medicamentosas (BASTOS-BARBOSA et al., 2012). Outros dados apontam que 50% dos pacientes desistem da medicação anti-hipertensiva no primeiro ano, muitos desconhecem o diagnóstico e outros não tratam (SARAIVA et al., 2007).

Estudo de metanálise indicou que a adesão diminui a mortalidade, necessidade de internações e consultas de emergência, reduzindo custos médicos e gerando bem-estar nos pacientes (SIMPSON et al., 2006 apud HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010). Devido a isso, essa causa deve ser amplamente trabalhada com objetivo de melhorar o controle da PA.

Uma característica que deve ser levada em consideração para tentativa de melhoria do índice de adesão à medicação é a comodidade posológica. A simples substituição de medicação de ingestão múltipla por medicação da mesma classe com dose única diária pode resolver o problema, pois a simplificação posológica é a medida mais eficaz para aumentar a adesão (GELEILETE.; NOBRE; COELHO, 2008).

O esclarecimento ao paciente a respeito dos benefícios do tratamento e riscos inerentes à HAS deve ser tentado e é importante, contudo, aparentemente não é tão eficaz quanto à comodidade posológica em termos de adesão (GELEILETE; NOBRE; COELHO, 2008).

A hipertensão pode ser classificada como refratária, mas para isso é necessário níveis tensionais > 140/90mmHg apesar do uso de três anti-hipertensivos de classes diferentes em doses plenas, sendo um deles um diurético (GELEILETE; NOBRE; COELHO, 2008).

Outro dado interessante apontado em estudo realizado por COELHO et al (2005) é que os pacientes assíduos apresentam maior aderência ao tratamento e melhores índices de controle da PA, comparados aos pacientes considerados faltosos.

Em termos de medidas não medicamentosas com objetivo de evitar a HAS são: alimentação saudável, ingestão de potássio, consumo controlado de sódio e álcool, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tratamento não medicamentoso é peça fundamental no controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos. Dentre as diversas vertentes, pode-se destacar:

- Controle do peso: Aumentos do peso apresentam relação quase linear com os níveis tensionais. A redução do peso e da gordura abdominal reduz a PA. São objetivos Índice de massa corporal (IMC) < 25Kg/m²,

circunferência abdominal < 102cm, para homens e < 88cm, para mulheres;

- Alimentação: dieta rica em frutas, fibras, minerais, hortaliças e laticínios com baixos índices de gordura levam a redução da PA;
- Redução na ingestão de sal: pequenas diminuições na quantidade de sal ingerido, geralmente, auxiliam na redução da PA;
- Moderação no consumo de álcool;
- Atividade física aeróbica regular: preferencialmente de moderada intensidade, 30 minutos, pelo menos 05 vezes por semana.

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

O tratamento medicamentoso é de extrema importância e tem como objetivo não só diminuir a PA, mas também os eventos cardiovasculares e a taxa de mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Há evidências de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores de enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina e com antagonistas dos canais de cálcio. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A escolha dos medicamentos anti-hipertensivos deve levar em consideração as contraindicações e comorbidades, nas quais algumas classes são mais benéficas, contudo de uma maneira geral, todas as classes de anti-hipertensivos supracitados mostraram-se eficazes na redução de morbidade e mortalidade, não havendo a priori uma classe superior as demais.

6 PLANO DE AÇÃO

O plano de ação é composto por um conjunto de projetos de intervenção. Cada projeto deve ser direcionado para cada problema selecionado, ou seja, para cada nó crítico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para a elaboração de tal plano, foram observadas as seguintes etapas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010):

6.1. Priorização do problema

A estimativa rápida é um método utilizado para a elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território. Para a aplicação deste, utiliza-se de fontes de dados e coletas, que incluem, entre outros, registros escritos existentes ou fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave, observação ativa da área, dentre outros (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Através da utilização deste método elencamos uma série de problemas constatados no atendimento à saúde da população adscrita na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no bairro Santo Antônio no município de Mariana/MG. Através da construção de uma planilha, foram analisados os principais problemas levantados, avaliando qual é o problema prioritário a partir de critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Dentre esses, destacamos, como principal, o controle inadequado da pressão arterial em parcela significativa dos pacientes com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

6.2. Descrição do problema

Sabe-se que a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para eventos cardiovasculares e o controle adequado dos níveis pressóricos é imprescindível para a adequada perfusão tecidual e para a manutenção da homeostase (JUNIOR et al., 2005). Além disso, a hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças de maior prevalência na população, alcançando cifras de aproximadamente 25% da população adulta, sendo a doença cardiovascular mais prevalente. No Brasil a doença cardiovascular é responsável por cerca de um terço da mortalidade geral, além de enorme número de internações hospitalares. Sendo assim, a atenção básica deve dedicar especial atenção ao diagnóstico e tratamento/controlar da hipertensão arterial devido ao grande impacto positivo que pode ser conseguido na comunidade, em termos de redução de morbidade e mortalidade, e aumento de qualidade de vida. Na grande maioria dos casos, esse controle pode ser conseguido com medidas teoricamente simples, sem gastos elevados.

Segundo dados coletados junto a Secretaria Municipal de Saúde de Mariana, SIAB (Consolidado de famílias cadastradas do ano de 2014) a prevalência de hipertensão arterial na população adscrita à unidade de saúde em questão (UAPS Santo Antônio) é de aproximadamente 17,5% da população adulta. Esses dados apontam que a prevalência local está abaixo da prevalência anteriormente citada. Isso pode apontar um possível subdiagnóstico. Contudo, o que mais chamou a atenção da equipe de saúde, é a percepção que há número considerável de casos de mau controle da pressão arterial, o que tem levado a preocupação na equipe devido aos riscos inerentes a esse descontrole. Tem sido relativamente frequente o atendimento a pacientes com níveis pressóricos aumentados, com necessidade de manutenção em observação e medicação na unidade.

6.3 Explicação do Problema

Dentro do contexto exposto, há algumas causas para o número considerável de pacientes hipertensos mal controlados. A má adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico é provavelmente uma das principais causas dos níveis pressóricos aumentados em pacientes com hipertensão. Isso é corroborado na literatura, pois a não adesão é a principal causa de pressão arterial não controlada (BASTOS-BARBOSA et al., 2012). A hipertensão arterial é classicamente uma doença crônica e assintomática, o que contribui para a baixa adesão ao tratamento, principalmente no caso de populações menos instruídas que atrelam a necessidade do uso de medicação com a presença de sintomatologia. A falta de conscientização da população sobre os riscos causados pelo controle inadequado da hipertensão arterial e da importância do tratamento não farmacológico e farmacológico é uma causa importante para a não aderência ao tratamento. O excesso de peso (sobrepeso/obesidade), associado ao sedentarismo, tabagismo e dieta inadequada são outros fatores que dificultam a obtenção de níveis pressóricos desejáveis. É possível que uma pequena parcela desses pacientes tenha hipertensão de difícil controle / refratária, contudo para isso, deve-se certificar da aderência correta ao tratamento proposto e uso de dois ou mais anti-hipertensivos de classes diferentes e um diurético em doses adequadas (JUNIOR et al., 2005). Outra causa possível, que pode ser elencada, é que alguns desses casos de mau controle dos níveis pressóricos possam decorrer de hipertensão arterial secundária.

6.4 Nós Críticos do Problema

Segundo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), nó crítico é uma das causas do problema que ao ser modificado pode impactar positivamente o problema principal. Além disso, geralmente é algo no qual seja possível uma intervenção.

No caso em questão, como já citado anteriormente, o problema priorizado foi o controle inadequado da pressão arterial nos pacientes hipertensos adscritos ao PSF Santo Antônio. Há número considerável de casos de mau controle da hipertensão arterial na população adscrita. A principal explicação para o problema é a má adesão ao tratamento (BASTOS-BARBOSA et al., 2012) farmacológico e não farmacológico. Dentro desse contexto, os nós críticos levantados pela equipe foram:

- Hábitos dietéticos inadequados;
- Sedentarismo;
- Baixos níveis de conhecimento sobre a doença e entendimento das orientações/prescrições;
- Falta de informação sobre a hipertensão na população adscrita geral;
- Registro desatualizado dos hipertensos.

6.5 Desenho das Operações

Para o enfrentamento do problema é necessário buscar soluções e estratégias para esse objetivo. Nesse momento, conforme CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010) são objetivos desse passo:

- Descrever as operações para enfrentamento dos nós críticos
- Identificar os recursos necessários, os produtos e resultados esperados.

Quadro 1: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema controle inadequado da pressão arterial

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Sedentarismo	“Projeto Caminhar”	Diminuição do sedentarismo	Atividade física regular dos usuários (sobretudo hipertensos)	Político: Tentar junto ao serviço municipal (prefeitura/secretaria de obras) a construção de área para caminhada/atividade física na comunidade. Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos; Organizacional: Mobilização social. Mobilização/integração da equipe. Tentar viabilizar grupo de atividade física na unidade.
Hábitos dietéticos inadequados	“Alimentar melhor”	Dieta adequada	Programa de orientações alimentares. (Incluído nos encontros do grupo de hipertensos)	Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos; Organizacional: mobilização/integração da equipe
Registro desatualizado dos hipertensos	“Cadastrar”	Cadastro atualizado dos usuários hipertensos	Cadastro dos hipertensos para melhor acompanhamento e formação do grupo de hipertensos	Operacional: sensibilização da equipe. Atuação, sobretudo das agentes comunitárias. Cognitivo: Capacitação das agentes comunitárias.
Baixos níveis	“Mais	Aumento do	Grupo	Cognitivo: informação

de conhecimento sobre a doença e entendimento das orientações/ prescrições.	Informação”, através do grupo de hipertensos.	nível de informação dos usuários sobre a doença; Melhor entendimento e seguimento das orientações	operativo de hipertensos. Acompanha mento domiciliar pelas agentes comunitárias de saúde	sobre o tema, conhecimento sobre estratégias de comunicação. Organizacional: mobilização dos profissionais; acompanhamento pelos ACSs; Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos;
Falta de informação sobre a hipertensão pela população adscrita geral	“Mais Prevenção”	Usuários mais informados sobre a doença	Panfletos, material para divulgação junto à comunidade.	Cognitivos: conhecimento sobre o tema Financeiros: para aquisição folhetos educativos;

6.6 Recursos Críticos

Para que sejam implementadas as mudanças, através das operações/projetos, são necessários recursos imprescindíveis para o desenvolvimento dessas atividades. Esses são chamados de recursos críticos, quando os mesmos não estão disponíveis (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para cada operação/projeto foram identificados os seguintes recursos críticos, conforme quadro 2, abaixo:

Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema controle inadequado da pressão arterial

Operação/Projeto	Recursos críticos
Projeto Caminhar	Político: Construção de área para atividade física na comunidade Político/Organizacional: Viabilização de grupo para atividade física / lúdica na unidade
Alimentar melhor	Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos;
Cadastrar	Organizacional: Mobilização da equipe.
Mais informação	Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos; Cognitivo: maior conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação.
Mais prevenção	Financeiros: recursos para confecção de panfletos; Cognitivo: conhecimento sobre o tema.

6.7 Análise da Viabilidade do Plano Operativo

A Análise da viabilidade do plano baseia-se na identificação dos atores que controlam os recursos críticos e análise da provável motivação/posicionamento dos mesmos frente ao tema. A partir disso, propor estratégias para viabilidade do plano, ou seja, motivar os atores que controlam os recursos críticos. Ou seja, conforme CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010), deve-se:

- Identificar os atores que controlam os recursos críticos;
- Realizar a análise da motivação desses atores;
- Propor ações estratégicas com o objetivo de motivar os atores, viabilizando o plano.

Essa análise foi feita, conforme quadro 3, a seguir:

Quadro 3: Análise de viabilidade e ações estratégicas

Projeto	Recursos críticos	Atores que controlam os recursos críticos / motivação	Ações estratégicas
“Projeto Caminhar”	Político: Construção de área para atividade física na comunidade Político / organizacional: Viabilização de grupo para atividade física / lúdica na unidade	Prefeitura - indiferente Secretaria de obras – indiferente Secretaria de esportes – indiferente Equipe de saúde - favorável	Apresentação da proposta / projeto Apresentação da proposta / projeto Apresentação da proposta / projeto Não é necessária
“Alimentar melhor”	Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos;	Secretaria de saúde - indiferente	Apresentação da proposta/projeto
“Cadastrar”	Organizacional: Mobilização da equipe.	Equipe, sobretudo ACSs - favorável.	Não é necessária
“Mais informação”	Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos; Cognitivo: maior	Secretaria de saúde - indiferente Equipe –	Apresentação da proposta/projeto Não é necessária

	conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação.	favorável	
“Mais prevenção”	Financeiros: recursos para confecção de panfletos; Cognitivo: conhecimento sobre o tema.	Secretária de saúde – favorável Equipe – favorável	Apresentação da proposta Não é necessária

6.8 Plano Operativo

O principal objetivo nesse momento é definir os responsáveis por cada projeto / operação estratégica (gerente de operação), além de estabelecer prazos para as ações. O gerente de operação deve atuar de forma que o projeto seja realizado de forma adequada, além de esclarecer sobre o andamento do mesmo durante a gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi elaborado o plano operativo, conforme as finalidades supracitadas. Abaixo segue o quadro 4 com o plano operativo.

Quadro 4: Plano Operativo

Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
“Projeto Caminhar”	Diminuição do sedentarismo. Criação de área para atividade física na comunidade. Viabilização de grupo de atividade física na unidade	Atividade física regular dos usuários (sobretudo hipertensos)	Apresentação do projeto	Gerente da unidade	Viabilização de grupo de atividade física na unidade em 4 meses. Construção de área para atividade física na comunidade – 12 meses
“Alimentar melhor”	Dieta adequada	Programa de orientações alimentares. (Incluído nos encontros do grupo de hipertensos)	Apresentação do projeto	Nutricionista	Início das atividades em 3 meses
“Cadastrar”	Cadastro atualizado dos usuários hipertensos	Cadastro dos hipertensos para melhor acompanhamento e formação do grupo de hipertensos		ACS 1 e 2	2 meses para o término da atualização do cadastro de hipertensos
“Mais Informação”, através do grupo de hipertensos.	Aumento do nível de informação dos usuários sobre a doença; Melhor entendimento e seguimento das orientações	Grupo operativo de hipertensos. Acompanhamento domiciliar pelas agentes comunitárias de saúde	Apresentação do projeto	Enfermeira	Início do grupo de hipertensos em 2 meses.
“Mais Prevenção”	Usuários mais informados sobre a doença	Panfletos, material para divulgação junto à comunidade.	Apresentação do projeto	Médico	2 meses para elaboração do material para divulgação.

6.9 Gestão do Plano

Após o plano de ação elaborado é necessário estabelecer uma forma de gestão que seja capaz de acompanhar a execução das operações, indicando os ajustes necessários (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dessa maneira, foi elaborada proposta de gestão do plano operativo a partir de reuniões mensais entre os membros da equipe de saúde da família para avaliação das ações propostas.

A partir de cada reunião, que deverá ocorrer na última semana de cada mês, serão discutidos os avanços e dificuldades para a implementação dos projetos e avaliação em conjunto de qual será a melhor forma de elaborar alternativas para continuidade e melhoria dos mesmos, conforme quadro 5 abaixo. Este servirá como instrumento para ser preenchido com os dados durante a intervenção.

Além disso, será avaliada a opinião dos usuários sobre o trabalho da equipe multidisciplinar e o grau de satisfação sobre sua saúde e qualidade de vida.

Quadro 5: Acompanhamento do plano operativo

Operação/Projeto	Resultados esperados (mês/ano)	Resultados obtidos (mês/ano)	Novas propostas
Projeto Caminhar			
Alimentar melhor			
Cadastrar			
Mais informação			
Mais prevenção			

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças cardiovasculares são as principais causas de óbito no Brasil e em grande parte do mundo. A hipertensão arterial é o principal fator de risco para eventos cardiovasculares. Além da elevada mortalidade, há ainda a alta morbidade causada por desfechos não fatais de eventos cardiovasculares como insuficiência cardíaca e sequelas neurológicas de acidentes vasculares encefálicos. Tudo isso gera enorme gasto, tanto do ponto de vista médico/econômico quanto social. Isso pode ser observado pelos altos gastos com internações, procedimentos invasivos, tratamentos especializados, o elevado índice de incapacidades e anos de vida perdidos devidos aos eventos cardiovasculares.

O índice de controle dos pacientes hipertensos é aquém do esperado, e muitos dados apontam que o principal motivo para esse descontrole é a não adesão ao tratamento proposto, tanto medicamentoso quanto não medicamentoso.

Como supracitado, sendo a HAS, o principal fator de risco para eventos cardiovasculares, o seu manejo deve ser meta/prioridade do sistema de saúde com objetivo de melhoria da qualidade de vida da população e redução de custos.

A partir desse quadro geral, associado ao contexto local, de considerável número de pacientes hipertensos não controlados, foi optado pela equipe de saúde trabalhar com enfrentamento desse sério problema de saúde pública. Convém ressaltar, que pelo fato do descontrole da HAS ser uma situação generalizada, as ações descritas no plano operativo podem ser implementadas em outras localidades, onde também seja necessário.

REFERENCIAS

BASTOS-BARBOSA, R. G. *et al.* Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 1, p 636-641, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. - **(Cadernos de Atenção Básica; 15). (Série A. Normas e Manuais Técnicos)**.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família. 2.Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

CESARINO, C. B. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.91, n1, p 31-35, 2008.

COELHO E. B.; MOYSES, N. M.; PALHARES R. *et al.* Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq Bras Cardiol** 85(3): 157-61, 2005.

GELEILETE, T. J. M.; NOBRE, F.; COELHO, E. B. Abordagem inicial em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 15(1), p.10-16, 2008.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.614-626, 2010.

IBGE. Estimativas da População Residente nos Municípios Brasileiros com data de Referência em 1º de Julho de 2014. Diretoria de Pesquisas – DPE – Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em 12 de dez. 2014.

JUNIOR, H. M. *et al.* Hipertensão arterial refratária e de difícil controle: Bases fisiopatológicas da terapêutica. Hipertensão - **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 2, P 46-51. 2005.

MALTA D. C., et al. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pag 337-362.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Morbidade Hospitalar do SUS - Por local de Internação - Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em 06 de jan. 2014.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. et al. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, 99(1):649-658, jul. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA. Histórico: Conheça um pouco da História de Mariana: A primeira cidade de Minas. Disponível em: <<http://pmmariana.com.br/historico>>. Acesso em 09 de jul. 2014.

ROSARIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Card**, 93(6): 672-678, 2009.

SARAIVA, K. R. O. et al. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 16(1): 63-70, 2007 Jan-Mar.

SIMPSON, S. H. et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. **British Medical Journal**, London, v. 333, n. 7557, p.15-19, 21 01 july 2006.

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