

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

ALESSANDRA MARIA DE CÁSSIA DE SOUSA

INTERVENÇÃO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL DO PSF
CÂNDIDO BERNARDES EM MONTE BELO - MG

CAMPOS GERAIS - MG

2013

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

ALESSANDRA MARIA DE CÁSSIA DE SOUSA

INTERVENÇÃO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL DO PSF
CÂNDIDO BERNARDES EM MONTE BELO - MG

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

Orientadora: Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

CAMPOS GERAIS - MG

2013

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, gerando elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como na doença cerebrovascular, na doença arterial coronariana (DAC), na insuficiência cardíaca (IC), na insuficiência renal crônica, na retinopatia hipertensiva e na insuficiência vascular periférica. Tem alta prevalência no Brasil (de 22 a 44%) e baixas taxas de controle. Anualmente há um gasto médio no Brasil de hospitalizações por hipertensão e suas complicações na ordem de 400 milhões de dólares. Assim, o presente estudo apresenta como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para a sistematização do atendimento aos pacientes hipertensos, visando à redução das suas complicações e aumentar a adesão ao tratamento. Portanto, o estudo está sendo realizado com uma população de hipertensos, assistidos pelo Programa de Saúde da Família Cândido Bernardes, no Município de Monte Belo, Minas Gerais. Acreditamos que com a proposta de intervenção nos grupos de hipertensos assistidos pela equipe e a capacitação dos profissionais do PSF poderão proporcionar melhor desempenho junto aos usuários. A capacitação já está sendo realizada e esperamos que até abril de 2014, as atividades dos planos de ação poderão ser implementadas.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Programa de Saúde da Família, Lesões em órgãos-alvos, Medicina Preventiva.

ABSTRAT

The Systemic Arterial Hypertension (HBP) is a disease that is one of the biggest public health problems in Brazil and in the world, generating high medical and social costs, especially for his role in complications such as in brainvascular disease, coronary artery disease (CAD) in heart failure (HF), chronic renal failure in hypertensive retinopathy and peripheral vascular insufficiency. Have high prevalence (in Brazil 22-44 %) and low control rates. Every year there is an average expenditure in Brazil hospitalizations for hypertension and its complications in the order of 400 million dollars. Thus, the present study has the objective to develop a proposed intervention for the systematization of service to hypertensive patients, aiming to reduce complications and improve treatment adherence. Therefore, the study is being conducted with a hypertensive population, assisted by the Family Health Program Candido Bernardes, in the county Monte Belo, Minas Gerais. We believe that with the proposed intervention in hypertensive groups assisted by the staff and the training of professionals in the PSF may provide better performance with users. The training is now being performed and hopefully by April 2014, the activities of the action plans can be implemented.

Keywords: Hypertension, Family Health Program, lesions in target organs, Preventive Medicine.

LISTA DE ABREVIATURAS

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

PA - Pressão Arterial

FR - Fator de risco

DCV - Doenças Cardiovasculares

SUS - Sistema Único de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVE - Acidente Vascular Encefálico

MEV - Modificação do estilo de vida

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DIC - Doença Isquêmica do Coração

PSF - Programa de Saúde da Família

ACS - Agente Comunitário de Saúde

mmHg - Milímetros de mercúrio

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. Justificativa.....	3
3. Objetivos.....	5
4. Métodos.....	6
5. Referencial teórico.....	7
5. Planos de ação.....	15
6. Considerações finais.....	24
7. Referências bibliográficas.....	25
8. Apêndice 1	27
9. Apêndice 2	28

1. INTRODUÇÃO

O município de Monte Belo possui uma área de 422,5 km² e tem aproximadamente 14 mil habitantes. A população é flutuante, pois na época da colheita de cana-de-açúcar e café observa-se um crescimento de aproximadamente 2.500 habitantes, oriundos do Nordeste, Norte de Minas Gerais e do Estado do Paraná. A maioria da população reside na cidade, tendo como concentração habitacional 2.907 domicílios urbanos e 1.210 domicílios rurais. O número aproximado de domicílios e famílias são de 4122 domicílios e 3.720 famílias. Na área urbana há apenas uma unidade de Programa de Saúde da Família, que abrange cerca de seis bairros, responsabilizando-se por praticamente metade da população urbana.

Durante as atividades desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família no dia a dia, percebe-se um número considerável de pessoas atendidas pela rede que apresentam quadro clínico de hipertensão arterial e, que uma parcela significativa tem dificuldades para seguir o tratamento adequado.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010).

A prevalência estimada de HAS no Brasil é acima de 30%, baseado em estudos populacionais realizados nos últimos 20 anos. Sendo maior proporcionalmente à idade. Nos pacientes acima de 60 anos, a prevalência chega a ultrapassar 50% e, nos acima de 70 anos, chega a 75%. Entre os gêneros, a prevalência é de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante ao que ocorre em outros países (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010).

Antes da menopausa, as mulheres apresentam uma prevalência menor de HAS que os homens, relação que pode até se inverter na pós-menopausa,

sugerindo um efeito protetor do estrogênio. Atualmente, existe um aumento importante da prevalência da HAS nas crianças e adolescentes, impulsionada pela obesidade e alterações nos hábitos de vida (sedentarismo, tipo de alimentação, entre outros). A raça também parece ser fator determinante, sendo a doença mais comum e mais grave em negros (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis das doenças cardiovasculares e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

São considerados hipertensos os pacientes com valores de PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg e /ou de PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos, três ocasiões (LOPES *et al.*, 2009).

O controle da hipertensão arterial, a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, no cadastramento de portadores, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas, figura como destaque na atenção básica (SOUZA *et al.*, 2003).

Assim espera-se com esse estudo que a grande maioria de pacientes hipertensos seja assistida pela Unidade de Saúde e tenha sua patologia controlada, evitando-se complicações crônicas futuras, que elevam o número de internações e o custo financeiro para o Sistema de Saúde.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial na área de abrangência do PSF Cândido Bernardes é um problema relevante e crescente. A falta de adesão ao tratamento de alguns pacientes corrobora para a complicação da doença. Apesar de ser uma doença assintomática na maioria dos casos, a aceitação torna-se necessária, porém a resistência ao tratamento de alguns pacientes sempre está presente. Muitos usuários quando diagnosticados como hipertensos se mostram receosos tanto em aceitar a doença, quanto em seguir o tratamento. Esse é um ponto crítico na abordagem desses pacientes, já que são resistentes à ideia de que devem utilizar ininterruptamente a medicação. Assim, torna-se necessário criar uma proposta de intervenção para essa população atendida pela equipe do PSF Cândido Bernardes.

Com o estudo, espera-se que a grande maioria de pacientes hipertensos seja assistida pela Unidade de Saúde e tenha sua patologia controlada, evitando-se complicações crônicas futuras, que elevam o número de internações e o custo financeiro para o Sistema de Saúde.

No município de Monte Belo há apenas uma Unidade de Saúde da Família, que cobre praticamente metade da população urbana. Outra parte da população não é assistida. Assim, muitos pacientes procuram por atendimento no Pronto Socorro da Santa Casa da cidade, cuja função é o atendimento de casos de urgência e emergência. Muitas das consultas são para atendimentos banais, como verificar os níveis da pressão arterial, "troca de receita de medicamentos contínuos" ou para solicitar exames laboratoriais de rotina. Mesmo os que fazem parte da área de abrangência do PSF, utilizam os mesmos procedimentos ao invés de agendar e aguardar uma consulta no PSF. Assim, a demanda nos serviços de emergência torna-se expressiva, sendo que a maioria dos casos poderia ser resolvida na atenção primária.

Durante as consultas médicas e as visitas domiciliares é comum encontrar pacientes hipertensos que deixaram de fazer uso das medicações prescritas, após aferirem a pressão arterial e verificar que esta está normalizada.

Também ocorre que alguns pacientes não continuam com o tratamento proposto quando a medicação acaba, pois não agendaram novas consultas ou o prazo da prescrição expirou. Outra dificuldade encontrada no nosso município é a falta de informação de muitos hipertensos sobre a sua doença. Também, outro problema identificado está relacionado aos idosos hipertensos, que também apresentam várias doenças associadas e muitas vezes não têm cuidadores que possam auxiliá-los com as suas medicações.

Assim, a capacitação da equipe de saúde se faz necessária, para que haja uma melhor relação entre a equipe e os usuários, aumentando a empatia entre ambos e proporcionando melhor atendimento a esses pacientes. Os agentes de saúde são um importante elo entre os pacientes e a unidade de saúde, pois com as visitas domiciliares eles têm condições de verificar se a prescrição está vencida, se existem medicamentos vencidos, se têm consultas ou exames agendados e se os pacientes estão tomando os medicamentos.

Diante da análise da situação da hipertensão arterial no PSF, esse estudo apresenta como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para a sistematização do atendimento aos hipertensos, visando melhorar a adesão ao tratamento e a redução das complicações.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para a sistematização do atendimento aos hipertensos, visando melhorar a adesão ao tratamento e a redução das complicações.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar o perfil sociodemográfico dos pacientes hipertensos atendidos pelo PSF Cândido Bernardes, na cidade de Monte Belo - MG;
- Identificar os grupos farmacológicos mais prescritos pelo serviço de saúde;
- Determinar o grau de adesão ao tratamento farmacológico por meio de métodos indiretos.

4. MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa exploratória em que foram utilizados os bancos de dados MEDLINE, LILACS, BIREME, SCIELO, portal da CAPES, Portal do Ministério da Saúde e Diretrizes de Hipertensão arterial com a finalidade da busca bibliográfica atualizada sobre hipertensão arterial.

Para o levantamento dos problemas foi realizado uma coleta de dados, por meio de informações abstraídas durante as consultas médicas e de enfermagem e, também, por meio de visitas domiciliares realizadas pelos agentes de saúde, que estão mais próximos dos pacientes e apresentam a oportunidade de vivenciar a realidade de cada família em seu domicílio.

Também foi realizado um levantamento atual do número de hipertensos da área. O próximo passo será a implantação do plano de ação constituída de 5 passos.

Dentre o plano de ação, uma etapa de grande importância será a verificação da adesão ao tratamento por meio de métodos indiretos (Apêndice 1), análise da caracterização sociodemográfica, hábitos de vida e doenças associadas. Para isso será utilizado um instrumento estruturado na forma de formulário (Apêndice 2).

5. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. Conceituação, classificação e diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica

A título de conceitualização, a Hipertensão Arterial pode ser traduzida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica. É definida como PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (ROSÁRIO *et al.*, 2009).

A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, gerando elevado custo médico-social, principalmente por sua participação no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo 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. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA \geq 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como a doença cérebro-vascular, a doença arterial coronariana, a insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica (SBC, 2006).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Neste mesmo ano foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em novembro de 2009, 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS). A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a

inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007 (BRANDÃO *et al.*, 2010).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Existe uma entre 22,3% a 43,9% dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. A prevalência é de 35,8% nos homens e 30% nas mulheres (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros têm hipertensão e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A Sociedade Brasileira de Cardiologia estima que apenas 10% da população faça regularmente acompanhamento médico e siga corretamente as orientações. De acordo com dados dessa última pesquisa do Ministério da Saúde sobre a hipertensão, o Rio de Janeiro (RJ) aparece como a primeira capital na proporção de hipertensos, com 28% de casos, seguido de Recife (PE), com 27,6% e Campo Grande (MS) 26,5% (MS, 2012). (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença de fatores de risco, a presença de lesões em órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição da PA em diferentes momentos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias e momentos diferentes é necessária para se conhecer a pressão arterial usual e reduzir a ocorrência da "hipertensão do avental branco", que consiste na elevação da pressão

arterial diante da simples presença do profissional de saúde, no momento da aferição da PA (COELHO *et al.*, 2008).

No Quadro 1 e 2 estão demonstrados a classificação da PA em adultos com mais de 18 anos.

Quadro 1. Classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos.

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
HIPERTENSÃO		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	>ou= 160	>ou= 100

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 15. 2006b, p. 14.

Caso sejam consideradas as VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010), há algumas inclusões, como podem ser observadas no Quadro 2.

Quadro 2 - 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.

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010).

Para o diagnóstico da hipertensão arterial deverão ser realizadas no mínimo duas medidas da PA com intervalo de 1 a 2 minutos entre elas. Dessa forma, o achado de medida da PA sistólica maior ou igual a 140mmHg e /ou PA diastólica maior ou igual a 90mmHg para o indivíduo adulto, com base na média de duas ou mais medidas em diferentes visitas, com técnica e aparelho calibrado e com o indivíduo em posição sentada é importante para o diagnóstico (LOPES *et al.*, 2009).

Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. O indivíduo deverá ser investigado para doença arterial se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente (LADEIRA *et al.*, 2012).

Em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas. A média das duas últimas deve ser considerada a PA real. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg, deverão ser realizadas novas medidas até que se obtenham medidas com diferença inferior (BRITO *et al.*, 2012).

Assim, para o diagnóstico de hipertensão arterial deve-se considerar, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença de outros fatores de risco, pela presença das lesões nos órgãos-alvo e comorbidades associadas. Portanto, o diagnóstico deve ser feito de forma muito criteriosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para atingir tais objetivos, algumas etapas devem ser seguidas, como a história clínica, o exame físico e a avaliação laboratorial inicial. Dados como identificação, a história atual, a investigação sobre os diversos aparelhos e os fatores de risco, a história pregressa, a história familiar de AVC, o perfil psicossocial, a avaliação dietética, o consumo de medicamentos e os hábitos

de vida são relevantes para o diagnóstico de hipertensão arterial (LOPES *et al.*, 2009).

Além disso, temos um agravante que é a hipertensão arterial resistente ou de difícil controle, onde os valores pressóricos permanecem acima de 140/90 mmHg em pacientes utilizando regularmente doses plenas ou máximas de pelo menos três ou mais anti-hipertensivos, de classes terapêuticas distintas, incluindo-se entre eles diuréticos em doses adequadas, e mesmo assim os pacientes não conseguem controlar a PA (SOUZA *et al.*, 2008; 2009 a,b).

Também temos outro agravante que é a não adesão ao tratamento, se constituindo em uma das maiores dificuldades no controle da PA, e as razões alegadas pelos pacientes são "normalização da pressão arterial", efeitos colaterais, uso irregular e/ou alto custo de medicamento, receio de uso concomitante de álcool, ignorância da necessidade da continuidade do tratamento, terapias alternativas, receio de intoxicação ou hipotensão e de associações com outras drogas ou fármacos (MORENO JUNIOR *et al.*, 2005).

Várias condições podem ser responsáveis pela falta de controle satisfatório da PA. A falta de adesão do paciente deve ser a primeira a ser investigada. Os profissionais de saúde devem avaliar as causas de não adesão e outras possíveis causas para o difícil controle da PA (SOUZA *et al.*, 2007 e 2008). A equipe multidisciplinar deve assumir a responsabilidade de melhorar o grau de adesão dos pacientes sob seus cuidados, por meio de medidas educacionais e motivacionais (GELEILETE *et al.*, 2008).

Algumas medidas simples podem ser utilizadas na avaliação da adesão, como a contagem de comprimidos, avaliação da resposta clínica, auto-relato, entre outros. É necessário otimizar a adesão ao tratamento como utilizar anti-hipertensivos com menores índices de efeitos adversos, terapia combinada de baixa dosagem, redução no número de tomadas diárias, com a finalidade de controlar precocemente a pressão arterial, evitando a polifarmácia, diminuindo o custo do tratamento (MORENO JUNIOR *et al.*, 2005). Também, o seguimento do paciente e orientação em relação aos seus medicamentos, a orientação em relação aos hábitos de vida e doenças associadas são instrumentos chaves no controle da PA (MORENO JUNIOR *et al.*, 2005).

GELEILETE *et al.* (2008) aponta que uma boa relação médico-paciente torna-se uma ferramenta preciosa para a avaliação da adesão, assim como para demonstrar a necessidade de mais esforço por parte do paciente, não apenas quanto à adesão, mas muitas vezes em relação ao empenho de tempo e aos recursos financeiros com mais exames e medicamentos.

2.2. Decisão Terapêutica

A pressão arterial é na maior parte do seu curso assintomática. Seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e ao maior acesso a medicamentos (EID *et al.*, 2013).

Modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, reduzindo a PA bem como a mortalidade devido as doenças cardiovasculares. Hábitos de vida saudáveis devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo com o aumento do número de medicamentos e de doses, não resultarão no alcance dos níveis recomendados de pressão arterial (Jornal Brasileiro de Nefrologia, 2010).

Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, os fatores contrários relacionados aos hábitos e estilos de vida, continuam a crescer na sociedade, levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. A despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva

para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010).

Vários estudos demonstram que estratégias que visem às modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão. Em seguida, é necessária 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.

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS. A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento (LOPES *et al.*, 2009).

5.3 Atribuições da Equipe

A equipe de Saúde da Família deve atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias e atendimento a hipertensão arterial e diabetes mellitus. Dados do censo IBGE de 2000 apontam que 49%

da população brasileira são de adultos. Assim, estima-se que, na população adscrita, 2.000 habitantes merecerão uma atenção especial para o risco dessas doenças. Estimando-se que 25% dessa população sofram de hipertensão, teremos, aproximadamente, 490 portadores de hipertensão arterial (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010).

Os profissionais de saúde das Unidades de Saúde tem importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (OLIVEIRA, 2010).

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006).

6. PLANOS DE AÇÃO

O plano de ação é uma ferramenta que nos permite elaborar estratégias para a redução ou solução de um determinado problema. Dificilmente todos os problemas serão resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos.

Por meio dos dados coletados, a equipe do PSF começou a intervir nos problemas encontrados. Foi realizado o agendamento de consultas dos hipertensos com o objetivo de fortalecer as bases conceituais sobre a hipertensão arterial, seus riscos, gravidade e a importância do uso contínuo da medicação. Também estão sendo realizadas palestras, reuniões e minicursos para capacitação dos agentes de saúde.

A seguir estão apresentados os principais problemas encontrados no município de Monte Belo, priorizando a hipertensão arterial e seus agravantes.

6.1 Apresentação dos problemas:

Quadro 3. Classificação de prioridades para os problemas identificados no PSF Cândido Bernardes.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE ENFRENTAMENTO	DESELEÇÃO
Hipertensão	Alta	7	Dentro	1
Diabetes	Alta	6	Parcial	2
Dislipidemia	Média	5	Parcial	3
Tabagismo	Média	5	Parcial	4

*Pontuação considerada em uma escala de 0 a 10.

O problema de maior prioridade na Unidade de Saúde (PSF Cândido Bernardes) é a hipertensão arterial e a falta de adesão de alguns pacientes, principalmente quando idosos ou muito jovens, pois existe na comunidade uma dificuldade de aceitação das doenças crônicas por parte de alguns pacientes.

Em relação a tais problemas, é prioridade a conscientização da população sobre as patologias apresentadas. A realização de campanhas,

palestras ou mesmo uma melhor explicação durante a consulta médica são algumas estratégias que corroboram para que os pacientes se dediquem mais ao controle da doença. Em relação aos hipertensos, tais medidas são de grande importância, a fim de conscientizar que a hipertensão é permanente, e que além do uso de medicamentos, medidas não farmacológicas (mudanças de hábitos de vida) são auxiliares na manutenção da pressão arterial dentro dos limites normais.

Quadro 4. Descritores do problema Hipertensão Arterial.

DESCRITORES	VALORES	FONTE
Hipertensos cadastrados	590	SIAB
Hipertensos acompanhados	585	SIAB / Registro da equipe

6.2 Primeiro Passo: Identificação dos nós críticos

Como afirma Ferraz (2013), durante o enfrentamento de nossos problemas, precisamos antes de tudo conhecer as suas causas ou agravantes, ou seja, seus "nós críticos". Um nó crítico é um tipo de problema que quando enfrentado, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Para isso, é preciso fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as quais precisam ser enfrentadas.

Quadro 5 - Identificação dos nós críticos relacionados ao problema

PROBLEMA	NÓS CRÍTICOS
Hipertensão arterial	Má adesão ao tratamento
	Estilo e hábitos de vida inadequados
	Baixo nível de informação
	Falta de apoio familiar
	Negação da doença

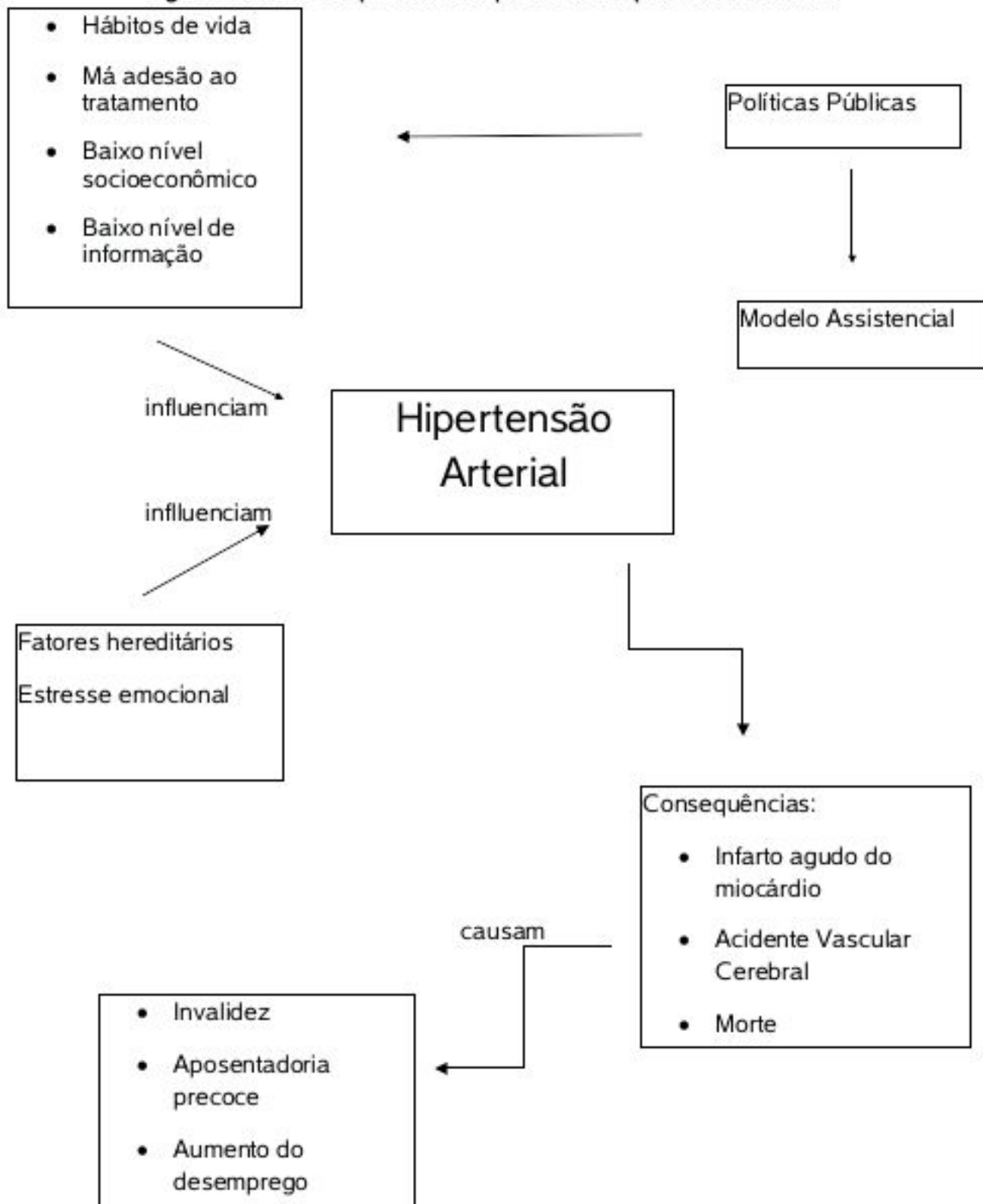
Quando falamos em hipertensão, os pacientes se mostram receosos em seguir o tratamento, uma vez que durante a aferição de sua pressão arterial, esta muitas vezes está normalizada. Mas isso se deve ao uso de medicamentos. Portanto, outro nó crítico se apresenta, já que se mostram, muitas vezes, resistentes ao seguimento do tratamento. Por ser uma doença silenciosa, muitas vezes sem sintomas, o quadro pode se agravar e com o tempo o paciente poderá apresentar lesões em órgãos-alvo.

Uma forma para desfazer tal nó será a utilização do seguimento dos pacientes mais resistentes ao tratamento. Também, uma orientação mais detalhada, expondo todas as características da doença e mostrando que seu controle ocorre devido ao uso de medicamentos e mudanças nos hábitos de vida.

Uma das propostas para estimular o seguimento farmacoterapêutico, será a entrega de um cartão para o controle da pressão arterial, onde o paciente fará a aferição de sua PA pelos menos quatro vezes na semana, com o objetivo de conscientizar e cuidar mais de sua saúde.

Explicação do Problema:

Figura I. Árvore explicativa do problema Hipertensão Arterial



6.3 Segundo Passo: Desenho de operações para os nós críticos do problema

Neste passo, a prioridade será encontrar soluções para os nós críticos, descrevendo maneiras de enfrentamento dos problemas selecionados, analisando os resultados e os produtos esperados para cada operação/projeto e apresentar ao gestor de saúde, para que possa disponibilizar os recursos necessários para a realização das metas, a fim de iniciar o plano de ação.

Quadro 6. Desenho de operações para os "nós" críticos do problema da hipertensão arterial

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos de vida inadequados	Viva a vida Modificar os hábitos de vida da população.	Diminuição do número de sedentários, tabagistas e obesos.	Programas de caminhadas; Palestras e campanhas educativas; Programa "Hipertensão tem solução".	Organizacional - para organizar as caminhadas e palestras; Cognitivo - informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político - conseguir mobilização social; Financeiro - aquisição de folhetos educativos, etc.
Má adesão ao tratamento	Xô doença Maior aceitação e enfrentamento da doença.	Maior adesão, aceitação e enfrentamento da doença; diminuição do número de complicações da hipertensão.	Programa de palestras direcionadas à HAS; Grupos de hipertensos.	Organizacional - para organizar palestras educativas sobre necessidade de adesão ao tratamento. Cognitivo - informação sobre o tema e complicações; Político - conseguir mobilização social e participação popular; Financeiro - aquisição de folhetos explicativos.

Baixo nível de informação da população	Informe já Aumentar o nível de informação da população sobre riscos e complicações da hipertensão.	População mais informada sobre os riscos da hipertensão	Grupos para avaliar o conhecimento da população sobre HAS; Palestras explicativas Capacitação dos	Organizacional - organizar palestras; Cognitivo - conhecimento sobre estratégias para diminuir os níveis de hipertensão;
Falta de apoio familiar	Família unida Maior apoio familiar na aceitação e no enfrentamento da doença.	Família mais participativa no acompanhamento da HAS, contribuindo para o tratamento.	ACS para melhorar o nível de entendimento da população. Grupos de aulas direcionadas ao apoio familiar; Diminuição do número de descompensação; melhores resultados no tratamento; maior conscientização.	Político - aumentar os meios de comunicação para chegar a um maior número da população; Financeiro - adquirir folhetos explicativos. Organizacional - organizar campanhas explicativas para a família; Cognitivo - informar sobre o tema com linguagem direcionada; Político - conseguir maior adesão de profissionais para explicar as famílias.

*ACS - Agente comunitário de saúde

6.4 Terceiro Passo: Identificação de recursos críticos

Neste passo será necessário identificar quais são os recursos críticos para o enfrentamento e solução dos problemas apresentados. São recursos indispensáveis para a concretização de cada operação do projeto.

Quadro 7. Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema HIPERTENSÃO.

Operação/Projeto	
Viva a vida	Organizacional - mobilização social em torno das questões que interferem na HAS; Político - conseguir o espaço para a realização das palestras; Financeiro - financiamento de folhetos e matérias.
Xô doença	Político - Mobilização para aquisição de espaço para as palestras; Financeiro - para adquirir material educativo.
Informe já	Político - conseguir espaço para administrar palestras educativas; Financeiro - para aquisição de folhetos explicativos sobre a HAS e suas complicações.

6.5 Quarto Passo: Análise da viabilidade do plano

Neste passo precisamos ressaltar que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Assim, será preciso identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisar seu posicionamento em relação ao problema, para que se possa definir operações para viabilizar o plano.

A motivação de um ator pode ser classificada como:

Motivação favorável - o ator que controla determinado recurso crítico colocando-o a disposição do ator que está planejando.

Motivação indiferente - o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido e nem está claro se ele fará oposição à utilização desse recurso.

Motivação contrária - oposição ativa à utilização do recurso.

Quadro 8. Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação

Viva a vida Modificar os hábitos de vida	Político - conseguir o espaço para a realização das palestras e para a realização de yoga ou outras técnicas relaxantes, como confecção de artesanatos.	Secretário de saúde / PSF	Favorável	Não é necessário
	Financeiro - financiamento de folhetos e matérias. Organizacional - ter apoio de nutricionista para acompanhar pacientes hipertensos e diabéticos.	Secretário de saúde	Favorável	Não é necessário
Xô doença Maior aceitação da doença	Político - Mobilização para aquisição de espaço para as palestras;	Setor de comunicação social	Favorável	Não é necessário
	Financeiro - para adquirir material educativo.	Secretário de saúde	Favorável	Não é necessário
Informe já Aumentar o nível de informação da população sobre HAS	Político - conseguir espaço para ministrar palestras educativas;	Secretaria de saúde e educação	Favorável	Apresentar projetos para melhorar nível de informação e cultura da população
	Financeiro - para aquisição de folhetos explicativos sobre a HAS e suas complicações.	Secretário de saúde / Prefeitura Municipal	Favorável	
Família unida Maior apoio familiar na aceitação e enfrentamento da doença	Organizacional - na mobilização da família e comunidade em relação à doença;	PSF / Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar projetos para a capacitação de profissionais visando mais informação para a família
	Político - maior disponibilidade de recursos para a capacitação dos profissionais.	Prefeitura Municipal	Favorável	

6.6 Quinto Passo: Elaboração de um plano operativo

Nesse ponto, temos como finalidade a designação dos responsáveis pelos projetos (gerente de operação - aquele que se responsabilizará pelo

acompanhamento da execução de todas as ações definidas, não sendo responsável por executá-las), além de definir os prazos para a execução das operações.

Quadro 9. Plano operativo.

Operações	Resultados	ProEndemias e Epidemias de Adultos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Viva a vida Modificar os hábitos de vida	Diminuição do número de sedentários, tabagistas e obesos.	Diminuição do número de sedentários, tabagistas e obesos.	Apresentar o projeto	Alessandra e Alexandre	2 meses para o início das atividades
Xô doença Maior aceitação da doença	Maior adesão, aceitação e enfrentamento da doença; diminuição do número de complicações da hipertensão.	Programa de palestras direcionadas à HAS; Grupos de hipertensos.		Sheila, Marisa e Edilene	2 meses para apresentar o projeto e iniciar as atividades em 4 meses
Informe já Aumentar o nível de informação da população sobre riscos e complicações da hipertensão.	População mais informada sobre os riscos da hipertensão	Grupos para avaliar o conhecimento da população sobre HAS; Palestras explicativas; Capacitação dos ACS para melhorar o nível de entendimento da população.		Secretária de saúde; Coordenador do PSF; e agentes (Karina e Cida)	Início em 3 meses e término em 4 meses. Início em 2 meses e término em 3 meses.
Família unida Maior apoio familiar na aceitação e enfrentamento da doença	Família mais participativa no acompanhamento da HAS, contribuindo para o tratamento.	Grupos de aulas direcionadas ao apoio familiar; Diminuição do número de descompensação; melhores resultados no tratamento; maior conscientização.		Patrícia e Eliene	Início das atividades em 3 meses

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial é indiscutivelmente um dos problemas de saúde pública mais importante no mundo. Ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem sua condição de portadores de hipertensão arterial e dos que têm conhecimento, 40% ainda não estão em tratamento. Dentre as causas desse desconhecimento, pode-se destacar o fato da doença ser assintomática e pela ausência de um esforço contínuo que vise à divulgação, ao conhecimento e à facilitação do acesso da população ao Sistema de Saúde (LOPES *et al.*, 2009).

O plano de ação proposto teve a finalidade de implantar uma nova forma de atendimento e intervenção aos usuários portadores de hipertensão arterial. Por meio do acolhimento e atendimento humanizado, muitos pacientes deixam o receio e medo da doença de lado para seguir as orientações fornecidas. Formação de grupos operativos, palestras, folhetos explicativos, visitas domiciliares, acompanhamento dos agentes comunitários de saúde irão colaborar para que a informação alcance um maior número de portadores hipertensos. Outras patologias associadas também poderão apresentar êxito no tratamento, como o diabetes mellitus (segunda patologia mais frequente no PSF Cândido Bernardes) e dislipidemias, por meio de uma estruturação adequada e apoio conjunto da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. BRANDÃO, A. A. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J. Bras. Nefrol.*, v.32, supl.1 São Paulo, 2010.
2. BRITO, T. M.; Giorgi, D. M. A. Hipertensão arterial sistêmica. Ed. Moreira Jr, 2012.
3. CESARINO, C.B; CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.V.; CIORLIA, L.A.; GODOY, M.R.P CORDEIRO, J.A.; RODRIGUES, I.C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq. Bras. Card.*, v.91, n.1, p. 31-5, 2008.
4. COELHO, E. B. S. et al. Doenças Crônicas não-transmissíveis. Capacitação a distância para Atenção Básica. Santa Catarina, 2008.
5. EID, L. P. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Análise pelo Teste de Morisky-Green. *Rev. Eletr. Enferm.*[Internet], v.15, n.2, p.362-7, 2013.
6. GELEILETE, T. J. M. et al. Abordagem inicial em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. *Rev. Bras. Hipertens.*, 2008.
7. LADEIRA, J. P. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cardiologia. São Paulo, 2012.
8. MALTA, D.C.; MOURA, L.; SOUZA, F.M.; ROCHA, F.M.; FERNANDES, F.M. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in *Saúde Brasil 2008*. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. p. 337-362.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hipertensão Arterial Sistêmica. Caderno de Atenção Básica, nº 15, Brasília, 2006.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Porta Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasília, 2012.
11. MORENO JUNIOR, H. et al. Hipertensão arterial refratária e de difícil controle. Bases fisiopatológicas da terapêutica. São Paulo, 2005.

12. NOBLANT, A. C. B. et al. Complicações da Hipertensão Arterial em Homens e Mulheres Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 83, n. 4, Salvador, 2004.
13. OLIVEIRA, S. G. Caracterização dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em serviço de urgência e emergência no município de Dourados-MS. Fundação Oswaldo Cruz. Campo Grande, set. 2010.
14. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Linhas de Cuidado - Hipertensão Arterial e Diabetes. Brasília, 2010.
15. ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.93, n.6, São Paulo, 2009.
16. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, p.1-51, 2010.
17. SOUZA, L. J. et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos. **Arq. Endocr. Metabol.**, v. 47, n. 6, Rio de Janeiro, 2003.
18. SOUZA, W.A. et al. Effect of pharmaceutical care on blood pressure control and health-related quality of life in patients with resistant hypertension. **American J Health-Syst Pharm**, v.64, p. 173-79, setembro, 2007.
19. SOUZA, W.A. et al. Caracterización clínica y adhesion farmacologica de individuos con hipertensión arterial refractaria" **Hipertensión (Madrid)**, v.25, p.83-84, 2008.
20. SOUZA, W.A. et al. Monitorização da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes com hipertensão arterial resistente. **Rev. Factores de Risco**, n.12, p. 22-31, 2009a.
21. SOUZA, W.A. et al. Intensive monitoring of adherence to treatment helps to identify "true" resistant hypertension. **J. Clin. Hypertens.**, v. 11, n.4, p. 183-91, 2009b.

Apêndice 1

MÉTODOS PARA VERIFICAR A ADESÃO DE HIPERTENSOS AO TRATAMENTO

As visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde serão o passo inicial para uma investigação e levantamento do número de pacientes hipertensos. Primeiramente, os agentes indagarão o número de hipertensos em cada área adscrita sob sua responsabilidade. As consultas médicas e de enfermagem também contribuem para se obter tais dados.

Para se chegar ao número de pacientes aderentes ao tratamento, é necessário um controle por parte da equipe médica do número de consultas e de como está o uso das medicações. Anotações do número de pacientes hipertensos de cada família e controle das medicações utilizadas são algumas das medidas que corroboram para tal controle.

O controle das medicações pode ser realizado através da contagem dos medicamentos dos pacientes, principalmente dos analfabetos e dos que moram sozinhos, que representam uma parcela importante. Tabelas ou saquinhos que separam os medicamentos por períodos do dia (sol - representando a manhã; comida - o almoço; lua - a noite, entre outros) é um dos métodos para se conseguir esse levantamento.

A aferição da pressão arterial na unidade de saúde ou em outros serviços de saúde, anotando os valores (controle pressórico), é outro método (resposta clínica) para se verificar a adesão dos pacientes.

Apêndice 2

QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE HIPERTENSÃO

1. Nome: _____

2. Sexo: masculino () Feminino ()

3. Usa medicamentos para "pressão alta"?

() Sim () Não

4. Quais medicamentos? _____

5. Tem costume de aferir a pressão arterial?

() Sim : () 1 vez na semana () 2 vezes na semana

() 3 ou mais vezes na semana () uma vez no mês

() outro

() Não

6. Pratica atividade física regularmente?

() Sim () Não

7. Se sim, com qual frequência?

() 1 vez na semana () 2 vezes na semana

() 3 vezes na semana () 4 vezes ou mais na semana

8. Como é sua alimentação?

Frutas Verduras Legumes Carne

9. Você fuma?

Sim Não

Se sim, quantos cigarros por dia? _____

10. Você ingere bebida alcoólica?

Sim Não

11. Há alguém na família com "pressão alta"? Quem? _____