

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SULEIDY OLIVERA CRUZ.

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A
INCIDÊNCIA E COMPLICAÇÕES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DO PSF “NILSON REZENDE
LEITE”, DO MUNICÍPIO SÃO THOMÉ DAS
LETRAS**

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SULEIDY OLIVERA CRUZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A
INCIDÊNCIA E COMPLICAÇÕES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DO PSF “NILSON REZENDE
LEITE”, DO MUNICÍPIO SÃO THOMÉ DAS
LETRAS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof^a. Olinda Maria Gomes da Costa Vilas

Boas

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2015

SULEIDY OLIVERA CRUZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A
INCIDÊNCIA E COMPLICAÇÕES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DO PSF “NILSON REZENDE
LEITE”, DO MUNICÍPIO SÃO THOMÉ DAS
LETRAS/MG**

Orientador: Prof^a. Olinda Maria Gomes da Costa Vilas

Boas

Banca Examinadora

Prof.

DEDICATÓRIA

Dedico esta revisão à Unidade Básica de Saúde da Família Nilson Rezende Leite,
por renovar em mim o desejo de ser um profissional e uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à minha supervisora Irene pela compreensão e apoio durante a realização desta pós-graduação.

Agradeço ainda toda equipe do NESCON pela ajuda durante este processo de crescimento pessoal e profissional.

*“A verdadeira medicina não é aquela que cura,
mas aquela que previne”.*

José Martí

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica representa o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares e seu diagnóstico precoce vem sendo enfatizado como importante estratégia na saúde pública. No Brasil, estudos apontam uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica que varia de 22 a 44% da população adulta. Primeiramente, realizou-se um diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 03 (Centro de Saúde Nilson Rezende Leite localizado em São Thomé das Letras/MG) para conhecer melhor o problema existente e, então, foi eleito o nó crítico "Hipertensão Arterial". Assim, o estudo apresentou como objetivo a elaboração de um plano de ação para diminuir a incidência e complicações de hipertensão arterial em um PSF. Para o embasamento científico foi realizada uma revisão de literatura com artigos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Agora/UFG. O plano de ação foi elaborado seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional, com a priorização do problema que é a alta prevalência de pacientes hipertensos. O estudo mostrou que ao aumentar o conhecimento das consequências da doença e aliado à prática de estilo de vida saudável garante um adequado controle e diminui o risco de complicações posteriores.

Descritores: Hipertensão Arterial, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a major risk factor for cardiovascular disease and early diagnosis has been emphasized as an important strategy for public health. In Brazil, studies show a prevalence of hypertension ranging from 22 up to 44% of the adult population. First we carried out a situational diagnosis for rapid assessment method in the area covered by the Family Health Team 03 (Nilson Rezende Leite located in São Thomé das Letras / MG) to better understand the problems and then elected the critical node " Arterial Hypertension ". This study proposed a plan of action to reduce the incidence and complications of Arterial Hypertension in UBS. For the scientific basis was carried out a literature review with items available in the database as: Virtual Health Library Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, SCIELO, among others, and the specialization course modules in the Primary Health Care family, now available on the Platform / UFMG. Action plan was drawn up following the Situational Strategic Planning method with the prioritization of the problem is poor adherence to treatment of hypertensive patients. The study showed that by increasing the knowledge of the consequences of the disease and coupled with the practice of healthy lifestyle ensures adequate control and reduces the risk of further complications.

Keywords: Arterial Hypertension, Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

COPASA - Companhia de Saneamento

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IMC - Índice de Massa Corporal

MG - Minas Gerais

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PSF - Programa de Saúde da família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISREDE - Sistema de Informação Saúde em Rede

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição demográfica da população da equipe de saúde da família 03, Centro de Saúde Nelson Rezende Leite.

TABELA 2: Classificação da Hipertensão Arterial

TABELA 3: Identificação e priorização dos problemas da ESF rural.

TABELA 4: Descritores do problema

TABELA 5: Desenho das operações para os nos críticos sobre problema de hipertensão

TABELA 6: Identificação dos recursos críticos

TABELA 7: Análise da viabilidade do plano

TABELA 8: Cronograma do plano de ação

TABELA 9: Resultados esperados após a implementação do plano

LISTA DE FIGURAS

- 1-** Árvore explicativa do problema Hipertensão Arterial Sistêmica.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVO	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO DA LITERATURA	23
5.1 A Hipertensão	23
5.2 Epidemiologia	26
5.3 Fatores de risco	27
5.4 Controle e Prevenção da HAS	28
6 PLANO DE AÇÃO	31
6.1 Identificação do problema	31
6.2 Priorização do problema	31
6.3 Descrição do problema selecionado	33
6.4 Explicação do problema	33
6.5 Seleção dos “nós” críticos	35
6.6 Desenho das operações para os “nós” críticos	35
6.7 Identificação dos recursos críticos	37
6.8 A análise da viabilidade do plano	38
6.9 Elaboraões do Plano Operativo	41
6.10 Resultados esperados	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

Hipertensão (HTN) é uma doença crônica caracterizada por um aumento contínuo no número de pressão arterial nas artérias. Embora não haja um limite estrito para definir a fronteira entre o risco e segurança de acordo com o consenso internacional, uma pressão sistólica mantida acima de 139 milímetros de Hg ou uma maior pressão diastólica sustentada de 89 mm Hg, estão associados com o aumento mensurável risco de aterosclerose e, portanto, é considerada uma hipertensão clinicamente significativa. A hipertensão está associada com taxa de morbidade e mortalidade consideravelmente maior, pois o que é considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública, especialmente em países desenvolvidos afetando cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo. A hipertensão é uma doença assintomática e fácil de detectar; no entanto, apresenta-se com complicações graves e fatais se não tratada precocemente. A Hipertensão crônica é o fator de risco mais importante para doenças cardiovasculares de risco modificável, bem como para acidente vascular cerebral e renal. (Hipertensão.,INSE,2012). A prevalência global da hipertensão arterial (definida como pressão sistólica ou diastólica pressão arterial igual ou superior a 140/90 mm Hg) em adultos acima de 18 anos e mais velhos foi de 22% em 2014. (SILVA *et al.*, 2006) Há muitos fatores modificáveis que têm um impacto nas altas taxas de prevalência de hipertensão arterial. Globalmente, a detecção, tratamento e controle são insuficientes devido à precariedade dos sistemas de saúde, particularmente em nível de cuidados primários (SILVA *et al.*2006)

A oportunidade de participar do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) veio de encontro aos meus desejos de prosperar profissionalmente e oferecer um serviço de melhor qualidade para a população.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nilson Rezende Leite é umas das unidades de saúde, dentre de varias, localizada na Região Rural do município São Thomé das Letras.

São Thomé das Letras situa-se ao Sul do Estado de Minas Gerais onde o município se estende por 369,8 km². Pertence à superintendência Regional de Varginha – MG e Micro região de Três Corações (Macro região do Sul Alfenas). A densidade demográfica é de 18 habitantes por km² no território do município. Faz

divisa com os municípios de São Bento Abade, Conceição do Rio Verde, Cruzília. Está situado a 1.318 metros de altitude e as coordenadas geográficas do município são: Latitude: 21° 43' 25" Sul Longitude: 44° 58' 53" Oeste. Está a 355 km distantes da capital Belo Horizonte. A população do município, de acordo com a mais recente estimativa realizada pelo IBGE em 2014, é de 7.001 habitantes (IEPHA, 2015).

O estado de Minas Gerais foi habitado por índios do tronco linguístico macro-jê (tronco linguístico cuja constituição ainda permanece consideravelmente hipotética), que teoricamente se estendeu pelos estados brasileiros do: Rio Grande do Norte, Ceara, Paraíba, Maranhão, Para, Bahia, Goiás, Tocantins, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul. As línguas do tronco macro-jê legaram algumas palavras para a língua portuguesa, embora não de modo tão expressivo quanto às línguas do tronco tupi. Futuramente, essas tribos foram quase exterminadas pela ação dos bandeirantes procedentes de São Paulo, que chegaram à região em busca de escravos e de pedras preciosas. A grande faixa de terras ao largo do Rio das Velhas foi conquistada pelo bandeirante Paulista Bartolomeu Bueno da Silva (mais tarde Anhanguera II) e, após a chegada de seu primo e futuro genro, João Leite da Silva Ortiz, à procura de ouro, ele ocupou, em 1701, a Serra dos Congonhas (mais tarde Serra do Curral) e suas encostas, onde estabeleceu a Fazenda do Cercado, base do núcleo do Curral Del Rei. No local, desenvolveu uma pequena plantação e criou gado, com numerosos escravos. O progresso da fazenda atraiu outros moradores.

São Tomé das Letras é uma localidade tipicamente na região serrana, edificada sobre um largo depósito mineral de quartzito - conhecidas como pedras-de-são-tomé” (utilizadas largamente na pavimentação de bordos de piscinas) que foram utilizadas na construção de algumas casas no município, no calçamento das ruas e, atualmente, muito utilizadas na elaboração do artesanato local. A lenda que deu origem a toda a história da cidade de São Thomé das Letras aconteceu em uma gruta. A origem do nome da cidade deve-se à aparição do santo e às escritas gravadas nas rochas e encontradas na entrada da gruta, que não se sabe terem sido feitas pelos índios cataguases antigos moradores da região ou se são palavras deixadas pelo santo. Com base na economia local, que é 60% oriunda da extração de pedras de quartzito, usadas no revestimento de casas, passeios, piscinas, e hoje

exportadas para vários países da Europa, a cidade ficou conhecida como “cidade de pedra” (IBGE, 2014).

As lendas, histórias e preceitos iniciáticos formam um clima esotérico na cidade, tornando-a conhecida como a cidade mística do Brasil, mas a vida dos seus moradores é bem simples, típica do interior de Minas (IBGE, 2014).

Devido a esse estranho fascínio que a cidade exerce nas pessoas que realizam visitação, São Thomé das Letras vem, ao longo dos anos, desenvolvendo o turismo. Em sete de março de 1996, recebeu o selo de potencial turístico, concedido pela EMBRATUR, passando a integrar oficialmente o rol das principais cidades turísticas do Sul de Minas, pertencendo também ao maior projeto turístico já realizado em Minas Gerais, a Estrada Real. (IBGE, 2014).

Hoje, a cidade conta com uma infra-estrutura capaz de receber bem o mais exigente turista. Restaurantes, pousadas, asfalto até a cidade, estação rodoviária, um excelente centro de eventos capaz de abrigar quase 18 mil pessoas e um amplo salão para festas e convenções.

Destacando-se pela beleza exótica de suas pedras, rica em cachoeiras, casarões antigos, mistérios, aparições, trilhas e montanhas, a cidade oferece muitas opções para você apreciar.

São Thomé das Letras possui uma área total de 369,51 km², Concentração habitacional: 18,01 hab./km². O  ndice de Desenvolvimento Humano de acordo com o IBGE (2000)   0,667. Sua taxa de Urbanização é de 51,28%. A Renda Média Familiar na população rural é de R\$724,00 e na população urbana   de R\$1.400,00 (SÃO THOME DAS LETRAS 2014).

No município de São Thomé das Letras,   de responsabilidade da Companhia de Saneamento de Minas Gerais – COPASA o abastecimento de água para toda área urbana do município, através de captação feita em dois poços profundos. Na zona rural, o abastecimento é feito por fontes próprias, na maioria das vezes a captação é realizada em cisternas ou poços artesianos, sendo que só tem tratamento 12% das águas na zona rural.

Na área urbana 99% do esgoto é recolhido adequadamente e nas áreas rurais apenas 19% .

As principais atividades econômicas que se destacam em São Thomé das Letras são: extrativismo, comércio, serviços gerais, administração pública, agropecuária, indústria de transformação, artesanato, transporte rodoviário e carga, hotéis e similares a atividades de apoio ao turismo.

Quanto aos aspectos demográficos, a cidade apresenta uma taxa de crescimento anual de 0.6617(SIAB 2013) e no município 0.67% da população mora abaixo da linha da pobreza.

A porcentagem de população usuária da assistência à saúde no SUS é de 75%, o sistema local de saúde, conta com o Conselho Municipal de Saúde de São Thomé das Letras (CMSST)

O CMSST funciona em caráter permanente, deliberativo e colegiado, com a função de atuar na formação de estratégias da política de saúde, controle da execução da política de saúde, inclusive seus aspectos econômicos e financeiros.

Em São Thomé das Letras, existe 1 conselho titular com 14 integrantes. As reuniões ordinariamente acontecem uma vez por mês e as reuniões extraordinárias são agendadas de acordo com a demanda de discussões às quintas-feiras.

O Fundo Municipal de Saúde é administrado pelo Secretário Municipal de Saúde e concentra recursos financeiros destinados a ações e serviços públicos de saúde, como atendimento ambulatorial, distribuição de medicamentos, agentes comunitários, vigilância sanitária, dentre outros. O município tem que possuir um Plano, um Conselho e um Fundo Municipal de Saúde, para poder receber os recursos da União. O Plano (Plurianual) Municipal de Saúde deve ser aprovado pelo Conselho.

O município de São Thomé das Letras possui cobertura de 100% da estratégia saúde da família, sendo coberto por três equipes de estratégia saúde da família, duas equipes de saúde bucal e uma equipe do NASF composta por Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista, Educador Físico. Mas, o tratamento odontológico especializado é referenciado para Três Corações.

O município não possui gestão de assistência plena, somente de atenção básica, apresenta Unidade Mista de Saúde Dr. César de Oliveira que atende

urgências e emergências em finais de semana e feriados prolongados apresentando com Hospital de referência, o de São Sebastião de Três Corações.

O setor de referência e contra referência funciona na secretaria municipal de saúde. As consultas, os exames e as cirurgias, são referenciadas de acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI). Atualmente os recursos da PPI estão localizados nas cidades de Três Corações, Cruzília, Pouso Alegre (Hospital das Clínicas Samuel Libânio), Varginha (Instituto de Pesquisa e Diagnóstico), e Belo Horizonte. O município integra o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Médio de Três Corações (CISAMTC) com sede na cidade de Varginha, onde realiza atendimentos (consultas) e procedimentos de média complexidade (Raios-X, Ultrassonografias). Os procedimentos de alta complexidade são referenciados para as cidades de Varginha, Pouso Alegre, Poços de Caldas, Belo Horizonte, Campinas e São Paulo.

Em relação aos recursos humanos em Saúde, cada ESF possui 1 médico de família, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 3 ou 4 agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada profissional tem carga horária semanal de 40h, exceto os médicos que podem apresentar uma dedicação mínima de 32h para atividades na ESF, sendo as outras 8h reservadas para prestação serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. O Núcleo de apoio à Saúde da família (NASF) é composto por médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, médicos ginecologista/obstetra, pediatra, psiquiatra, médico do trabalho, psicólogo, nutricionista, profissionais com formação em arte e educação (Arte educador) e sanitarista. Os profissionais do NASF não podem cumprir horário inferior às 20h semanais.

O nível de Alfabetização vem se reduzindo nos últimos 30 anos, tanto no município como no país (no Brasil, a taxa de analfabetismo é de 13,6%). O Nível de alfabetização do município é 77,64% alfabetizados. O município conta com três escolas sendo uma estadual e duas municipais.

A unidade básica de saúde Nilson Rezende Leite, encontra-se situada na zona rural de Sobradinho, com funcionamento das 7 às 17 horas diárias. Conta com um total de 16 recursos humanos distribuídos nas seguintes profissões: Médicos de PSF, Médicos especialidades (Clínico Geral, Pediatria, Obstetra); Licenciados em enfermagem, Auxiliar de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Psicóloga, Fisioterapeuta, Auxiliar de limpeza, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Farmacêutico, Cirurgião dentista e Auxiliar de dentista. A área física não é muito extensa, mas é muito bem aproveitada. A área física é constituída por : 1 sala de equipe, 2 consultórios de apoio (Clínica Médica, Obstetrícia), 1 sala de avaliação do agudo e agendamento, 1 sala de enfermeiro, 1 sala de zoonoses, 1 salas de acolhimento/agendamento, 1 farmácia, 1 recepção, 1 vacina, 1 coleta, 1 sala de odontologia com 1 consultórios, 1 recepção, cozinha, gerencia, além dos banheiros dos usuários e funcionários.

No caso da equipe 03 do Centro de Saúde, as características demográficas da área de abrangência esta distribuída conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição demográfica da população da equipe de saúde da família 03, Centro de Saúde Nelson Rezende Leite.

Nº DE INDIVÍDUOS	< 1 ANO	1-4 ANOS	5-9 ANOS	10-14 ANOS	15-19 ANOS	20-24 ANOS	25- 39 ANOS	40-59 ANOS	>=60 ANOS	TOTAL
ÁREA URBANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ÁREA RURAL	48	163	196	294	378	327	854	685	309	3254
TOTAL	48	163	196	294	378	327	854	685	309	3254

Fonte: SISREDE (2014).

A população esta classificada de alto risco, porém as ações de saúde são encaminhadas tendo em consideração a demanda dos habitantes; os quais são

muito atendidos dentro do Centro, mas na moradia também. Como parte da estratégia de trabalho da equipe 03, tem prioridade aqueles que mais precisam da atenção, como está estabelecida entre os princípios do SUS: a equidade. As principais causas de doença são: Doenças crônicas não transmissíveis (DM, HAS); Saúde Mental (dependência química; Alcoolismo; Tabagismo). Entre as principais causas de morte, podemos mencionar: Acidentes, Doenças do Coração, Câncer, Mortes Violentas, etc.

Para identificar às causas da elevada prevalência de pacientes hipertensos na ESF foram entrevistadas algumas dessas pessoas. Após a análise reconhece-se que os pacientes apresentam muitos fatores que influenciam para desenvolvimento da doença e de suas complicações tais como:

1-Hábitos e estilos de vida inadequados (Tabagismo, Alcoolismo, Alimentação inadequada);

2-Abandono do tratamento farmacológico;

3-Desconhecimento que os pacientes têm em relação à sua doença (HTA);

4-Abordagem médica e acompanhamento inadequado dos pacientes hipertensos.

Depois de explicado o problema e identificadas as causas consideradas mais importantes, foi necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como seguir o tratamento. 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.

A Escolha do tema está relacionada pelo elevado número de pacientes com Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF Nilson Rezende Leite do município São Thomé das Letras /MG; pelo grande número de pacientes não controlados e sem acompanhamento médico, o que aumenta consideravelmente o risco de complicações e também devido a uma precária qualidade de vida dos pacientes. Segundo dados estadísticos municipais, 35% da população maior de 35 anos são portadores de Hipertensão Arterial, sendo considerado um número elevado. Porém, a equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que é preciso elaborar um projeto de intervenção para garantir o acompanhamento e abordagem adequada desses pacientes de nossa comunidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais: Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência e complicações da Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF “Nilson Rezende Leite”.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a hipertensão como problema de saúde;
- Identificar os principais fatores de risco da Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF “Nilson Rezende Leite”;
- Identificar os pacientes com hipertensão da área de abrangência da equipe;
- Estruturar processo de revisão conceitual e atualização da hipertensão na atenção básica;
- Determinar as principais causas ou fatores que influem no aparecimento de complicações da Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF “Nilson Rezende Leite”

4 METODOLOGIA

Para elaboração do plano de intervenção, cujo objetivo foi diminuir a incidência e complicações da Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF “Nilson Rezende Leite”. O estudo será realizado no município de São Thomé das Letras /MG. O enfoque foi a população adstrita no PSF Nilson Rezende Leite. Para este projeto foi utilizado o diagnóstico situacional e o conhecimento do território estudado. Foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional.

Para a elaboração foi realizado uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais em saúde, biblioteca virtual da UFMG e outros dados importantes que foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de São Thomé das Letras, dados do Ministério da Saúde e outros arquivos da equipe.

O estudo contou com a participação dos profissionais de saúde e população adscrita no PSF Nilson Rezende Leite, no município de São Thomé das Letras. O estudo foi realizado com equipe: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e agentes de saúde, em parceria com a Secretária de Saúde do Município. Os descritores utilizados nesse estudo foram a Hipertensão Arterial, Atenção Primária de Saúde e Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, este Projeto já cumpriu algumas etapas do Planejamento Estratégico. Inicialmente cumpriu-se o momento explicativo, ou seja, elaborou-se uma seleção, descrição e explicação do problema selecionado. Depois, cumpriu-se o normativo, por meio da elaboração de um plano de intervenção para enfrentar o problema da Hipertensão Arterial. Dessa forma, este Projeto terá como descrito o planejamento em saúde. Assim, foi utilizada ainda, uma pesquisa de caráter bibliográfica com o objetivo de dar o suporte teórico necessário. Esta pesquisa ainda visa identificar os fatores que determinam ou contribuem para ocorrência da hipertensão arterial sistêmica e complicações.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, 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 (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial é definida como a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mm Hg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mm Hg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

A pressão arterial, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA VI, 2010) pode classificar-se como segue:

TABELA 2: Classificação da Hipertensão Arterial segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA VI, 2010)

Classificação	PA sistólica (mm Hg)	PA diastólica (mm Hg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: BRASIL (2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia (DBHA VI, 2010), o diagnóstico de hipertensão faz-se na presença de pressão sanguínea elevada e persistente. Tradicionalmente, isto implica três aferições com esfigmomanómetro efetuadas em consultório médico, depois de o paciente estar em repouso por pelo menos 10 minutos, realizada em posição sentada e repetidas com um intervalo a considerar consoante a gravidade do aumento de pressão arterial, se tal for o caso. No caso de se tratar de uma hipertensão limite, o intervalo poderá ser de um mês. Nos casos de hipertensão severa, o paciente deverá ser imediatamente medicado. De modo a evitar o "efeito do jaleco branco" em que por ansiedade a pressão arterial aumenta em presença do médico, poderá ser facultada a medição da pressão arterial em casa, com várias aferições ao dia, sempre após os 10 minutos de repouso. O paciente fará assim as anotações durante 3 a 7 dias que será avaliado pelo seu médico assistente. As aferições deverão no primeiro dia ser efetuadas nos dois braços, e se houver uma diferença de mais de 20 mmHg na pressão sistólica, as aferições seguintes serão sempre efetuadas no braço com pressão mais alta. Em caso contrário, será sempre escolhido o braço direito, pois antes de chegar às artérias do lado esquerdo já foi alimentado o braço direito e o cérebro e a pressão será assim discretamente mais baixa do lado esquerdo. O diagnóstico inicial de hipertensão deve também considerar um exame físico e todo o histórico médico do paciente. A pseudohipertensão entre os idosos pode também ser um fator a considerar no diagnóstico. Esta situação deve-se à calcificação das artérias, o que resulta em níveis de leitura anormalmente elevados no esfigmomanómetro enquanto que as aferições intra-arteriais são normais. Não esquecer que o processo de endurecimento das paredes das artérias é progressivo com o envelhecimento e o aumento da pressão arterial sistólica com a idade, também será progressivo sem que isto signifique hipertensão arterial. Estes dados desafiam o consenso atual, muito rígido nos critérios de hipertensão arterial acima dos 70 anos.

Uma vez completo o diagnóstico da hipertensão, o médico pode tentar identificar a causa com base em outros sintomas eventuais. A hipertensão secundária é mais comum na infância e adolescência, sendo na maior parte dos casos causada por doenças renais. A hipertensão primária é mais comum entre

adultos e corresponde a múltiplos fatores de risco, incluindo obesidade, hábitos de vida, estresse, uso de determinados medicamentos e antecedentes familiares. Podem também ser realizados exames de laboratório de modo a identificar possíveis causas de hipertensão secundária, e determinar também se a hipertensão já causou danos no coração, olhos ou rins. Também são normalmente realizados exames complementares para a diabetes e colesterol elevado, uma vez que ambos são fatores adicionais de risco para a eventualidade de uma doença cardiovascular e podem requerer tratamento complementar (ROSARIO *et al.* 2009).

Também são realizados exames laboratoriais para analisar o perfil renal do paciente. Dentre esses exames, a análise da creatinina é medida, com o objetivo de verificar a presença de doenças renais, que podem ser tanto causa como consequência da hipertensão. A creatinina do soro por si só pode sobreestimar a taxa de filtração glomerular (TFG), e orientações recentes têm indicado o uso de equações preditivas para avaliar corretamente a taxa. A TFG indica também uma medida base da função renal que pode ser usada para monitorizar efeitos secundários nos rins de determinados fármacos anti-hipertensivos. Também, a detecção de proteínas em amostras de urina é usada como indicador secundário de eventuais doenças renais. É feito também um eletrocardiograma (ECG) de modo a revelar eventuais indícios de que o coração esteja a ser submetido a um esforço adicional devido à pressão arterial elevada. Pode também mostrar se existe ou não uma hipertrofia do ventrículo esquerdo ou se o coração foi já sujeito a um distúrbio menor, como por exemplo, um enfarte silencioso. Pode ainda ser realizada uma radiografia torácica ou um ecocardiograma para verificar sinais indicadores de um eventual aumento ou danos no coração (MARTINS, 2010).

O impacto que o Programa da Saúde da Família traz para o controle da Hipertensão Arterial é muito significativo, sem esquecer que existem fatores de risco associados que permanecem, necessitando controle adequado. As taxas de pressão arterial podem diminuir e garantido o cuidado sistemático, incluindo prevenção e controle de fatores de risco e acompanhamento profissional adequado.

Estudos realizados em hipertensos demonstram presença de sobrepeso ou obesidade em muitos hipertensos, com taxas ligeiramente ou moderadamente elevadas para o colesterol total e glicemia em jejum. O fator socioeconômico continua sendo um importante fator na hora de avaliar estes casos, junto com o nível de escolaridade baixo (PEREIRA *et al.* 2011).

5.2 Epidemiologia

No estudo realizado por Cipullo *et al.* (2009) a prevalência estimada e ajustada da hipertensão para essa população foi de 25,23%. A prevalência de hipertensão neste estudo aumentou progressivamente e significativamente com a idade até os 69 anos e foi similar em mulheres e homens; exceto no grupo etário \geq 79 anos de idade.

A prevalência da hipertensão é maior em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento, mas a grande massa populacional em países em desenvolvimento tem contribuído de forma significativa para o número total de indivíduos hipertensos no mundo todo. Estima-se que por volta de 2025, 1,5 bilhões de pessoas serão hipertensos (CIPULLO *et al.* 2010).

Atualmente, a prevalência média mundial estimada da hipertensão é de 26,4%, com uma ampla variação, dependendo da população estudada, atingindo 21,0% nos EUA e Canadá, 33,5 a 39,7% nos países europeus, 15 a 21,7% nos países africanos e asiáticos e cerca de 40% na América Latina (CIPULLO *et al.*, 2010).

No presente estudo, a prevalência de hipertensão foi avaliada de acordo com grupos etários, determinando um número de indivíduos proporcional ao número de habitantes para cada grupo etário e ajustando-os para a população adulta (CIPULLO *et al.* 2010).

Frente à alta prevalência da hipertensão arterial, e ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e, também, níveis de controle pouco satisfatórios, é fundamental conhecer a prevalência de hipertensão e os aspectos relacionados ao tratamento e na população (MION JUNIOR *et al.* 2010).

Vários estudos de base populacional foram realizados em diversos estados brasileiros nos últimos anos, observando-se prevalências entre 10,0% e 42,0%, de acordo com a região, subgrupo populacional e critério diagnóstico utilizado. Considerando-se também a escassez de estudos de prevalência, conhecimento e controle da hipertensão nas regiões brasileiras, a obtenção dessas informações são extremamente necessárias para a planificação de ações preventivas, terapêuticas e assistenciais nas diversas regiões do país (ROSARIO *et al.* 2009).

A prevalência da HAS aumentou, sobretudo entre mulheres, negros e idosos. Constatou-se que mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são hipertensos (PEREIRA *et al.* 2011).

Conforme dados dos Indicadores e Dados Básicos (2006) da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa, a prevalência de hipertensão em São Thomé das Letras, entre indivíduos maiores de 25 anos é de 25,8%, com discreta variação entre os sexos, mas ampla variação entre as diferentes faixas etárias: 9,9% de 25 a 39 anos, 32,4% de 40 a 59 anos e 52,5% para maiores de 60 anos (PEREIRA *et al.*, 2011).

5.3 Fatores de Risco

A hipertensão arterial é um fator de risco para a doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência renal crônica e doença vascular das extremidades. Mas existem múltiplas condições de risco que condicionam a aparição da hipertensão arterial dependendo dos grupos populacionais, são elas:

- Gênero e Etnia: homens e mulheres são semelhante. Duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca;
- Excesso de peso e Obesidade;
- Ingestão de sal;
- Ingestão de álcool;
- Sedentarismo;
- Fatores socioeconômicos: Educação, baixa renda, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, diferenças dietéticas, estresse;
- Genética;
- Outros fatores de risco cardiovascular como diabetes, alterações do colesterol (MARTINS, 2010)

Ao lado da hipertensão, o sobrepeso ou obesidade, taxas elevadas de colesterol glicemia em jejum, associa-se com elevado risco cardiovascular, o que demanda maior cuidado no controle desses fatores de risco. Assim, ocorre o envolvimento de outros profissionais no cuidado dos hipertensos, como o

nutricionista, fisioterapeuta, educador físico; sem deixar de considerar como um elemento fundamental a pessoa como indivíduo responsável em primeiro lugar pelo cuidado da própria saúde, mas com o apoio e orientação multiprofissional (MARTINS, 2010).

Nos hipertensos, ainda se destaca a presença de forma significativa dos referidos estilos de vida inadequados, como o tabagismo e o índice de massa corporal mais elevado. Quanto ao etilismo, apesar da quantidade de etanol ingerida por dia apresentar-se na faixa mediana de tolerância para os hipertensos, observou-se que os hipertensos, apresentam esse hábito por muito mais tempo do que os não hipertensos. Sabe-se que, junto com a obesidade e o consumo de sal, o uso de bebidas alcoólicas é fator de risco para a hipertensão (CIPULLO, 2010).

As presenças de hipertensão arterial, de diabetes mellitus, de obesidade e de dislipidemias guardam entre si uma complexa relação, tendo em comum em sua etiologia o estilo de vida e a herança genética. Estudos realizados por Mion Junior e colaboradores, também verificaram a associação do índice de massa corporal elevado com outros fatores de risco cardiovasculares (MION JUNIOR *et al.*, 2010).

5.4 Formas de Controle e Prevenção da Hipertensão

O sucesso da adesão ao tratamento implica aumento na frequência de consultas com uma elevada assistência, o que permite mais oportunidade de ajustes nas doses de medicamentos e monitoramento ao tratamento não farmacológico. Considerando que a baixa renda, baixo nível de escolaridade, ou as condições difíceis de vida não impedem o bom sucesso na adesão ao tratamento (PEREIRA, 2011).

Algumas características do tratamento medicamentoso podem influenciar na adesão, ressaltando-se o custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos e tratamento por toda a vida. Destaca-se ainda, que comportamentos negativos, como o tabagismo, o etilismo e o acompanhamento irregular em serviços de saúde, associaram-se de forma relevante com o fato de deixar de tomar os medicamentos anti-hipertensivos. Acrescenta-se ainda, que o maior tempo de tratamento e menos acompanhamento em serviços de saúde, contribuíram para a falta às consultas. Por outro lado, fazer tratamento para a hipertensão foi

influenciado pela presença de comorbidades, como a hipercolesterolemia e idade mais avançada (MION JUNIOR *et al.* 2010).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, devido à baixa adesão ao tratamento. Em alguns estudos encontrou-se um alto percentual de hipertensos com pressão arterial não controlada (MARTINS, 2010).

O acompanhamento dos hipertensos pressupõe boa adesão ao serviço e, conseqüentemente, o controle adequado dos níveis pressóricos. Porém, uma boa adesão consiste em uma atitude global em relação à própria saúde e exige participação ativa dos próprios hipertensos. Para isso é necessário o comparecimento às consultas e a aferição regular da pressão arterial, a fim de avaliar o controle da hipertensão (ROSARIO, 2009).

A adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos e envolve aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação das condições de saúde do indivíduo. Desse modo, é necessária a adaptação ativa do sujeito a essas condições, a identificação dos fatores de risco no estilo de vida e o estabelecimento de hábitos e atitudes saudáveis (SILVA *et al.*, 2012).

Fatores de risco como idade, gênero, etnia e hereditariedade não são controláveis, mas mesmo assim, merecem atenção por indicar a vulnerabilidade do indivíduo aos fatores de risco controláveis, alertando para a necessidade de um controle mais rigoroso (GAMA *et al.*, 2010).

Quanto à idade, o risco duplica após os 55 anos, com morbidade duas vezes maior nos homens, dos 35 aos 44 anos, com queda progressiva desta diferença, reduzindo-se a 1:1 após os 75 anos. Em relação ao gênero, a perda do efeito protetor do perfil hormonal estrogênico pré-menopausa parece ser um fator de risco importante. No que se refere ao perfil genético, a predisposição genética para hipertensão arterial é indicada por história familiar. É um importante fator de risco em parentes do primeiro grau, homens abaixo dos 55 anos e mulheres abaixo dos 65 anos. Quanto à etnia, a raça negra é um determinante de elevado risco de evento cardiovascular. No Brasil, a importância da miscigenação na modificação desse risco ainda é fator a ser avaliado (GAMA *et al.*, 2010).

O tratamento atual da hipertensão arterial é baseado em medidas não farmacológicas e farmacológicas. As primeiras incluem ajuste calórico para manter o Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 25 kg/m², e maior do que 18,5 Kg/m²,

com distribuição das calorias diárias em 30% de gordura, 7% a 10% de gorduras saturadas, 55% de carboidratos, 15% de proteínas e 300mg ou menos de colesterol, com ingestão ideal de sal de 6g (2,4g de sódio) diárias ou menos, a depender da sensibilidade individual, e aumento do teor de potássio, através de maior consumo de frutas, verduras e legumes. A queda da Pressão Arterial reduz proporcionalmente o risco de Acidente Vascular Cerebral e de Doença Arterial Circulatória em cerca de 40% e 25%, respectivamente (GAMA *et al.*, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

Diante as dificuldades apontadas pelos hipertensos, pelo o seguimento do tratamento e as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde de família para reduzir a incidência da hipertensão arterial e as complicações acarretadas na saúde dos pacientes, varias idéias foram propostas para desenvolvimento desse projeto.

6.1 Identificação do problema

Após reunião com a equipe, a participação de alguns especialistas de apoio (Clinico geral, Nutricionista, Psicólogo, etc.), foi escolhida de acordo com o grau de envolvimento com os nossos pacientes.

Utilizando o método de estimativa rápida foi concluído que:

- Existem muitos fatores associados à prevalência de doença crônica, que é provocada ou incrementada por fatores de risco que estão em torno ao indivíduo;
- Existe um déficit controle e de acompanhamento pela ESF;
- O nível de conhecimento do individuo sobre a doença é um fator muito importante para garantir o seu controle;
- Existe desinteresse do paciente em relação ao auto cuidado.

6.2 Priorização do problema

A Priorização do problema da ESF rural Sobradinho está descrito na Tabela-3.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/prioridade
Número considerável de idosos morando sozinhos	Baixa	4	Fora	9
Alimentação inadequada	Alta	4	Parcial	2
Número elevado de pacientes com hábitos tóxicos (Tabagismo)	Alta	5	Parcial	5
Alta incidência de pacientes com depressão	Média	5	Parcial	7
Aumento das doenças crônicas não transmissíveis Hipertensão arterial	Alta	5	Parcial	1
Aumento das doenças parasitárias	Alta	5	Parcial	4
Escassez de vagas para consulta com especialistas	Alta	4	Fora	6
Escassez de vagas para realização de exames de laboratório	Média	4	Fora	8
Pacientes DM tipo 2	Alta	5	Parcial	3

Fonte: Autoria Própria (2015).

O problema priorizado foi a elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica, pois além de ter a maior pontuação em relação à demanda, nossa equipe apresenta um elevado número de hipertensos que não reconhecem a doença.

6.3 Descrição do problema selecionado

A hipertensão arterial é uma doença crônica degenerativa, cujos fatores determinantes são multifatoriais e constitui um problema de saúde pública no Brasil e, especificamente, na área de abrangência da equipe rural de Sobradinho. Ocupa um lugar de destaque no contexto epidemiológico, onde apresentam fator de risco para ocorrência de acidente vascular encefálico e infarto do miocárdio, agravos crônicos não transmissíveis, sendo considerada uma das principais causas de morbimortalidade na população (BRASIL, 2007).

Os números obtidos em bases de dados como o SIAB, IBGE e registros da equipe foram utilizados para verificar a dimensão do problema. Com esse levantamento de dados, percebemos que há uma parcela significativa da população com HAS sem acompanhamento e/ou sem o controle adequado. A ação da equipe frente a tais problemas vem sendo ineficaz. Não se dispõe de um grupo regular do Hipertensão e os ACS não tinham informação da gravidade do problema assim como não tinham conhecimento de como auxiliar. Eles atuam identificando casos agudos e solicitando consultas ou visitas para tais casos. Os dados estão demonstrados na tabela 4.

Tabela 4- Descritores do problema Hipertensão Arterial Sistêmica da Equipe Saúde da Família: Nelson Rezende Leite de Sobradinho.

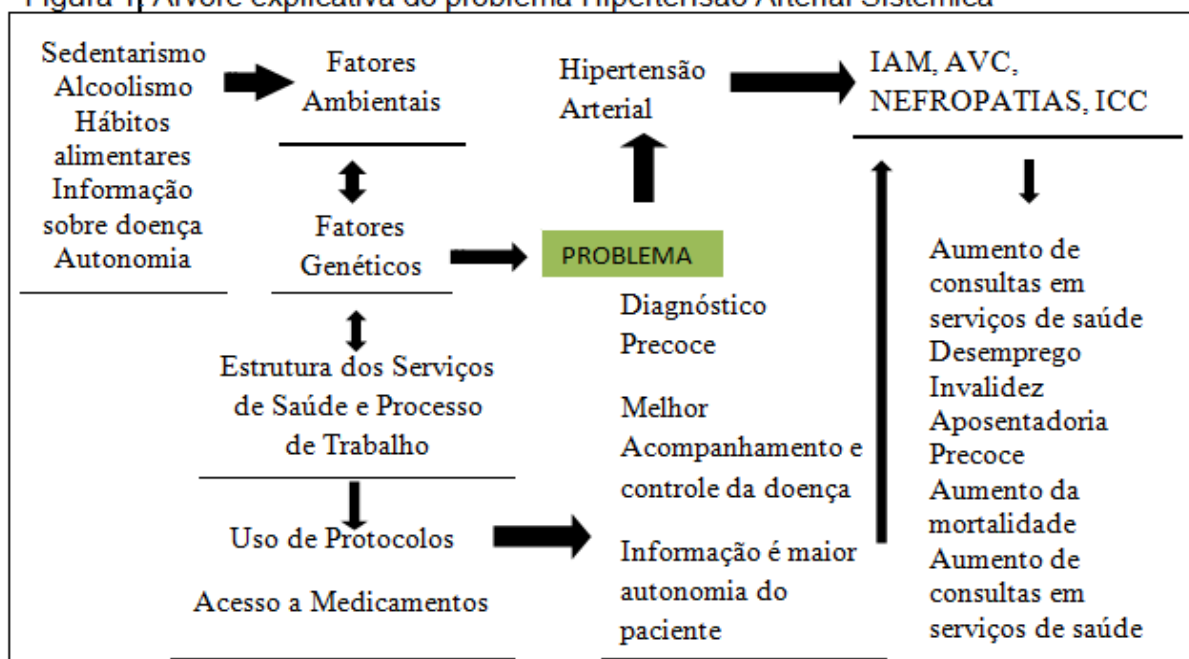
Hipertensos	Total	Fonte
<i>Cadastrados</i>	950	Controle individual
<i>Acompanhados</i>	560	Controle individual
<i>Controlados</i>	390	Controle individual

6.4 Explicação do problema

O problema selecionado como prioritário é a Hipertensão Arterial Sistêmica. Os fatores causais são: a predisposição genética, os hábitos e condições de vida, a informação e cultura do paciente. O próprio paciente é um agente atuante na condição de saúde uma vez que, ao adquirir maior controle sobre a dieta e atividade física (autonomia), passa a ser um agente responsável e fundamental para o controle da sua doença. Como consequência, pode-se apontar uma redução das consultas em estabelecimentos de saúde devido aos picos pressóricos e eventos como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

Ao longo do tempo e devido à gravidade da hipertensão, surgem lesões em órgãos caracterizadas como: hipertrofia do ventrículo esquerdo, insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, neuropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva, ocasionando limitações físicas, reduzindo a qualidade de vida e podendo levar ao óbito (RABETTI; FREITAS, 2011). Para tanto, deve-se realizar programas de saúde com o intuito de aumentar a cobertura aos hipertensos. Deve-se também melhorar a informação sobre a doença, estimulando a autonomia e a maior adesão ao tratamento. A figura 1 resume o principal problema, suas principais causas e consequências.

Figura 1| Árvore explicativa do problema Hipertensão Arterial Sistêmica



Fonte: ARTUR HENRIQUE DINIZ COSTA, 2014

6.5 Seleções dos “nós” críticos

A identificação das causas de um problema é muito importante. Após a avaliação detalhada, poderão ser identificadas várias causas, principalmente as que devem ser erradicadas para solucionar o problema principal e assim transformá-lo. Para realizar essa análise utiliza-se o conceito de nó crítico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Dias e Savassi (2007) apontam que para um problema ser considerado um nó crítico, ele precisa ser capaz de mudar positivamente o vetor descritor do problema, ser politicamente oportuno e estar dentro da governabilidade dos atores envolvidos. São eles:

- 1-Abandono do tratamento farmacológico;
- 2-Hábitos e estilos de vida inadequados (Tabagismo, Alcoolismo, Alimentação inadequada, Sedentarismo);
- 3-Desconhecimento que os pacientes têm em relação à sua doença (HAS);
- 4-Abordagem médica e acompanhamento inadequado dos pacientes hipertensos.

6.6 Desenhos das Operações para os “nós” críticos

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), após a identificação e a explicação das causas do problema, parte-se para o próximo passo, que é a elaboração do plano de ação que encaminha estratégias e soluções para o enfrentamento do problema. Assim, faz-se necessário relatar as operações para o enfrentamento das causas identificadas como “nós críticos”. Após, são identificados produtos e resultados para cada operação e, finalmente, selecionar recursos indispensáveis para a implantação e implementação das operações. Na tabela 5 está apresentado o desenho das operações para os nós críticos sobre o problema de hipertensão.

TABELA 5- Desenho das operações para os nós críticos sobre problema de hipertensão arterial.

Nó Crítico	Operação Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Abandono do tratamento farmacológico	Melhor tratamento da HAS.	Adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico.	Grupo operativo.	<p>Cognitivos</p> <p>Importância da adesão ao tratamento.</p> <p>Financeiros</p> <p>Programas de rádio</p> <p>Organizacional</p> <p>Recursos humanos e equipamentos</p>
Hábitos e estilo de vida inadequado	Melhoria da saúde. Modificar estilo de vida inadequado	<p>Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas. Diminuir o tabagismo.</p> <p>Aumentar a prática de exercícios físicos.</p> <p>Estabelecer alimentação adequada.</p>	Orientação por meio do HIPERDIA, rádios e escolas	<p>Cognitivo</p> <p>Informação e conhecimento sobre o tema.</p> <p>Organizacional</p> <p>Estrutura física PSF, recursos humanos, equipamentos necessários.</p> <p>Financeiros</p> <p>Programas de rádio.</p> <p>Políticos</p> <p>Mobilização da população</p>
Desconhecimento e falta de informação que os pacientes têm em relação à sua doença	Mais conhecimento Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre HAS	Pacientes com conhecimentos sobre HAS	<p>Divulgação nos meios de comunicação locais.</p> <p>Grupo operativo de Hiperdia.</p>	<p>Cognitivos</p> <p>Conhecimento sobre o tema</p> <p>Financeiros</p> <p>Programas de rádio</p> <p>Organizacional</p> <p>Estrutura física PSF, recursos humanos, equipamentos necessários.</p> <p>Político Mobilização</p>

				da população.
Abordagem médica e acompanhamento inadequado dos pacientes hipertensos	<p>Linha de cuidado HAS.</p> <p>Estabelecer a linha de cuidado para hipertensos incluindo os mecanismos de referência e contra-referências</p>	<p>Cobertura para 100%da população hipertensa ou com risco de HAS.</p> <p>Maior eficiência da ESF para enfrentar os problemas e</p> <p>Diminuir a incidência de hipertensos, seus riscos e complicações.</p> <p>Aumentar o número de pacientes controlados e acompanhados em ESF.</p>	<p>Linha de cuidado para HAS</p> <p>Protocolos de atendimento e acompanhamentos estabelecidos</p>	<p>Cognitivo</p> <p>Elaboração do projeto de linha de cuidados e protocolos.</p> <p>Organizacional</p> <p>Estabelecimento de referência e contra referência.</p> <p>Financeiros</p> <p>Para aumento das consultas com especialistas e recursos necessários</p> <p>Político</p> <p>Comunicação intersetorial.</p> <p>Adesão dos profissionais.</p>

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.7 Identificação dos recursos críticos

Considerando que os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis, foi proposto elaborar estratégias para que os tornem possíveis (Tabela 6).

Tabela 6. Identificação dos recursos críticos

Operação - Projeto	Recursos críticos
Melhor tratamento da HAS.	Cognitivos Importância da adesão ao tratamento
Melhoria da saúde	Políticos Comunicação intersetorial.
Mais conhecimento	Financeiros Programas de rádio e outros recursos necessários.
Linha de cuidado de HAS	Financeiros Para aumento das consultas com especialistas e recursos necessários.

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.8 A análise da viabilidade do plano

Na Tabela 7 estão demonstrados a análise da viabilidade do plano.

Tabela 7: Análise da viabilidade do plano

Operações - projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Setor que controla	Motivação	
Melhor tratamento da HAS.	Cognitivos: Importância da adesão ao tratamento	Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável	1-Cadastro de 100% de hipertensos da área 2-Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento 3-Garantir os recursos humanos capacitados (ACS) 4-Garantir os recursos matérias para atendimento adequado (meios diagnósticos, laboratórios)
Melhoria da saúde Modificar estilos de vida	Políticos Comunicação intersetorial.	Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável	1-Ações educativas a população sobre como modificar

inadequados.				<p>hábitos e estilos de vida inadequados</p> <p>2-Incentivar as práticas desportivas e evitar inatividade física ou sedentarismo</p> <p>.</p>
<p>Mais conhecimento</p> <p>Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre HAS.</p>	<p>Financeiros</p> <p>Programas de rádio e outros recursos necessários.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>Favorável</p>	<p>1-Melhorar os conhecimentos dos integrantes da Equipe de Saúde da Família.</p> <p>2-Capacitação de pessoal (ACS)</p> <p>3-Programar atividades com desenho educativo (palestras, rodas de conversas, aulas)</p>
<p>Linha de cuidado de HAS.</p> <p>Estabelecer a linha de cuidado para</p>	<p>Financeiros</p> <p>Para aumento das consultas com especialistas e</p>	<p>Secretaria municipal de saúde.</p>	<p>Favorável</p>	<p>1-Completar o ESF</p> <p>2-Garantir na contratação a pessoal</p>

HAS.	recursos necessários.			capacitado 3-Solicitar á Secretaria de Saúde o recurso humano e estrutural necessário
------	-----------------------	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.9 Elaboração do plano operativo

Para Campos, Faria e Santos (2010) este momento possui a finalidade de designar os indivíduos responsáveis por cada operação, além de definir os prazos para execução das mesmas. Essa etapa corresponde ao cronograma do plano de ação, que está representada na Tabela 8.

TABELA 8- Cronograma do plano de ação

CRONOGRAMA DO PLANO DE AÇÃO				
OPERAÇÕES	RESULTADO	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO
Melhor tratamento da HAS.	Adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico	<p>1-Garantia de acesso e disponibilidade de medicamentos na ESF</p> <p>2-Cadastro de 100% de hipertensos da área.</p> <p>3-Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento.</p> <p>4- Garantir os recursos humanos capacitados (ACS).</p> <p>5- Garantir os recursos materiais para atendimento adequado (meios diagnósticos, laboratórios)</p>	Lilianne	4-6 meses

<p>Melhoria da saúde.</p> <p>Modificar os estilos de vida inadequados</p>	<p>Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas.</p> <p>Diminuir o tabagismo.</p> <p>Aumentar a prática de exercícios físicos.</p> <p>Estabelecer alimentação adequada</p>	<p>1-Ações educativas para a população sobre como modificar hábitos e estilos de vida inadequados</p> <p>2-Incentivar as práticas desportivas e evitar inatividade física ou sedentarismo</p>	<p>Gleison Suleidy</p>	<p>6 meses</p>
<p>Mais conhecimento</p> <p>Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre HAS</p>	<p>Pacientes com conhecimentos sobre HAS</p>	<p>1-Melhorar os conhecimentos dos integrantes da Equipe de Saúde da Família.</p> <p>2-Capacitação de pessoal (ACS).</p> <p>3- Programar atividades com desenho.</p>	<p>Nizia</p>	<p>6 meses</p>
<p>Linha de cuidado de HAS.</p> <p>Estabelecer a linha de cuidado para HAS.</p>	<p>Todos os pacientes hipertensos.</p>	<p>1-Completar a ESF.</p> <p>2- Garantir a contratação de pessoal capacitado.</p>	<p>Fredemar</p>	<p>1 ano.</p>

		3- Solicitar á Secretaria de Saúde o recurso humano e estrutural necessário		
--	--	---	--	--

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.10 RESULTADOS ESPERADOS

Com a elaboração e implantação do plano de intervenção, espera-se obter os resultados expressos na tabela 9.

Tabela 9- Resultados esperados após a implementação do plano.

Resultados Esperados	
1	Adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico
2	Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo
3	Diagnosticar todos os pacientes com sintomas de HAS
4	Aumentar a prática de exercícios físicos
5	Estabelecer alimentação adequada
6	Pacientes com conhecimentos sobre HAS
7	Redução das comorbidades decorrentes da HAS
8	Estabelecer linhas de cuidados a todos os pacientes hipertensos
9	Melhor qualidade no atendimento.
10	Melhor atualização da hipertensão na área de abrangência

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou como proposta de intervenção realizar um plano de ação para reduzir a incidência e as complicações da hipertensão arterial, da área da abrangência do PSF Nilson Rezende Leite, do município São Thomé das Letras.

Sabe-se que a atenção básica ou atenção primária à saúde, configura-se como porta de entrada do usuário para ações de promoção à saúde e prevenção, a mesma constitui também como uma forma de proporcionar melhorias no bem estar das pessoas, além de proporcionar o conhecimento das doenças decorrentes na população adstrita em seu território.

A alta incidência de complicações de pacientes hipertensos, constitui-se uns dos maiores desafios para os profissionais da saúde no controle da hipertensão arterial. A adesão ao tratamento é, por tanto, um processo colaborativo que facilita a aceitação e uma integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo.

Porém, são muitos os fatores que contribuem para a alta incidência e complicações de pacientes hipertensos, tais como, a inadequada relação médico - paciente, o desconhecimento das características da doença e a sua cronicidade, hábitos de vida e uso errôneos de medicamentos.

Com base na revisão de literatura e no plano de intervenção proposto, além de outros agravos que estão presentes no cotidiano dessa unidade de saúde, conclui-se que:

- 1-É imprescindível conhecer a área de abrangência de atuação onde a unidade de saúde está inserida, pois desta forma é mais fácil se planejar as ações quando se conhece a realidade de determinada população;
- 2-Todos os profissionais de saúde que compõem a equipe devem juntamente com os usuários se mobilizar para que a implantação do plano de intervenção proposto consiga resultados positivos e efetivos;
- 3-A implantação do projeto de intervenção proposto irá aumentar o conhecimento dos usuários hipertensos em relação à doença, riscos, hábitos de vida saudáveis, para ajudar no controle;

4-É oportuno afirmar que, com a conscientização dos profissionais de saúde e a incorporação desses cuidados, poderá haver uma melhora na qualidade de vida da população adstrita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília. DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: [HTTP://www.saude.gov.br/sinanweb](http://www.saude.gov.br/sinanweb). Acesso em: 9 mar.2014

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. Disponível em: [HTTPS://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf). Acesso em: 07 de mar. 2014.

CIPULLO, J. P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.** São Jose de Rio Preto, p.519-526, abr. 2010.

COSTA, Diniz Artur, Trabalho de Proposta de melhorias na abordagem dos pacientes com Hipertensão Arterial no município de Inconfidentes/MG ,p.26

IV Diretriz para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial / II Diretriz para o uso da monitorização residencial da pressão arterial. **Arq. Bras. Cardiol** ;v. 85,(supl. II): p.5-18

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2014. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: febrero de 2015.

IEPHA,(Instituto Estadual do Patrimônio Histórico Artístico) ,fevereiro 2015)

GAMA, G.G. et al. Revisando os fatores de risco cardiovascular. Gama,G.G.et al.Revisando os fatores de risco cardiovascular.**Rev enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 18, p.650-655, 2010.

Hemmelgarn B, Zarnke KB, Campbell NRC, Feldman RD, McKay DW, McAlister FA, et al. The 2004 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1 – Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. **Can J Cardiol** v. 20, n.1, p.31-40. (2004)

Hipertensão: manejo clínico de hipertensão primária em adultos . Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica . Acessado em 30/12/2012.

LIMA, J. P. L. Adesão ao tratamento de hipertensão: Proposta de intervenção no Município Rio do Prado, MG. 2013. 50 f. TCC - Curso de especialização, Universidade Federal Minas Gerais. Uberaba, 2013.

LÓPEZ, E. F. Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF “Julho Leitão”, Pará de Minas, MG: Proposta de intervenção. 2014. 32 f. TCC - Curso de Especialização, Universidade Federal Minas Gerais, Pará de Minas, 2014.

MARTINS, M. S. A. S. *et al.* Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arq. Bras. Cardiol**; v.94, n.5, p.639-644, 2010.

MION JUNIOR, K. L.*et al.* Hipertensão Arterial na cidade de São Paulo: Prevalência Referida por Contato Telefônico. **Soc. Bras. Cardiol**; v.95,n.1, p.250-263,2010.

MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. Utilização de consulta medica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados na PNAD 2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3781-3793, 2011.

PEREIRA, A. F.*et al.* Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular. Belo Horizonte: PRODABEL, 2011.

ROSARIO, T. M.*et al.* Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobre, MT.**Soc. Bras. Cardiol.** v.9,n.6, p. 672-678,2009.

SÃO THOMÉ DAS LETRAS, Departamento Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de SÃO THOMÉ DAS LETRAS 2010-2014. SÃO THOMÉ DAS LETRAS, 2010:

SILVA, C. S.*et al.* Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc. Enferm.**, João Pessoa, p.584-590, 2012

SIAB, 2013 Sistema de Informação de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2013

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, (Supl. 1), p. 1-51, 2010.