

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

TATIANA JANUZZI NAVES VILELA

**CONTROLE E REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DR.CARLOS ANTÔNIO FAGUNDES DE SOUSA,
TRÊS PONTAS DO SUL- MG**

CAMPOS GERAIS - MG

2015

TATIANA JANUZZI NAVES VILELA

**CONTROLE E REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DR. CARLOS ANTÔNIO FAGUNDES DE SOUSA,
TRÊS PONTAS DO SUL- MG**

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

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

CAMPOS GERAIS-MG

2015

TATIANA JANUZZI NAVES VILELA

**CONTROLE E REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DR.CARLOS ANTÔNIO FAGUNDES DE SOUSA,
TRÊS PONTAS DO SUL- MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Examinador 2: Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, de de 2015.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é, atualmente, a principal comorbidade que aflige a população brasileira, estando presente em um a cada cinco brasileiros, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Apresenta elevada prevalência e baixas taxas de controle, não só no Brasil como, também em outros países. Apesar de haver dados que comprovam que não existe idade para o início de um quadro de hipertensão arterial sistêmica, uma vez que alguns fatores podem favorecer a incidência da doença, sabe-se que a doença é mais comum em pessoas com idade superior a 50 anos. Este estudo traz como foco principal a adesão do indivíduo portador de hipertensão arterial ao tratamento e seu acompanhamento em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Três Pontas, ESF Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa. O objetivo deste estudo foi elaborar uma proposta de intervenção com a finalidade de melhorar o controle e a adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Trata-se de uma revisão de literatura onde foram pesquisadas as produções científicas inerentes ao tema hipertensão arterial sistêmica. Foram levantados dados do Programa de Sistema de Informação de Atenção Básica de pacientes hipertensos cadastrados. Acreditando no potencial da Estratégia de Saúde da Família foi apresentada uma proposta para implantação do projeto de intervenção para melhoria à atenção à hipertensão arterial, com a finalidade de melhorar a adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pelas equipes de Saúde da Família da ESF Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa – Três Pontas.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica. Saúde da Família, Projeto de intervenção.

ABSTRACT

Hypertension is currently the main comorbidity afflicting the Brazilian population, being present in one in five Brazilians, according to the World Health Organization (WHO). It has a high prevalence and low rates of control, not only in Brazil but also in other countries. Although there are data showing that there is no age at onset of Hypertension above Systemic, since some factors may favor the incidence of the disease, it is known that the disease is more common in people over the age of 50 years . This study has as its main focus the adherence of the individual with high blood pressure treatment and follow-up on a health strategy for the Three Points of municipality Family, ESF Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa. The objective of this study was to prepare a proposal for intervention in order to improve control and adherence of hypertensive patients to medication and non-medication. This is a literature review where scientific production inherent in the theme Hypertension were surveyed. Data System Program of Care Information Basic hypertensive patients registered were raised. Believing in the potential of the Family Health Strategy a proposal for implementation of the intervention project to improve the healthcare for hypertension was presented, in order to improve adherence of hypertensive patients to medication and non-medication by Health teams ESF Family Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa - Três Pontas.

Key words: Hipertension, Family health, Intervention plan

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
4 METODOLOGIA.....	12
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	18
7 COMENTÁRIOS FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

O município de Três Pontas- MG é sede do polo da microrregião (Santana da Vargem, Boa Esperança, Illicínea, Coqueiral). Está localizado na região Sul de Minas Gerais, com 54.289 habitantes (população estimada ano 2012), destes 46.689 moram na zona urbana e 7.600 na zona rural, sendo 26.920 é do sexo masculino e 27.369 do sexo feminino (IBGE, 2010).

De acordo com o DATA/SUS, Três Pontas possui 184 estabelecimentos de saúde, 35 são públicos e 149 particulares, 05 UBS (Policlínicas), 01 PAM, 01 Hospital, 01 UTI (adulto), 12 consultórios odontológicos, sendo 01 móvel (Odontomóvel), 01 Centro Integrado de Atenção à Mulher e Adolescente (CIAMA), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), 01 Serviço de Atenção Especial (SAE), 01 Farmácia básica municipal, 04 UBS de Saúde da Família, sendo 02 na zona rural (compreende cobertura total) com 08 postos de atendimentos e 02 na zona urbana e em cada equipe contém 01 equipe de saúde bucal, estas unidades são composta por multiprofissionais (DATASUS/MG; SIAB/TRÊS PONTAS/MG)

A ESF, onde atuo, localiza no bairro Alcides Mesquita. Como é uma unidade nova no município, não temos ainda o número total de famílias cadastradas, mas o trabalho das ACS, continua, para logo mais termos esse dado concreto.

Até o momento, pelos dados do SIAB do mês de abril, foram cadastradas 260 famílias, totalizando 817 pessoas (420 do sexo feminino e 397- sexo masculino). Destas, todas possuem tratamento e abastecimento de água no domicílio, destino do lixo é feito em coleta pública, destino de fezes e urina em sistema de esgoto, as casas são construídas de tijolos/adobes e tem energia elétrica.

Como dito anteriormente, a unidade é nova, e foi inaugurada neste ano de 2015, no mês de março, dando início às atividades a partir de então. Temos uma coordenadora, reuniões mensais e projetos para poder realizar atividades em grupos, a fim de fazer um trabalho em equipe, humanizado, com promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Atualmente, a unidade está bem equipada, com medicamentos orais e injetáveis, equipamentos adequados, sala do médico, enfermeira, triagem/acolhimento, mesa ginecológica, sala reservada para dentista, porém sem instrumentos odontológicos.

Em relação à equipe, é composta por mim, médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitárias de saúde, uma recepcionista, e uma profissional de serviços gerais. Todas elas muito competentes e disponíveis.

O horário de funcionamento da ESF é de 7:00 as 17:00 horas; nossa área de abrangência é apenas na zona urbana ; a maioria dos atendimentos estão sendo por consultas agendadas, porém com vagas para livre demanda, sempre que necessário.

O presente trabalho originou-se a partir do levantamento de problemas de saúde, realizado pelo método de estimativa rápida, elaborado pela equipe, por meio da análise de prontuários, observação da comunidade e pelo diálogo com a população identificamos diversos problemas, mas ao priorizá-los, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi aquela que mais se destacou, reafirmando os dados existentes no SIAB do município.

Segundo o SIAB de abril de 2015, existiam 817 pessoas cadastradas com 174 hipertensas.

Diversas são as causas da HAS, como por exemplo: fatores genéticos, obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, dentre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

É comum encontrar pacientes portadores de doenças crônicas com maior risco de agudização, uma vez que não há controle adequado dessas doenças. Os pacientes têm dificuldade para entender a prescrição, muitos vivem sozinhos e não sabem ler, outros por acharem que como não sentem nada não precisam de medicação.

A grande maioria (uma parcela importante) não segue estilo de vida saudável, não faz exercício físico ou segue uma dieta balanceada (BRASIL, 2006).

O descontrole dessa doença gera agravos à saúde, aumentando o risco de incapacidade, diminuindo a sobrevida e gerando custos altos (aos sistemas de Saúde e Previdenciário) à saúde (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de pacientes hipertensos que não possuem bom controle pressórico na microárea de atuação e a necessidade de avaliar a implantação de diretrizes para o acompanhamento dos portadores de HAS pela ESF Dr.Carlos Antônio Fagundes de Sousa.

A prioridade desse problema foi levantada através da análise de estimativa rápida. Por meio dessa análise foi diagnosticado diversos problemas, tais como, baixo nível de escolaridade da população idosa, uso indiscriminado de ansiolíticos e anti-depressivos, infra-estrutura deficiente, ausência do NASF e o de maior destaque sendo a alta prevalência de hipertensos descontrolados.

Observou-se uma dificuldade da população em seguir as condutas terapêuticas prescritas, muitas vezes por falta de conhecimento da população ou por desconhecimento da gravidade da doença quando não tratada adequadamente e considerando a importância da hipertensão arterial sistêmica na morbimortalidade com impacto negativo na qualidade e expectativa de vida e o elevado número de complicações cardiovasculares acarretados pelo tratamento inadequado dessa doença, e a existência de um número expressivo de portadores de hipertensão arterial na população coberta pela Equipe de Saúde da Família Dr.Carlos Antônio Fagundes de Sousa.

Devido à grande importância do tema, a pesquisa encontra justificativa para a sua realização, uma vez que a hipertensão arterial sistêmica é uma doença considerada grave, associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Atuar sobre hábitos e estilos de vida, em particular, sobre alimentação e atividades físicas, tem um impacto positivo sobre a qualidade de vida e para a prevenção de complicações da HAS e constitui um desafio para as equipes de atenção primária e justifica o presente Plano de Intervenção.

3 OBJETIVOS

Propor um Projeto de Intervenção para os hipertensos da equipe da ESF Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa, do município de Três Pontas, a fim de obter bom controle pressórico.

3.1 Objetivos Específicos:

1. Contribuir para a redução de peso dos usuários assistidos, atingindo um índice de massa corporal adequado;
2. Incentivar a prática de exercícios físicos regulares e alimentação saudável;
3. Melhorar o conhecimento da população sobre a doença, seus agravos e formas de enfrentamento.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico em Saúde (PES). O PES foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus, Ministro da Economia (e assessor direto) do governo de Salvador Allende, o então Presidente do Chile. Para Matus (1989; 1993), planejar é como preparar-se para a ação. E, para agir, é fundamental investir no aumento da capacidade de governar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). É utilizado para facilitar a comunicação de toda a equipe de saúde, através da qual irão trocar ideias, e fazer uma análise sobre o processo de saúde que está ocorrendo dentro da equipe. Isto é feito no ambiente de trabalho o que facilita a participação de todos os membros. Assim sendo, a equipe se torna mais unida e interessada. Com a reflexão, sugestões, dificuldades de cada um, é que a equipe cresce, ensina e aprende, pois assim podem levantar os problemas que ocorrem na comunidade e na própria equipe e sugerir soluções, gerando novas condutas para melhoria do serviço.

A ESF é um meio de proximidade com a comunidade, assim sendo, fica mais fácil o conhecimento dos problemas e também de se levantar possíveis soluções. Isto pode ser feito pela prática da observação, diálogo com a população e também analisando registros sobre determinado assunto, constituindo um método rápido e barato de se obter informações, que seria a Estimativa Rápida. Porém a estimativa rápida não informa a real dimensão do problema, então a partir de um determinado dado tem-se que aprofundar o conhecimento sobre ele, às vezes necessitando de novos estudos. Para que a estimativa rápida ocorra, é necessário em primeiro lugar, elaborar quais são as informações fundamentais e formular perguntas simples e rápidas para obtenção dessas informações.

Feito isso, deve-se escolher os métodos as quais essas perguntas serão aplicadas, a forma de obtenção de dados. Os dados levantados por meio deste método serão coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e na observação ativa da área (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Em minha área de abrangência não é diferente, existem diversas patologias crônicas, sendo a hipertensão arterial sistêmica, a de maior prevalência. Diversas são suas causas, como por exemplo: fatores genéticos, obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, dentre outros. Foi feita uma revisão de literatura sobre o tema, com o propósito de informar e atualizar o leitor em um curto espaço de tempo sobre a doença, seus riscos e sequelas, proporcionando a promoção e prevenção de saúde da população. Os dados levantados a partir da estimativa rápida e da revisão de literatura ajudarão na elaboração da proposta de intervenção, conforme Campos; Faria e Santos (2010).

Resumindo metodologicamente foi realizado o diagnóstico situacional utilizando a estimativa rápida, a revisão narrativa da literatura e a elaboração do projeto de intervenção utilizando o PES.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica implica em transformações expressivas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravo em longo prazo, o que resulta, geralmente, em mudanças nos hábitos de vida dos portadores desta doença, exigindo esforços não apenas das mesmas, mas também de seus familiares, das pessoas próximas e dos profissionais de saúde. O aumento do número de pacientes portadores de doenças crônicas reforça a necessidade de um modelo de saúde que permita aos profissionais conhecer a realidade onde ele atua e conseqüentemente que trace estratégias de intervenção possíveis de serem alcançadas (ESTEVAM *et al.*, 2010).

Nesse contexto, as políticas de saúde devem voltar-se para ações de saúde que visem busca ativa da população, para garantir o diagnóstico precoce e implementar as medidas educativas pertinentes. A HAS, inserida no âmbito das doenças crônicas cardiovasculares, tem seu tratamento dificultado, com prejuízo nas taxas de adesão, em decorrência das implicações que a terapêutica gera na vida do paciente. A necessidade da modificação de hábitos segrega o paciente em seu ambiente familiar, restringindo o de compartilhar da cultura populacional estabelecida. A equipe de saúde deve sensibilizar o paciente e a comunidade para a importância da adesão às medidas terapêuticas indicadas, orientando-o quanto aos riscos a que está exposto e a importância das mudanças no estilo de vida para prevenção de complicações (ROCHA, 2009).

Os principais fatores desencadeantes da HAS são: características sócio-demográficas (idade, sexo, etnia e fatores socioeconômicos), circunferência abdominal, obesidade, consumo excessivo de sal, ingestão calórica, nível de atividade física e tabagismo. (MURADAS, 2012).

Ao analisar algum destes fatores separadamente, Simão (2005) afirma que a elevação da pressão arterial é mais frequente em mulheres do que em homens em idade superior aos 40 anos.

De acordo com Campos (2004), os afro-descendentes são mais suscetíveis ao desenvolvimento da HAS devido a uma grande sensibilidade ao sal. A obesidade é um dos principais fatores desencadeantes da HAS.

Segundo Kohlmann (2012), o excesso de peso relaciona-se diretamente à gravidade da hipertensão. Corroborando com esta afirmação, Borges *et al.* (2008) também afirmam que ocorre maior relação entre a elevação da HAS e indivíduos com excesso de peso. A alimentação inadequada também é um fator de grande influência no desenvolvimento da patologia.

Molina *et al.* (2013) ressaltam que a grande ingestão de sal na dieta aumenta os níveis pressóricos, independente da idade e de outros fatores. A HAS propicia o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Conforme Martínéz *et al.* (2010), a HAS é um importante fator de risco cardiovascular. Já Ekore; Ajayi e Arije (2009) evidenciam a hipertensão como uma doença crônica que afeta as pessoas de todas as faixas etárias, ambos os sexos e todas as classes sócio econômicas. É caracterizada como hipertensão, quando o valor da pressão arterial sistólica é igual ou superior a 140mmHg e a pressão arterial diastólica é igual ou superior a 90mmHg.

A hipertensão apresenta grande morbidade, com altos custos envolvidos no seu tratamento, elevando o custo médico-social, principalmente, pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (SILVA *et al.*, 2006).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle; é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE

CARDIOLOGIA, 2010). Consiste em um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial (EKORE; AJAYI; ARIJE, 2009).

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA), a partir de 115/75 mmHg, de forma linear, contínua e independente. No ano de 2001, aproximadamente 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um problema mundial, grande fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares e para seu controle torna-se necessário a utilização de medicamento e sempre, uma intervenção não medicamentosa, como por exemplo, a prática regular de atividade física.

O exercício promove muitas alterações no organismo, não sendo diferente com o sistema imune, pois ocasiona alterações nos mensageiros químicos do nosso sistema. A literatura informa que exercícios físicos realizados moderadamente podem oportunizar melhoramentos no sistema imune, enquanto exercícios intensos acabam deixando os indivíduos mais expostos a infecções (NEHSLEN-CANNARELLA, 1998).

O músculo esquelético é essencial na execução do exercício físico e é um extraordinário ativador do sistema imune. O método de contração muscular consegue acionar células específicas da fibra, que amplia a síntese e excreção da IL-6, durante a atividade, para o plasma, sendo esta interleucina um auxílio no controle fino de sinalização da regulação dos metabolismos das gorduras, proteínas e carboidratos. (PETERSEN; PEDERSEN, 2006).

Num estudo, realizado por Gokhale *et al.*(2007), onde, por 12 semanas, de exercício aeróbico moderado, em atletas e não atletas, foi apurado diminuições nas

concentrações basais de IL-6 e TNF, sendo essas, mais exacerbadas em não atletas.

Outro estudo, de Sloan *et al.* (2007), também verificou reduções nas concentrações de TNF, em indivíduos, submetidos a 12 semanas de treinamento aeróbico de intensidade moderada a alta. Os resultados assinalaram, além da redução dos níveis de TNF, melhorias na prevenção de 26 doenças como aterosclerose.

Dentre esses protocolos de exercício, os de características resistidas, como por exemplo, a musculação vem comprovando, conforme Marx *et al.* (2001), alterações importantes no sistema neuromuscular, metabólico, e diminuições nos valores basais das citocinas plasmáticas inflamatórias. A IL-6 desempenha também um papel muito importante no metabolismo durante o exercício.

A Interleucina 6 é produzida predominantemente no trabalho de músculo esqueléticos e a atividade física interfere na liberação de citocinas, que regulam o contato intercelular. A intensidade do exercício físico está diretamente ligada à liberação da IL-6 no exercício e quando os períodos de recuperação entre as sessões de exercícios são curtos e a intensidade do esforço elevada, pode ocorrer elevação da Interleucina-6. De acordo com as evidências da literatura, o efeito crônico do exercício físico aeróbico e resistido, causa alterações nos níveis basais de IL-6 e TNF, procedendo, numa diminuição nos acometimentos de concentrações exacerbadas dessas citocinas, como reumatismo, aterosclerose, hipertensão diabetes e doenças cardiovasculares (GOKHALE *et al.*, 2007).

A HAS, que tem uma elevada prevalência nas diversas comunidades, é um fator de risco maior para as doenças cardiovasculares e o tratamento do indivíduo hipertenso tem como objetivo final a redução da mortalidade e morbidade cardiovasculares (PEREIRA, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1- Identificação dos problemas

Por meio do diagnóstico situacional, utilizando o método de estimativa rápida foram identificados os problemas vivenciados pela comunidade e pela equipe.

- Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica descompensada;
- Ausência do NASF;
- Nível baixo de escolaridade da população idosa;
- Infra-estrutura deficiente;
- Uso indiscriminado de ansiolíticos e anti-depressivos;

6.2- Priorização de problemas da ESF Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa

Com base nos critérios de seleção, elaborou-se o quadro abaixo demonstrando a importância de cada problema, a capacidade de seu enfrentamento pela equipe e a ordem de prioridades.

Quadro 1- priorização dos problemas encontrados na ESF Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa, 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica descompensada	Alta	7	parcial	1
Ausência do NASF	Alta	5	parcial	2
Nível baixo de escolaridade da população idosa	Alta	3	Fora	3
Infra estrutura deficiente	Alta	4	Fora	3
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	5	parcial	2

6.3-Descrição do Problema priorizado

O tema que foi escolhido para ser abordado é alta prevalência de pacientes hipertensos que não possuem bom controle pressórico. As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de dentre os 174 hipertensos registrados na Equipe Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa, 78 não têm um bom controle pressórico. Do total de hipertensos, 172 possuem mais de 15 anos, 02 tem de 0 a 14 anos, 53 pacientes são idosos (SIAB,2015). Outra questão insatisfatória é a falta de exercícios físicos dessa população, e também o hábito de fumar.

Esses pacientes, em sua maioria, não são bem orientados a respeito da doença e de seus agravos, não fazem uso correto da medicação e não seguem hábitos de vida saudáveis. A equipe, por sua vez, tem a responsabilidade de enfrentar esses problemas promovendo ações para tal.

Um tratamento correto visa principalmente reduzir complicações e para isso necessita-se uma maior conscientização da população acerca de seu problema e suas consequências, já que o tratamento é simplificado com a colaboração dos pacientes em conseguir mudanças essenciais dos hábitos de vida e uso correto dos medicamentos. Para essa conscientização podemos fazer uso de estratégias que envolvam toda a equipe de saúde em associação com a população. Visitas domiciliares, palestras elucidativas e programas especiais como para exercícios físicos regulares, são estratégias importantes. O quadro abaixo descreve os descritores do problema selecionado.

Quadro 2- descritores do problema priorizado, 2015.

Descritores do Problema	Importância	Fonte
Hipertensos Cadastrados na Equipe	174	SIAB
Hipertensos acima de 15 anos	172	Registro da Equipe
Hipertensos que não possuem bom controle pressórico	78	Registro da Equipe

Hipertensos acima de 60 anos	53	Registro da Equipe
Tabagistas	26	Registro da Equipe
Sedentários	70	Registro da Equipe

6.4- Explicação do Problema

O problema selecionado como prioritário é a alta prevalência de hipertensos descompensados. A hipertensão arterial sistêmica ocorre devido a associação de fatores genéticos, ao envelhecimento populacional e aos fatores de risco (obesidade, sedentarismo, padrão alimentar). Uma vez diagnosticado o paciente deve aderir ao tratamento medicamentoso e a mudança de estilo de vida. Se não houver aderência ao tratamento e/ou ao estilo de vida esse paciente não terá bom controle pressórico. A pressão arterial elevada aumenta o risco de complicações, tais como aumento de riscos cardiovasculares, retinopatia hipertensiva, além de gerar perda da produtividade, aumento de custos para o sistema de saúde e de internações.

6.5-Seleção dos “nós críticos”

Considerando nó crítico como causa a ser solucionada para a resolução do problema principal, foram selecionados alguns pontos a serem trabalhados. São eles:

- Hábitos e estilos de vida inadequados
- Falta de informação a respeito da doença e de seus agravos
- Uso incorreto da medicação

6.5-Desenho das operações

A partir dos “nós críticos” constatados é que propomos operações para o problema, resultados e produtos esperados e recursos necessários à sua efetivação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 3- desenho das operações para os nós críticos. 2015

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos estilos de vida inadequados: alimentação, tabagismo, obesidade, sedentarismo.	<i>Viver Melhor</i> -Alimentar bem e de forma saudável -Modificar hábitos e estilos de vida.	Alimentação balanceada e apropriada a hipertensos. -Atingir IMC entre 19 - 25. Prática de exercícios físicos em no mínimo 20% da população de hipertensos.	Programa de caminhada; Campanha educativa nas escolas e igreja; Programa de orientação alimentar; Presença de nutricionista na escola para acompanhar crianças de risco (Nutricionista na escola).	Cognitivo: informação sobre o tema; Políticos: mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiros: financiamento do projeto nutricionista na escola, para aquisição de alimentos. - mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino. - para aquisição de recursos audiovisuais, Organizacional: para organizar as caminhadas;
Falta de informação à respeito da doença e seus riscos;	Conhecer mais Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da Hipertensão Arterial Sistêmica e seus riscos. Abordar como o tabagismo influencia na hipertensão	População mais informada sobre a doença e suas complicações. População mais consciente sobre a importância de deixar de fumar.	Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão e suas complicações; Campanha educativa na escola e igreja; Capacitação dos ACS.	Organizacional: organizar a agenda Cognitivos: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e ensino; Políticos: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.

	arterial			Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Uso incorreto da medicação	Remédio certo	Medicamentos usados de maneira e quantidade correta pelos pacientes	Evitar o uso incorreto das medicações mantendo os níveis pressóricos satisfatórios	Financeiro: Confecção de cartelas e/ou caixinhas de medicamentos para pacientes com dificuldades Cognitivo: orientação aos pacientes sobre a importância das medicações

6.7-Identificação dos Recursos Críticos

Os recursos críticos são indispensáveis para o andamento de uma operação, por isso é de suma importância conhecê-los. Foi elaborado propostas para que esses se tornem possíveis (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No quadro abaixo, foram resumidos os recursos críticos de cada operação:

Quadro 4- recursos críticos, 2015:

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Viver Melhor	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias. Organizacional: para organizar as caminhadas; Político: mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiros: financiamento do projeto nutricionista na escola, para aquisição de alimentos;
Conhecer mais	Cognitivos: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e ensino; Políticos: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Remédio certo	Financeiro: Confecção de cartelas e/ou caixinhas de medicamentos para pacientes com dificuldades

	Cognitivo: orientação aos pacientes sobre a importância das medicações
--	--

6.8- Análise da Viabilidade do Plano

Depois de analisar os recursos críticos e das propostas apresentadas, devem-se identificar os atores responsáveis para que os mesmos possam ocorrer (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Há envolvimento tanto de atores da comunidade (associação de bairros), como atores ligados a prefeitura (secretário de saúde, da educação e PSF). Em relação à motivação desses atores alguns são favoráveis, outros indiferentes.

Quadro 5- análise da viabilidade do plano.

Operações / Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Viver Melhor	<p>Cognitivo: informação sobre o tema;</p> <p>Políticos: mobilização social e articulação intersectorial com a rede de ensino;</p> <p>Financeiros: financiamento do projeto nutricionista na escola, para aquisição de alimentos.</p> <p>- mobilização social e articulação intersectorial com a rede de ensino.</p> <p>- para aquisição de recursos audiovisuais,</p> <p>Organizacional: para organizar as caminhadas;</p>	Associações de Bairro , PSF, Secretaria da Saúde, Educação, Cultura	Favorável Indiferente	Estimular a população mostrando os benefícios
Conhecer mais	<p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas;</p> <p>Políticos: articulação intersectorial (parceria</p>	Secretaria de Educação e Saúde	Favorável	Estimular a Equipe de Saúde da Família e a População

	com o setor educação) e mobilização social.			
Remédio certo	Financeiro: Confecção de cartelas e/ou caixinhas de medicamentos para pacientes com dificuldades Cognitivo: orientação aos pacientes sobre a importância das medicações	Secretaria da saúde	Favorável	Estimular/orientar a população: educação em saúde

6.8- Elaboração do plano operativo

Para elaboração do plano operativo foram identificados os responsáveis por cada operação, estipulando suas responsabilidades, assim como os prazos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 6- plano operativo

Operações	Resultados	Produtos.	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Viver Melhor	Alimentação balanceada e apropriada a hipertensos.	Programa de caminhada; Campanha educativa nas escolas e igreja; Programa de orientação alimentar; Presença de nutricionista na escola para acompanhar crianças de risco (Nutricionista na escola).	Estimular a população mostrando os benefícios	ESF Nutricionista	Apresentar o projeto do nutricionista para a secretaria de saúde em 1 mês. Início das atividades em 4 meses.

Conhecer mais	População mais informada sobre a doença e suas complicações.	Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão arterial sistêmica e suas complicações; Campanha educativa na escola e Igreja; Capacitação dos ACS.	Estimular a população mostrando os benefícios	ESF	Início em 2 meses e término em 6 meses.
Remédio certo	Medicamentos usados de maneira e quantidade correta pelos pacientes	Evitar o uso incorreto das medicações mantendo os níveis pressóricos satisfatórios	Estimular a população mostrando os benefícios	ESF	Início em 2 meses e término em 6 meses.

6.9 Resultados esperados

Com a elaboração e implantação do plano de intervenção, espera-se obter: IMC entre 19- 25; Prática de exercícios físicos em no mínimo 20% da população de hipertensos; Alimentação balanceada e apropriada a hipertensos; População mais informada sobre a doença e suas complicações e maior adesão ao uso de medicamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção da prática de funcionamento dos grupos realizados atualmente para os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica na ESF Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa é um desafio que envolve não só os trabalhadores de saúde, mas também a política de saúde, os centros formadores e as sociedades adscritas em cada território, entendido nas dimensões demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e histórico-culturais.

No serviço, as criações de espaços coletivos, em que equipes de saúde compartilham a elaboração de planos gerenciais e de projetos, dependem não somente da formação recebida, mas também de uma ampla reformulação da mentalidade e da legislação do sistema de saúde, permitindo aos gestores estimularem a construção da interdisciplinaridade.

Assim, no contexto de doenças crônicas, de alta prevalência e com elevados indicadores de morbidade e mortalidade, a busca por desenvolver tecnologias é uma prioridade. Sendo assim, situam-se a criação e validação de instrumentos para o controle de uma doença crônica tão prevalente, como a HAS.

Neste sentido, preenchendo esta necessidade e lacuna, no cenário da saúde pública visando a importância da avaliação para melhoria na organização das práticas assistenciais e no planejamento de ações futuras, observou-se durante os atendimentos médicos uma dificuldade da população em seguir as condutas terapêuticas prescritas, muitas vezes por falta de conhecimento da população ou por desconhecimento da gravidade da doença quando não tratada adequadamente.

Portanto, identificou-se a necessidade da incorporação na vida dos hipertensos da sua responsabilização pelo cumprimento do tratamento prescrito visando principalmente reduzir as complicações oriundas da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Este trabalho gerou grande satisfação ao grupo de pesquisadores por acreditar que a população vai encontrar-se mais esclarecida e melhor preparada para enfrentar essa patologia que aflige grande número de brasileiros.

Deste modo, há possibilidade de espaços e momentos de ação-reflexão-ação sobre a realidade vivenciada pelos pacientes portadores de HAS. Com capacitação da equipe da Estratégia Saúde da Família em relação à abordagem de usuários com doenças crônicas por meio de grupos operativos privilegiando os pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Critérios diagnósticos e classificação da hipertensão arterial. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 14.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
- CAMPOS, S. **Hipertensão arterial**, 2004. Disponível em: . Acesso em 24 OUTUBRO de 2015.
- CECILIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-167.
- EKORE, R.I.; AJAYI, I.O.; ARIJE, A. Case finding for hypertension in young adult patients attending a Missionary Hospital in Nigeria. **African Health Sciences**, Grahamstown, v. 9, n. 3, p. 193-199, set. 2009.
- ESTEVAM, Michelle Caroline. Estratégias de intervenção para adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem – EFEM**. Maringa, v. 1 n. 1p. 1-8, 2010.
- GALVÃO, R.; KOHLMANN O.J. Hipertensão arterial no paciente obeso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2012.
- GOKHALE, R. et al. Cytokine response to strenuous exercise in athletes and non-athletes – an adaptive response. **Cytokine**, v. 40, n. 2, p. 123-127, 2007.

MOLINA, M.C.B et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p.743-50, 2013.

MARTÍNEZ, R. G. et al. Utilidad del perímetro abdominal como método de cribajedel síndrome metabólico en las personas con hipertensión arterial. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 84, n. 2, p. 215-222, mar./abr. 2010.

NEHLSSEN-CANNARELL, S. L. Cellular responses to moderate and heavy exercise. **Canadian Journal of Physiology and Pharmacology**, v. 76, p. 485 – 489, 1998.

PEREIRA, Sofia. Abordagem do risco cardiovascular no doente hipertenso. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, v. 23, p. 223-226, 2010.

PETERSEN, A. M. W; PEDERSEN, B. K. The anti-inflammatory effect of exercise. **Journal of Applied Physiology**, v. 98, p. 1154-1162. 2006.

ROCHA, A. S. S. **Projeto de intervenção estímulo à adesão terapêutica anti-hipertensiva em uma unidade do programa saúde da família de Beberibe-ceara. FORTALEZA**, ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ, 2009 (Especialista em Práticas Clínicas em Saúde da Família)

MURADÁS, Rodrigo. **Efeitos do exercício físico aeróbico e resistido nos níveis de interleucina-6 em hipertensos**. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2012.

SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 180-189, dez. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95(S1), p. 1-51, 2010.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO – DBH VI. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17(1), p. 7-10, 2010.

