

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

GABRIELA MARIA JUNQUEIRA JABBOUR

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA
ESF JARDIM SÃO PAULO**

**CAMPOS GERAIS
MINAS GERAIS
2014**

GABRIELA MARIA JUNQUEIRA JABBOUR

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA
ESF JARDIM SÃO PAULO**

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

Orientadora: Prof^a Flávia de Oliveira

**CAMPOS GERAIS
MINAS GERAIS
2014**

GABRIELA MARIA JUNQUEIRA JABBOUR

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA
ESF JARDIM SÃO PAULO**

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

Orientadora: Prof^a Flávia de Oliveira

Banca Examinadora

Prof(a) Flávia de Oliveira

Prof(a) Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas

Aprovado em Belo Horizonte, 30/08/2014

À Deus, que me deu a capacidade e sabedoria para o trabalho.

Aos meus pais que dedicaram suas vidas para que eu tivesse minha profissão.

A minha família por sempre me apoiarem em todas as minhas decisões.

Enfim dedico essa vitória a todos que tornaram possível a realização desse trabalho.

AGRADEÇO

Primeiramente a Deus que me deu a oportunidade, de através da minha profissão, ajudar aos que necessitam de alívio de suas dores.

Aos meus pais pelo apoio incondicional e constante em toda a caminhada profissional e pessoal. Por terem me permitido ser uma pessoa responsável e amar minha profissão.

Ao meu namorado Luis Fernando por estar sempre ao meu lado, mesmo com a distância.

A minha orientadora Flávia pela paciência e ensinamentos durante o período de elaboração desse trabalho.

A minha família por acreditar e investir em mim.

E a todos que de alguma forma contribuíram e ainda contribuem para minha formação.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

CHARLES CHAPLIN

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A hipertensão arterial é uma doença crônica de elevada prevalência na população brasileira. É considerada um problema grave de saúde pública, sendo um dos fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cérebros vasculares e renais. Na Unidade de Saúde do Jardim São Paulo em Poços de Caldas, Minas Gerais, foram contabilizados 524 hipertensos sendo 21,98% de sua população abrangente. Diante desses dados, fica evidente a importância da implantação de medidas preventivas eficientes, a fim de reduzir o crescimento da incidência de hipertensão arterial na área na unidade de saúde. Esse trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção capaz de prevenir o aumento de novos casos de hipertensos a longo prazo, e melhorar a adesão daqueles já estão em tratamento. A elaboração desse trabalho foi de extrema importância para traçar as ações que devem ser executadas pela equipe multiprofissional, e demais colaboradores, a fim de prevenir, controlar e diminuir os agravos decorrentes da Hipertensão Arterial.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Estratégia Saúde da Família. Plano de Intervenção.

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure. Hypertension is a chronic disease with high prevalence in Brazil. It is considered a serious public health problem, being one of the risk factors for developing cardiovascular disease, vascular and renal brains . Health Unit in the Jardim Sao Paulo in Poços de Caldas, Minas Gerais, 524 hypertensive patients were being accounted for 21.98 % of its comprehensive population. Given these data, it is evident the importance of implementing effective preventive measures in order to reduce the growing incidence of hypertension in the area at the health unit. This work aims to improve care for those suffering from hypertension and preventing the development of disease in those with risk factors for the same. The methodology used was the literature review. It was concluded that the preparation of the Intervention Plan was extremely important to outline actions that must be performed by the entire multidisciplinary team in order to maintain blood pressure levels within the prescribed limits and improve the quality of life and health of hypertensive

Keywords: Hypertension. Basic Unit. Prevention of Hypertension. Family Health Strategy. Intervention Plan

LISTA DE ABREVIATURAS

APS -	Atenção primária à Saúde
AVE-	Acidente vascular encefálico
DCV -	Doenças Cardio Vasculares
DIC-	Doença isquêmica do coração
ESF -	Equipe/Estratégia de Saúde da Família
FR-	Fator de risco
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA -	Pressão Arterial
PSF -	Programa Saúde da Família
PMAQ-	Programa nacional de melhorias do acesso e da qualidade da atenção básica
SCIELO-	<i>Scientific Eletronic Libray on line</i>
SIAB-	Sistema de informação da atenção básica
SUS-	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –Classificação da PA em adultos	14
Quadro 2- Decisão Terapêutica segundo risco e PA.....	16
Quadro 3- Nós críticos no PSF Jardim São Paulo	22
Quadro 4- Projetos relacionados aos nós críticos do PSF Jardim São Paulo	23
Tabela 1 –Fatores de RCV adicionais aos pacientes com HAS.....	16
Tabela 2- Descritores da HAS	22

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2 . OBJETIVOS	112
3. METODOLOGIA.....	113
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	125
5. ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	200
5.1 Caracterização da unidade de saúde	200
5.2 Análise situacional.....	211
5.3 Seleção de nó crítico	211
5.4 Projeto de intervenção.....	233
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido. 5
REFERÊNCIAS.....	256

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados de pressão arterial (PA). Está 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 .

A carga de doenças representada pela morbimortalidade dessa patologia é muito alta e, por isso, é considerada um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser, na maior parte, assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente ao tratamento prescrito. O tratamento tem como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida, prevenir complicações agudas e crônicas relacionadas diretamente ou indiretamente à hipertensão, de acordo com a classificação de risco, com o tratamento das doenças concomitantes e com a redução da mortalidade (BRASIL, 2006).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA $\geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Uma revisão sistemática quantitativa realizada no período de 2003 a 2008, aponta que de 44 estudos realizados em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O cuidado aos usuários com hipertensão arterial deve ser produzido a partir das tecnologias leves em consonância com as duras e leve-duras. Acredita-se que o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização podem estimular a autonomia do usuário em seu projeto terapêutico, garantir acessibilidade às consultas e, conseqüentemente, reduzir possíveis intercorrências. Neste sentido, observa-se que a resolutividade da atenção às pessoas com HAS consiste não apenas no uso

medicamento e na implementação de medidas reguladoras, mas também na integralidade do cuidado (PIRES; MUSSI, 2009).

O município de Poços de Caldas, situado no Sul do Estado de Minas Gerais, é uma cidade que tem uma população estimada de 154.973 habitantes, sendo que 96,5% reside na área urbana (IBGE,2010). O município possui 28 equipes de saúde da família com cobertura de 62,33% da população. Dentre essas equipes, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Jardim São Paulo é responsável por 2.838 pessoas cadastradas.

Durante minha experiência como médica da ESF Jardim São Paulo, pude vivenciar a grande prevalência de HAS na população usuária do serviço. No ano de 2013 foi realizado um diagnóstico situacional da área de abrangência dessa ESF. Foi constatado que 524 pessoas são portadoras de HAS, o que corresponde a 21,98% da população total atendida. Destes hipertensos, 509 frequentam a unidade de alguma forma. Em uma pesquisa informal a equipe constatou que muitos não tinham conhecimento sobre sua doença ou não aderiam ao tratamento de forma satisfatória. Além do mais, durante as consultas médicas é possível detectar que grande parte dos usuários apresentam algum fator de risco para HAS. A partir desses dados, a equipe constatou a necessidade de uma abordagem eficiente da população atendida para a prevenção, tratamento e acompanhamento da HAS.

Nesse contexto, avaliou-se a necessidade da criação de um projeto de intervenção para melhorar o manejo desses pacientes. Este tem como base o acompanhamento integral dos hipertensos para estimular a adesão ao tratamento, a prevenção do desenvolvimento da doença e dos fatores de risco para a mesma. Tem-se a expectativa de que o projeto de intervenção construído nesse trabalho seja implementado na ESF Jardim São Paulo, espera-se assim, que seja possível melhorar a qualidade de vida da população atendida.

2. OBJETIVOS

Esse trabalho tem como objetivo propor um projeto de intervenção capaz de prevenir o aumento de novos casos de pessoas com hipertensão a longo prazo, aumentar a adesão daqueles que já estão em tratamento e melhorar o vínculo das pessoas atendidas com hipertensão com toda a equipe da saúde da família.

3. METODOLOGIA

Para a realização desse trabalho foi realizado uma breve Revisão Narrativa da Literatura e um Projeto de Intervenção.

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura que teve como objetivo levantar informações a respeito da HAS. A revisão narrativa é processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema de pesquisa escolhido. Permite efetuar um mapeamento do que já foi escrito e de quem já escreveu algo sobre o tema (MORESI, 2003). A busca literária foi realizada através do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), GOOGLE acadêmico, site da Sociedade Brasileira de Cardiologia e na base de dados SIAB 2013. A pesquisa foi realizada no período de agosto a outubro de 2013 e foram utilizados os descritores: Hipertensão Arterial e Programa de Saúde da Família.

A iniciativa para a elaboração do Projeto de Intervenção surgiu a partir da realização de um diagnóstico situacional, realizado no primeiro semestre de 2013, em decorrência das atividades realizadas no Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família. A análise situacional de um serviço permite a criação da possibilidade de mudanças em consequência de um futuro planejamento das atividades necessárias para transformar a realidade instituída (FRANCO; MERLY, 2004). Para a realização do diagnóstico situacional foi necessário recorrer a dados da Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas, dados fornecidos pela equipe de saúde e também pela população adscrita. A partir desse diagnóstico situacional foram detectados vários nós críticos, sendo que o principal problema detectado foi a prevalência da HAS na população atendida pelo PSF.

O Projeto de Intervenção para a conscientização dos hipertensos e seu acompanhamento foi idealizado por toda a equipe conjuntamente. Esse plano também tem como alvo os pacientes com fatores de risco para desenvolvimento de hipertensão arterial e a utilização de tecnologias leves, sendo elas: grupos educativos, palestras, consultas médicas e de enfermagem.

A hipertensão arterial é um excelente modelo para o trabalho de uma equipe multiprofissional. Por ser uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, terá seu tratamento mais efetivo com o apoio de vários profissionais de saúde. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, e a

formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Ministério da Saúde caracteriza a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como:

(...) um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006 p. 9).

A HAS de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, é considerada como uma condição clínica multifatorial e silenciosa que é caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. A HAS é definida como pressão arterial sistólica igual ou superior a 140mmHg e pressão arterial diastólica igual ou superior a 90mmHg naqueles indivíduos que não estão em uso de medicamentos anti-hipertensivos (BRASIL, 2006).

A classificação da pressão arterial em adultos, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, segue o seguinte quadro:

Quadro 1- Classificação da pressão arterial em adultos

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótimo	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-169	100-109
Estágio 3	> ou = 180	> ou = 110

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

A alteração dos níveis pressóricos ocorrem devido ao aumento na contratilidade da camada muscular lisa que forma a parede da artéria. Algumas substâncias químicas do organismo promovem a contração das artérias, e em situações de desequilíbrio, ou da alteração dessa camada muscular, ocorre o aumento da pressão sanguínea dentro dos vasos (DUNCAN et al., 2013).

A incidência da HAS é de aproximadamente 60% em pessoas acima de 65 anos. A prevalência global da HAS é duas vezes mais frequente em indivíduos de etnia negra e semelhante entre ambos os sexos. Ressalta-se que em pessoas mais

jovens a prevalência é maior entre os homens, e em idosos é maior nas mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estudos clínicos demonstram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA <140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%). A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família, mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Na última década, a hipertensão fez mais de 70 milhões de vítimas fatais. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a HAS afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O risco atribuível à pressão arterial sistólica superior a 115 mmHg ou diastólica superior a 75 mmHg é da ordem de 49% para cardiopatia isquêmica e de 62% para doença cerebrovascular. A preponderância de hipertensão arterial na causa de doença cardiovascular foi também identificada em estudo de coorte de base populacional brasileira. Em 22 inquéritos populacionais representativos de cidades brasileiras, identificou-se alta prevalência de hipertensão no Brasil, variando entre 22 e 44% para adulto (32% em média), e chegando mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (DUNCAN et al, 2013).

Os fatores de risco respondem pela grande maioria das doenças e mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A estratificação do Risco

Cardiovascular (RCV) é fundamental para o tratamento e o prognóstico uma vez que determina a probabilidade da ocorrência de um evento cardiovascular grave. Os principais Fatores de Risco Cardiovasculares são:

Tabela 1 - Fatores de Risco Cardiovascular adicionais aos pacientes com HAS

Fatores de risco

Idade Homem > 55 anos Mulheres > 65 anos
Tabagismo
Dislipidemias triglicérides > ou = 150mg/dL; LDL colesterol > 100mg/dL
HDL < 40mg/dL
Diabetes mellitus
História familiar prematura de doença cardiovascular: homem < 55 anos e mulheres < 65 anos

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da pressão arterial (PA). A abordagem no tratamento poderá ser medicamentosa ou não medicamentosa (mudança do estilo de vida) e depende, além da classificação dos fatores de risco cardiovascular, a evolução da doença, classificação da HAS e a combinação medicamentosa e não medicamentosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O quadro abaixo indica qual a modalidade de tratamento mais adequada levando em consideração os níveis pressóricos detectados na consulta inicial e a classificação de risco individual.

Quadro 2. Decisão terapêutica segundo risco e pressão arterial

	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
Pré-hipertensão (120-139/80-89mmHg)	MEV	MEV	MEV*
Estágio 1 (140-159/90-99)	MEV (até 12 meses)	MEV ** (até 6 meses)	TM
Estágio 2 (> ou = 160 / > ou = a 100 mmHg)	TM	TM	TM

Fonte: Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2006)

MEV = Mudança de estilo de vida; TM = Tratamento Medicamentoso.

* TM se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabete melito.

** TM se múltiplos fatores de risco

O tratamento não medicamentoso baseia-se na mudança do estilo de vida que envolve o controle e perda de peso, redução da ingestão de sódio, gordura saturada e do colesterol, diminuição do uso de bebidas alcoólicas, ingestão adequada de potássio, cálcio e de magnésio, parar de fumar, realizar atividades físicas e diminuir o estresse (BRASIL, 2006).

Em relação à terapêutica não medicamentosa, a alimentação e a nutrição ocupam lugar de destaque na mudança de estilo e hábitos de vida dos indivíduos com HAS; a educação nutricional deve desenvolver-se rumo a estratégias mais saudáveis de viver, cuidar e ser, auxiliando esses indivíduos na superação de mitos e crenças, e no desenvolvimento de valores, percepções e atitudes ativas à saúde. A participação da família nas mudanças da rotina diária do núcleo familiar, sobretudo em relação à alimentação, tem papel de fundamental importância para viabilizar a adesão ao tratamento não farmacológico da HAS (HELENA, et al., 2010).

O uso dos medicamentos anti hipertensivos deve ter como objetivo não só reduzir a PA, mas também prevenir eventos de natureza cardiovasculares fatais e não fatais, procurando diminuir a taxa de mortalidade. Estudos com diuréticos betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT da angiotensina (BRA II) e com antagonistas dos canais de cálcio mostram redução da mortalidade. Aparentemente os resultados parecem independem da classe de medicamentos, embora estudos tem demonstrado benefícios menos relevantes com betabloqueadores, entre eles o atenolol (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA).

Apesar do risco que a HAS representa, a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). A grande maioria dos portadores de HAS não tem sua pressão controlada de forma efetiva, o que pode ser explicado pela baixa adesão ao tratamento. Estima-se que, entre os pacientes em tratamento, 75% a 92% não consigam manter a pressão arterial em níveis satisfatórios (RIBEIRO et al., 2012).

Muitas das pessoas em uso do tratamento medicamentoso suspendem o tratamento diante do desaparecimento dos sintomas, o que traz sérios prejuízos em decorrência deste comportamento. Isso pode ser apontado como um dos motivos a

levar à necessidade de atendimento em serviços de urgência pela ocorrência do aumento da pressão arterial, podendo desencadear sequelas transitórias ou permanentes, ou mesmo causar a morte da pessoa acometida por tal agravo (MONTEIRO et al, 2007).

Na Unidade Jardim São Paulo observa-se que a maioria dos pacientes tem dificuldade em aceitar a hipertensão arterial como uma doença de tratamento contínuo. Muitos deixam de tomar as medicações assim que os níveis pressóricos normalizam. E após algum tempo retornam as consultas com picos hipertensivos novamente.

Como fatores dificultadores da adesão, destacam-se a falta de informação sobre a doença, a passividade do indivíduo em relação aos profissionais de saúde e à escolha do esquema terapêutico, e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento. No caso da HAS, vários motivos são apontados como causa para a resistência à mudança de hábitos de vida, dentre eles o curso assintomático da doença, a subestimação de suas reais consequências e a dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo (RIBEIRO et al., 2012).

Uma metanálise recente sugere que a melhora da adesão diminui a mortalidade, consultas de emergência e internações, reduz custos médicos e promove o bem-estar dos pacientes (Simpson e col., 2006). Estudos internacionais têm estimado a prevalência de adesão das pessoas com HAS entre 30 e 75% (Marques-Contreras e col., 2002; WHO, 2003). No Brasil, o tema ainda é pouco estudado, especialmente na atenção primária. Estudos de base hospitalar encontraram frequências de não adesão variando de 10 a 77% (Strelec e col., 2003; Muxfeld e col., 2004; Coelho e col., 2005). Na atenção primária, Prado e colaboradores (2007), em amostra de 109 pessoas atendidas em unidade de atenção primária em Florianópolis-SC, obtiveram 68% de não adesão utilizando contagem manual de comprimidos (HELENA, et al., 2010).

Na ESF a atenção programática estruturada parece desempenhar papel importante na melhoria do controle da pressão arterial. Um estudo realizado em um serviço de atenção primária mostrou redução dos níveis pressóricos de pessoas mais jovens e que tinham maior frequência de comparecimento às consultas programadas (HELENA, et al., 2010).

A educação em saúde dirigida a grupos de risco propõe intervenção em indivíduos com valores de pressão arterial limítrofes, predispostos à hipertensão, e as medidas são equivalentes às propostas para tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial (DUNCAN et al,2013).

As metas da educação em saúde para o indivíduo portador de HAS devem incluir a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu autocuidado e autonomia, a ampliação de seu nível de conhecimento e apreensão sobre os processos de saúde-doença-adoecimento e o desenvolvimento de estratégias para seu empoderamento e libertação (RIBEIRO et al., 2012).

Resultados desejáveis estão articulados a várias dimensões do cuidado, como o acesso aos medicamentos, à possibilidade de diálogo entre profissionais de saúde e pacientes e à maneira que estes aderem à terapêutica proposta. Recomenda que a equipe de saúde contemple os saberes de todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde), bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (HELENA, et al., 2010).

A equipe de Saúde da Família, no acompanhamento da pessoa com hipertensão, deve atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, entre outras atividades, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, de medidas preventivas primárias e de atendimento a hipertensão arterial (BRASIL, 2006). O trabalho em equipe implica a (re)construção da prática profissional a partir da integração com a prática e com os saberes de outros profissionais, visando uma atuação mais efetiva na realidade social e cultural em que os usuários estão inseridos (ARAUJO; ROCHA, 2007).

O processo de trabalho em equipe, na perspectiva da integralidade, pressupõe preservar as diferenças técnicas ou as especificidades de cada profissional e articular as intervenções realizadas, com a finalidade de valorizar o trabalho do outro, o que propicia uma dimensão cuidadora dialógica e ética, assim como, a superação das relações hierarquizadas e fragmentadas (PEDUZZI, 2007). O trabalho em saúde é cooperativo e seu desenvolvimento ocorre de forma conjunta e articulada para atender às necessidades de saúde dos usuários.

5. ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para delinear o Projeto de Intervenção foi realizado o planejamento e a elaboração do plano de ação, seguindo os passos propostos por Cardoso, Faria e Santos (2010). O projeto de intervenção será descrito a diante.

5.1 Caracterização da Unidade de Saúde

O PSF Jardim São Paulo possui 871 famílias inscritas, totalizando 2838 pessoas cadastradas. Sua população é composta majoritariamente por adultos e idosos. A maioria desses são trabalhadores rurais, domésticas e funcionários das indústrias locais. A população dessa região conta com água tratada, redes de esgoto e luz elétrica. Tem-se como problema social o consumo de drogas, bebida e o alto índice prisional nas famílias.

O espaço físico da unidade é pequeno, porém atende as necessidades da população. O PSF tem dois consultórios médicos, uma sala de vacina, uma sala da enfermagem, uma cozinha e uma recepção. O horário de trabalho é das 7 às 18 horas, com horário estendido para melhor atender a população. A carga horária de trabalho dos profissionais é de 40 horas/semanais. A equipe é composta por 11 funcionários, sendo eles um médico, um auxiliar técnico, um técnico de enfermagem, uma enfermeira e sete agentes de saúde. Na comunidade existe uma creche, uma escola e uma igreja.

Figura 3 – Sede do PSF Jardim São Paulo



Fonte: SMS de Poços de Caldas

5.2 Análise situacional

A análise situacional do PSF Jardim São Paulo foi realizada por toda equipe (médica, agentes de saúde, enfermeira e técnicos de enfermagem). Essa análise foi baseada, de forma informal, através de dados das consultas da enfermagem e médica, e através dos próprios dados numéricos do PMAQ.

Ao analisar a situação da unidade foi possível destacar como principais problemas:

- 1) Grande número de hipertensos e muitos não aderentes ao tratamento.
- 2) Abuso de álcool e drogas
- 3) Uso excessivo de medicações psiquiátricas.
- 4) Grande volume de consultas frequentes em curtos períodos

O problema mais evidente na Unidade é o grande número de hipertensos na área, além da baixa adesão ao tratamento. A Hipertensão Arterial não é uma patologia isolada, afeta vários outros sistemas, além de ser uma patologia que pode ser prevenida e tratada. No momento contabilizamos 524 hipertensos na área, em uma população de 2838 pessoas, por isso a importância da discussão do assunto.

Os nós críticos desse problema estão nos hábitos de vida (alimentação, sedentarismo), no baixo nível de informações e no descaso ou resistência do próprio paciente consigo mesmo.

Tabela 2 – Descritores da HAS

Descritores	Valores	Fonte
Hipertensos Ficha A	524	SIAB
Hipertensos acompanhados	509	PMAQ
Hipertensos cadastrados em Poços de Caldas	22763	SIAB
Hipertensos acompanhados em Poços de Caldas	18295	SIAB

5.3 Seleção de nó crítico e operações

Os nós críticos foram evidenciados através de informações nos prontuários médicos e por uma pesquisa informal realizada pelos agentes de saúde.

- hábitos e estilos de vida
- baixo nível de educação

- descaso

Pensando nessa situação elaboramos o projeto NA PRESSÃO com a intenção de prevenir, tratar e melhorar a aderência ao tratamento. Para isso necessitamos de recursos para obter panfletos educativos e local adequado para as reuniões.

Quadro 2 – Nós críticos no PSF Jardim São Paulo

Nó crítico	Operação	Resultado esperado	Produtos esperados	Recursos necessários
Grande número de hipertensos	NA PRESSÃO	Aumentar a aderência no tratamento e prevenção	-Grupos de orientação -Reuniões frequentes -Checagem da aderência ao tratamento	Organizacional→ para organizar as reuniões. Cognitivo→ informações sobre o tema Político→ conseguir um espaço adequado para as reuniões. Financeira→ aquisição de panfletos
Abuso de álcool e drogas	REVIVER	-Diminuição do consumo de álcool e drogas. conscientização	- Grupos de apoio -Facilitar a internação	Cognitivo→ conhecimento sobre o assunto e abordagem psicológica Político→articulação com a área de Psicologia Organizacional→ rastrear e recrutar os usuários.
Abuso de medicações psiquiátricas	LOUCOS PELA VIDA	- Diminuição do uso dessas medicações sem necessidade	- Identificar todos os usuários -agendar consulta - Abordagem psicológica	Organizacional→ programar a agenda de consultas Cognitiva→ informações sobre a abordagem e identificação desses usuários.
Grande número de consultas repetidas	MÉDICO PARA TODOS	Diminuir o número de consultas desnecessárias.	- Conscientização da população através do médico e dos ACS.	Organizacional→ organizar agenda de consultas de forma correta. Cognitivo→ método de triagem eficiente.

Para que os objetivos acima citados sejam alcançados é necessário que seja realizado um planejamento que englobe toda a equipe e pessoas envolvidas.

Primeiramente deve-se identificar todos os hipertensos da área, para isso foram usados os dados do SIAB, do PMAQ e os cadastros do HIPERDIA. Após divulgar as reuniões de grupo de hipertensos, realizadas nas terças feiras, por meio dos agentes comunitários e por cartazes. As reuniões são uma forma de verificar a aderência ao tratamento pois é também nesse momento que liberamos a medicação. Em cada reunião iremos abordar um tema relevante à Hipertensão Arterial. Será um momento também para o esclarecimento de dúvidas. Através de todas essas ações pretendemos alcançar a todos os objetivos expostos.

5.4 Projeto de intervenção

Foi elaborado o Projeto NA PRESSÃO com a intenção de prevenir, tratar e melhorar a aderência ao tratamento. Para melhorar a aderência ao tratamento, em cada encontro ,que ocorre uma vez por mês, vai ser feita uma roda de bate papo onde serão tiradas as duvidas de cada um , além de abordar temas relacionados com a hipertensão arterial, com participação de vários profissionais. No dia do encontro são entregues as medicações necessárias até a data do próximo encontro, assim temos um controle quantitativo se essas medicações estão sendo usadas corretamente. Através dessas ações, acredito, que a HAS deixará de ser uma doença negligenciada o que aumentará a adesão ao tratamento e os cuidados para o não desenvolvimento da mesma.

Quadro 3 – Projetos relacionados aos nós críticos do PSF Jardim São Paulo.

(continua)

Operação/ Projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
NA PRESSÃO	Político→ conseguir espaço para as reuniões Financeiro→ aquisição de panfletos	-Setor de comunicação social - Secretária de Saúde	- Favorável - Favorável	- Apresentar o projeto -Apoio das associações
REVIVER	Organizacional→ rastrear e recrutar os usuários. Políticos→ articulação com a área de	- Equipe de Saúde da Família - Apoio do NASF	- Favorável - Favorável	- Apresentar o projeto - Apoio da população

	Psicologia			
LOUCOS PELA VIDA	Organizacional→ programar agenda de consultas Cognitiva→ informações sobre a abordagem e identificação desses usuários	- Setor administrativo/ enfermagem -Médico e psicóloga	- Favorável - Favorável	Apoio da população e da equipe de saúde

Quadro 2 – Projetos relacionados aos nós críticos do PSF Jardim São Paulo.

(continuação)

Operação/ Projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
MÉDICO PARA TODOS	Organizacional→ organizar agenda de consultas de forma correta. Cognitiva→ método de triagem eficiente	- Equipe Saúde da Família - Enfermagem/ auxiliar de enfermagem	- Favorável - Favorável	- Apoio da equipe - Conscientização da população

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho foi de extrema importância para traçar as ações que devem ser executadas pela equipe multiprofissional de outros colaboradores na área de atuação do PSF Jardim São Paulo, a fim de prevenir, controlar e diminuir os agravos decorrentes da Hipertensão Arterial.

Para amenizar e prevenir a hipertensão arterial é necessário que se coloque em prática medidas de prevenção da doença e promoção da saúde. E para possibilitar a melhoria na adesão e rastreamento de hipertensos, com a doença estabelecida, é necessário uma reformulação da abordagem e do acompanhamento desses usuários por uma equipe multiprofissional. Tem-se como objetivo implementar esse projeto no PSF Jardim São Paulo. Para o sucesso deste projeto, o mesmo será implantado, avaliado e modificado anualmente de acordo com as necessidades que se fizerem necessárias.

Deseja-se que a partir da implantação do plano de intervenção consiga-se a manutenção dos níveis pressóricos dentro dos limites padronizados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, e também, melhorar a qualidade de vida dos hipertensos atendidos na unidade, bem como prevenir o desenvolvimento da doença.

REFERÊNCIAS

ALVES F. G; NAKASHIMA L. M. A; KLEIN G. F. S. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica em docentes do curso de enfermagem de uma universidade privada da cidade de São Paulo. **Saúde Coletiva** 2010; 07 (42):179-182.

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUDÓ, M. L. D; OLIVEIRA, S.G; GARCIA, R.P; SIMON, B.S; SCHIMITH, M.D; MATTIONI, F. C. **Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma Unidade de Saúde da Família**. Rev Gaúcha Enferm, 2010.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Planejamentos e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte, 2013.

CORRÊA, E.J; VASCONCELOS, M; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. BH: Nescon/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2013. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acessado em 10 dez. 2013.

DUNCAN *et al.* **Medicina Ambulatorial**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed,2013.

FARIA, H.P et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte, 2009.

FRANCO, T.B, MERHY, E. E. **O Uso de Ferramentas Analisadoras para Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas, SP)**. São Paulo: Hucitec, 2004.

HELENA, E. T. S *et al.* **Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de estratégia Saúde da Família**. Saúde Social, v.19, n.3, jul/set 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. Disponível em: < <http://censo2010.ibge.gov.br/>> Acessado em 20 nov. 2013.

MONTEIRO, M.F; SOBRAL, F.; SALES, C. S.; TAMAKI, E. M. **Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso.** Cogitare Enferm, v.12, n.2, p.157-163, 2007.

MORESI, E. (Organizador), **Metodologia de Pesquisa.** Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003.

PICCINI, R. et al. **Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.46, n.3, Jun 2012.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe na perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população.** 2007. 247f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PIRES, C. G. S, MUSSI, F. C. **Refletindo sobre os pressupostos para cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoas hipertensa.** Rev Esc Enferm USP, v.43, n.1, p.229-236, 2009.

RIBEIRO, A. G., et al. **Hipertensão Arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família.** Revista Nutrição, Campinas, v.25,2012.

SALA, A. et al. **Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 161-167, abr. 1996.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA. **DATASUS.** Disponível em : < <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php> > . Acessado em 9 de Junho de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, 2010 .