

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

THAÍS PIRES SILVA PEREIRA

**OS DESAFIOS DE MANTER A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
CONTROLADA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO BOA SORTE
NO MUNICÍPIO DE ITAIPÉ EM MINAS GERAIS**

ITAIPÉ

2020

THAÍS PIRES SILVA PEREIRA

**OS DESAFIOS DE MANTER A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
CONTROLADA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO BOA SORTE
NO MUNICÍPIO DE ITAIPÉ EM MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora. *Ms.*Eulita Maria Barcelos

ITAIPÉ

2020

THAÍS PIRES SILVA PEREIRA

**OS DESAFIOS DE MANTER A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
CONTROLADA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO BOA SORTE
NO MUNICÍPIO DE ITAIPÉ EM MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professora Ms. Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora

Prof^a. Ms. Eulita Maria Barcelos - UFMG (orientadora)

Prof^a Dr^a Alba Otoni - UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em 04 de setembro de 2020.

DEDICATÓRIA

Para a Cidade de Itaipé, em especial, à equipe do PSF Centro Boa Sorte e toda sua população adscrita. Tenho profundo respeito e admiração pela equipe de saúde com a qual trabalho e muito amor e carinho pelos meus pacientes.

AGRADECIMENTO

A Deus, por tantas bênçãos recebidas, à minha mãe e ao meu pai pelo imenso amor. Aos tutores pelo esforço e dedicação em acrescentar conhecimentos na nossa formação, em especial a minha orientadora Eulita, que mesmo distante engrandeceu o meu trabalho. À cidade de Itaipé, e a equipe de saúde por me receberem tão bem neste momento importante da minha vida, e pela oportunidade de um crescimento pessoal e profissional únicos. Minha eterna gratidão e o meu mais sincero obrigado.

"Dois horizontes fecham nossa vida
Um horizonte, - a saudade
Do que não há de voltar;
Outro horizonte, - a esperança
Dos tempos que hão de chegar;
No presente, - sempre escuro, -
Vive a alma ambiciosa
Na ilusão voluptuosa
Do passado e do futuro" Machado
de Assis

RESUMO

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Centro Boa Sorte no município de Itaipé em Minas Gerais, o principal problema é a hipertensão arterial sistêmica que afeta grande número de pessoas, como agravante mal controlada, gerando danos aos seus portadores, internações, além de aumentar os gastos públicos em saúde. Diante desta situação, torna-se relevante a proposição de elaborar um projeto de intervenção para melhoria no controle dos níveis pressóricos, buscando estimular a adesão do paciente portador da hipertensão arterial sistêmica ao uso correto da medicação e ao estilo de vida saudável para promover melhores índices de controle da HAS. A equipe de saúde para levantar os dados sobre a população realizou o diagnóstico situacional utilizando a estimativa rápida. Na elaboração do plano de intervenção foram seguidos os passos do Planejamento Estratégico Situacional: identificação e priorização dos problemas, descrição e explicação do problema selecionado, seleção dos “nós críticos” e desenho das operações. Esperamos com a implantação deste projeto uma população mais consciente, responsável e pacientes sensibilizados para aderir às modificações de hábitos e estilos de vida saudáveis. Assim, teremos maior controle da hipertensão arterial sistêmica e conseqüentemente uma redução significativa e relevante nas taxas de óbitos e internações decorrentes desse problema.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Hipertensão Arterial Sistêmica.

ABSTRACT

In the coverage area of the Basic Health Unit Centro Boa Sorte in the municipality of Itaipe in Minas Gerais, the main problem is systemic arterial hypertension, which affects a large number of people, as a poorly controlled aggravating factor, causing damage to its patients, hospitalizations and increasing public spending on health. In view of this situation, the proposal to implement an intervention Project to improve the control of blood pressure levels becomes relevant. It seeks to encourage the adherence of patients with systemic arterial hypertension to the correct use of medication and to a healthy lifestyle to promote better rates of systemic arterial hypertension. The team to collect data on the population carried out the situational diagnosis using the quick estimate. In the elaboration of the intervention plan, the steps of Situational Strategic Planning were followed: identification and prioritization of problems, description and explanation of the selected problem, selection of "critical nodes" and design of operations. With the implementation of this project, we expect a more conscious, responsible population and patients sensitized to adhere to changes in healthy habits and lifestyles. Thus, we will have a greater control of SAH and, consequently, a significant decrease in the rates of deaths and hospitalizations resulting from this problem.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Hypertension

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CV	Cardiovascular
DM	Diabetes Melito (Diabetes Mellitus)
DCV	Doença Cardiovascular
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fator de Risco
FRCV	Fatores de Risco Cardiovasculares
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
JNC	Joint National committee
LOA	Lesão de Orgão Alvo
MS	Ministério da Saúde
MRPA	Monitorização residencial da pressão arterial
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial Diastólica
PAS	Pressão arterial Sistólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
RFG-e	Ritmo de filtração glomerular estimado
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	Tratamento não medicamentoso
UBS	Unidade Básica de Saúde

OMS Organização Mundial Da Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Aspectos demográficos da comunidade de abrangência do Programa de Saúde da Família Centro Boa Sorte segundo faixa etária e gênero no município de Itaipé- MG, 2019 .	13
Quadro 2- Aspectos epidemiológicos da comunidade de abrangência do PSF Centro Boa Sorte no município de Itaipé, Minas Gerais, 2019.....	14
Quadro 3- Quadro demonstrativo das doenças com mais de seis pacientes atendidos num período de seis meses, do PSF Centro Boa Sorte no município de Itaipé, Minas Gerais, 2019	15
Quadro 4- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de abrangência do PSF Centro Boa Sorte no município de Itaipé, Minas Gerais, 2018	20
Quadro 5-Valores de referência para a definição de HA pelas medidas de consultório, MAPA e MRPA	30
Quadro 6- Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade	31
Quadro 7-Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com HAS.....	34
Quadro 8- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema a alta incidência de pacientes com hipertensão arterial descontrolada na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde do PSF Centro Boa Sorte, do município de Itaipé, Minas Gerais, 2019	42
Quadro 9- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema relacionado a alta incidência de pacientes com hipertensão	

arterial descontrolada na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde do PSF Centro Boa Sorte, do município de Itaipé, Minas Gerais, 2019..... 42

Quadro 10- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema relacionado a alta incidência de pacientes com hipertensão arterial descontrolada na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde do PSF Centro Boa Sorte, do município de Itaipé, Minas Gerais, 2019.....

Erro! Indicador não definido.

Quadro 11- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema relacionado a alta incidência de pacientes com hipertensão arterial descontrolada na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde do PSF Centro Boa Sorte, do município de Itaipé, Minas Gerais, 2019..... 44.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos gerais do município de Itaipé-MG	9
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 Aspectos da comunidade	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Centro Boa Sorte.....	16
1.5 A Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Centro Boa Sorte	16
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe Centro Boa Sorte	16
1.7 O dia a dia da equipe Centro Boa Sorte.....	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)...	18
1.9 Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	19
2 JUSTIFICATIVA	21
3.OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos	22
4 METODOLOGIA.....	23
5 REVISÃO DA LITERATURA	25
5.1 Atenção Primária a Saúde	25
5.2 Abordagem sobre a hipertensão arterial sistêmica	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	39
6.1 Descrição do Problema Selecionado (terceiro passo)	39
6.2 Explicação do Problema Selecionado (quarto passo).....	39
6.3 Seleção dos Nós Críticos (quinto passo)	40
6.4 Desenho das Operações sobre nó crítico- operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7 ° a 10 ° passo)	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

1.1. Aspectos gerais do município de Itaipé-MG

Historicamente por volta de 1860, o Sr. Francisco Ramos da Cruz, sua família e serviçais, se apossaram de uma vasta área de terra devoluta, com o objetivo de explorar a agropecuária. Construiu-se a primeira casa nas margens do Rio Preto, onde formou-se com o passar do tempo um núcleo populacional, hoje sede municipal (IBGE, 2017).

O descobrimento de lavras de pedras semipreciosas, a construção da capela e consequentes visitas de missionários, e o ativo comércio de madeiras contribuíram para a evolução do povoado que já em 1917 contava com grande número de moradores (IBGE, 2017).

São duas as versões sobre a origem do topônimo: para uns, dada a quantidade de pedra (ita) e madeira (ipê) existentes na região. Para outros, significa "Rio ao pé da pedra" (Ita=pedra, I=rio e Pé+pé) talvez pelo fato de o rio que banha a localidade nascer no pé da "Pedra do Gado" de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017).

Inicialmente Itaipé era um distrito criado com a denominação de Rio Preto, subordinado ao município de Teófilo Otoni (1911), posteriormente se tornou pertencente a Novo Cruzeiro (1943). Somente em 1962 foi elevado à categoria de município de Itaipé (IBGE, 2017).

Ainda de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017), Itaipé é um município do Estado de Minas Gerais que possui uma população estimada de 12.760 habitantes.

A cidade tem uma área de 482,931 Km², com topografia de relevo montanhoso e ondulado (aproximadamente 70%). O ponto mais alto é de 1.258m (acima do nível do mar) na Pedra D'Água. O rio Preto, que nasce na Pedra do Gado, corta todo o município, fazendo parte da bacia do Rio Mucuri (PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAIPÉ, 2020).

A cidade de Itaipé está distante, a 528 km de Belo Horizonte, tendo acesso pelas rodovias BR-116, MG-214 (PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAIPÉ, 2020).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) – Itaipé era de 0,552, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,500 e 0,599) (IBGE, 2017).

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, a dimensão que mais contribui para o IDHM do município é longevidade, com índice de 0,759, seguida de Renda, com índice de 0,570, e de Educação, com índice de 0,388 (BRASIL, 2013).

Em relação ao setor laboral, dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil mostram que entre 2000 e 2010 a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais passou de 61,59% em 2000 para 70,60% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação passou de 8,10% em 2000 para 4,75% em 2010. Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 56,52% trabalhavam no setor agropecuário, 0,26% na indústria extrativa, 3,27% na indústria de transformação, 6,13% no setor de construção, 0,26% nos setores de utilidade pública, 10,44% no comércio e 21,72% no setor de serviços (BRASIL, 2013).

Em 2017, o salário médio mensal era de 1.6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 6.1%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 46.9% da população nessas condições (IBGE, 2017).

Os dados referentes à educação mostram que a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 95,3%. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) da rede pública foi de 5,6 em relação aos anos do ensino fundamental e de 3,1 em relação aos anos finais do ensino fundamental. Em 2018 ocorreram 2.088 matrículas no ensino fundamental e 588 no ensino médio (IBGE, 2017).

Dados contidos no site da Sala de apoio à Gestão Estratégica, do Ministério da Saúde mostram que no ano de 2017 o percentual de violência feminina foi muito maior quando comparado ao sexo masculino. Além disso, eles informam que a principal faixa etária envolvida está entre os 20-59 anos (BRASIL, 2019).

Em relação à mortalidade no ano de 2017, as principais causas de óbitos foram de origem cardiovascular, seguida das causas externas (BRASIL, 2019). A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 5.49 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 4.2 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2017).

Uma das atrações turísticas da cidade é o “Lagedão” (popularmente chamado de Bica’s), onde se encontra piscinas, cascatas e escorregadores naturais, contornados por matas nativas. Infelizmente, muitos diagnósticos de esquistossomose são realizados após relato de passeio nesse local. Às quartas-feiras é realizada uma feira cultural na cidade com comidas típicas e músicas regionais. O evento movimenta a cidade, que recebe turistas de municípios vizinhos para curtirem a festa. Quanto à religião a população se divide em católica, evangélica e espírita.

Em relação ao saneamento básico apresenta 35.1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 33.1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 1.9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

O modelo de atenção à saúde predominante no município é o hegemônico, biomédico, em que o foco está na doença e não na pessoa. Nas Unidades Básicas de Saúde a alta demanda espontânea sobrecarrega o serviço, comprometendo a qualidade do atendimento e acompanhamento das condições crônicas. A população ainda não compreende que a porta de entrada é a unidade básica de saúde, e sobrecarrega o hospital com consultas que deveriam ser conduzidas na atenção primária.

No município de Itaipé, a atenção primária à saúde é composta por cinco Unidades Básicas de Saúde da Família. Estas unidades enfrentam alguns problemas que interferem no seu processo de trabalho, uma vez que sofrem com a falta de medicamentos injetáveis e materiais para realização de pequenos procedimentos. Devido a esse problema, muitos casos que poderiam ser conduzidos nesses locais são encaminhados ao hospital, sobrecarregando o serviço de saúde hospitalar municipal.

Algumas unidades básicas de saúde também enfrentam problemas relacionados à estrutura física que por ser mais precária compromete a segurança do lugar e o acolhimento. A ausência de prontuário eletrônico traz algumas dificuldades, por exemplo, muitas vezes o médico não consegue compreender o que foi escrito no prontuário manual por outro médico, além disso, ele não tem acesso a informações de atendimentos do paciente como consulta com especialista.

Na atenção secundária existem consultas com especialistas na área da pediatria, psiquiatria, cardiologia, ginecologia e obstetrícia. O hospital municipal possui um médico plantonista do dia, e não existem médicos especialistas para dar suporte aos pacientes internados. Em relação aos sistemas de apoio existem eletrocardiógrafo, aparelho de RX e laboratório custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém esses exames não são disponíveis durante a noite e nos finais de semana.

Especialistas como hematologistas, nefrologistas e endocrinologistas não têm na região, pacientes com suspeitas de doenças graves ficam sem diagnóstico devido a essa situação, quando necessário os pacientes são encaminhados também para o centro de referência viva vida, em Teófilo Otoni- MG, que possui várias especialidades.

A contra referência ocorre através de um receituário comum ou guia de contra referência orientando como manejar o paciente no posto de saúde da família (PSF). No hospital os

pacientes com necessidade de serem transferidos para centro de saúde de maior complexidade, com mais suporte, são feitas solicitações de vagas via sistema SUS fácil.

Existe também uma farmácia popular que fornece medicamentos gratuitos a população. O município tem três ambulâncias brancas responsáveis por realizar a transferências de pacientes. Não existe prontuário eletrônico no sistema de saúde do município apenas o manual. O sistema logístico tem: transporte em saúde, acesso regulado à atenção, prontuário clínico, cartão de identificação dos usuários do SUS.

1.3 Aspectos da comunidade

O PSF Centro Boa Sorte está situado na rua projetada, número 40, bairro São Pedro, tem área de abrangência as comunidades Santa Rosa 1,2 e 3, Comunidade Boa Sorte e o bairro São Pedro na zona urbana. Possui seis micros áreas com 633 famílias cadastradas totalizando 2.066 usuários.

A área possui três escolas, sendo duas na zona urbana (Escola Estadual Professora Francisca Matos/Escola Municipal Príncipe da Paz), e uma na zona Rural (Escola Municipal Antônio dos Santos).

Em relação ao saneamento básico, a zona urbana possui 100% de cobertura de saneamento básico com água encanada e tratada, banheiros ligados a rede de esgoto, sendo que a zona rural possui 90% de cobertura. A população da área de abrangência segundo a faixa etária e gênero está demonstrada no quadro 1.

Quadro 1- Aspectos demográficos da comunidade de abrangência do Programa de Saúde da Família Centro Boa Sorte segundo faixa etária e gênero no município de Itaipé- MG, 2019.

Faixa etária/ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	7	22	29
1	8	21	29
2	25	24	49
3	19	18	37
4	24	17	41
5-9	59	42	101
10-14	48	67	115
15-19	30	55	85
20-24	20	68	88
25-29	9	41	50
30-34	8	62	70
35-39	10	86	96
40-44	32	61	93
45-49	40	68	108
50-54	17	76	93
55-59	7	58	65
60-64	14	71	85
65-69	36	46	82
70-74	18	67	85
75-79	22	28	50
Não informado	0	0	0
Total	453	998	1451

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (eSUS: Período: 01/01/2019 a 31/05/2019).

O quadro demonstra que na área de abrangência em relação à população quanto ao desenvolvimento humano e gênero possui 286 crianças, sendo que 142 são do sexo masculino e 144 do sexo feminino, pré-adolescentes e adolescentes totalizam 200, masculinos 78 e femininos 122, de 20 a 59 anos são 663 indivíduos adultos 143 homens e 520 mulheres e na terceira idade são 302 pessoas idosas sendo que 90 idosos e 212 idosas.

Em relação aos aspectos epidemiológicos da população da área de abrangência o quadro 2 demonstra na coluna 1 a natureza os casos atendidos e na 2 o quantitativo de pacientes.

Quadro 2- Aspectos epidemiológicos da comunidade de abrangência do PSF Centro Boa Sorte no município de Itaipé, Minas Gerais, 2019

Descrição	Quantidade
Asma	3
Desnutrição	0
Diabetes	21
DPOC	0
Hipertensão arterial	72
Obesidade	2
Pré-natal	29
Puericultura	0
Puerpério (até 42 dias)	0
Reabilitação	0
Saúde mental	11
Saúde sexual e reprodutiva	14
Tabagismo	0
Usuário de álcool	0
Usuário de drogas	0
Total	152

Fonte: e.SUS: Período: 01/01/2019-26/06/2019.

Quadro 3- Quadro demonstrativo das doenças com mais de seis pacientes atendidos num período de seis meses, do PSF Centro Boa Sorte no município de Itaipé, Minas Gerais, 2019

Cid 10	Doenças	Nº de pacientes atendidos
J00	Nasofaringite aguda	26
R101	Dor localizada no abdome superior	9
R102	Dor pélvica perineal	12
R05	Tosse	15
N300	Cistite aguda	19
J180	Broncopneumonia não especificada	7
M255	Dor articular	9
M545	Dor lombar baixa	11
T784	Alergia não especificada	14
R42	Tontura e instabilidade	6
R51	Cefaléia	6
Z 200	Exame médico geral	109

Fonte: e-SUS: Período: 01/01/2019-26/06/2019.

No período de janeiro a junho de 2019 foram totalizados 473 atendimentos em pacientes com patologias diversas: Os casos com número de pacientes menores do que seis não foram citados, destacamos só os casos com seis e mais pacientes.

As principais causas de óbito e internações são referentes a problemas cardíacos (hipertensão e diabéticos) e problemas respiratórios. O número de pacientes hipertensos é 223, de diabéticos é 27, de gestantes é 15 e de acamados é oito.

A hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus são as principais doenças crônicas existentes na população pertencente à área de abrangência do PSF Centro Boa Sorte. Infelizmente, a grande maioria desses pacientes não consegue realizar exames ou fazer uso dos medicamentos contínuos se eles não forem disponibilizados pelo SUS. Essa situação é responsável muitas vezes pela agudização dessas condições crônicas, resultando em emergências hipertensivas e estado hiperglicêmico hiperosmolar.

O saneamento básico precário contribui para persistência de doenças como esquistossomose. É alto o índice de diagnóstico dessa doença no município, e na região o exame de fezes pelo método Kato-Katz não é realizado e isso compromete o acompanhamento dessa parasitose. A grande maioria dos pacientes não tem recursos para buscar alternativas de tratamento.

Exames importantes como eletrocardiograma, radiografia e os laboratoriais não funcionam no final de semana. Dessa forma, pacientes em observação ou internados no hospital tem seu diagnóstico prejudicado e tratamento atrasado.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Centro Boa Sorte

O local onde funciona o programa de saúde da família (PSF) Centro Boa Sorte, do município de Itaipé, está localizado na Avenida Beira Rio, no centro da cidade, e é de fácil acesso, porém, como a rua do PSF e outras próximas não possuem calçamento nos períodos de chuva, o acesso se torna difícil devido a lama que se forma nessa região. Nesse mesmo local também funciona outro PSF e infelizmente essa situação compromete o vínculo da equipe de saúde com o paciente da sua área, isso porque muitas vezes a triagem desses pacientes não é respeitada e eles são atendidos por profissionais que são responsáveis por outra área.

A estrutura física é semelhante a uma casa antiga. Há falhas na segurança, e com frequência o local é invadido nos horários em que está fechado. A recepção tem muitas cadeiras e é onde acontecem as palestras para os usuários, pois não há salas disponíveis para realizarmos reuniões.

Existem duas salas para atendimentos médicos. Estas possuem ar condicionado, maca, mesas e cadeiras, porém, faltam aparelhos como otoscópio, negatoscópio, dentre outros. Duas salas para os enfermeiros, uma sala para o dentista, uma sala de triagem e uma sala para realização de curativos. Apesar das falhas em relação à estrutura física, o ambiente do local é tranquilo, dificilmente ocorrem discussões, estamos sempre em busca de praticar o acolhimento dentro da nossa realidade.

1.5 A Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Centro Boa Sorte

A equipe de saúde é composta por uma médica generalista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários da saúde, um dentista e um auxiliar de dentista.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe Centro Boa Sorte

A unidade de saúde funciona de 7:00 horas às 16:00 horas, com intervalo das 11 horas às 13 horas para o horário de almoço.

A equipe de saúde enfrenta alguns problemas relacionados à infraestrutura física da Unidade de Saúde: cercada por muros baixos e portões velhos que comprometem a segurança do local. A pintura e o jardim não conservados evidenciam a aparência precária. Porém, um dos principais problemas enfrentados é a falta de medicamentos injetáveis e materiais para realização de pequenos procedimentos, pois isso sobrecarrega o hospital municipal que muitas vezes tem que realizar condutas que poderiam ser solucionadas na UBS.

1.7 O dia a dia da equipe Centro Boa Sorte

Em relação ao processo de trabalho da equipe de saúde da família, o acolhimento começa na recepção, o primeiro contato do paciente com a UBS, ela é constituída por uma sala grande com muitas cadeiras.

Os pacientes são ouvidos pela recepcionista e posteriormente triados por uma técnica de enfermagem. De uma forma geral a qualidade da escuta durante as consultas fica comprometida devido à ausência de tempo hábil, uma vez que a demanda espontânea é alta, porém todos os pacientes são tratados com carinho e respeito. Sempre buscamos resolver o problema apresentado pelo paciente da melhor maneira possível dentro da nossa realidade.

Nas segundas-feiras esperamos pelos pacientes agendados e pela demanda espontânea que é sempre alta nesse dia.

Nas terças-feiras é o dia da visita domiciliar, realizada por mim, pela enfermeira e por um agente de saúde, a região possui áreas de difícil acesso então esse tipo de atendimento é importante, pois possibilita ao paciente a condição dele receber uma consulta médica em conjunto com outros profissionais de saúde, que dificilmente ocorreria se não fosse essa atividade.

Além disso, essas visitas são imprescindíveis porque aproximam o profissional de saúde ao paciente e ao meio em que atua, com isso, ele adquire uma compreensão maior das condições físicas, sociais e econômicas do território em que trabalha. Obtendo essa visão mais ampla o profissional pode entender melhor os problemas locais para poder atuar sobre eles. Neste dia o carro da saúde está disponível, dessa forma conseguimos ir às escolas e orientar sobre doenças como dengue, sobre saúde sexual e drogas. Às quartas-feiras são reservadas para realizarmos o atendimento do Pré-Natal (agendamento) e a demanda espontânea. A maioria das gestantes

comparece às consultas nas datas estipuladas, porém, muitas delas não fazem os exames laboratoriais e ultrassonografias obstétricas quando não disponíveis pelo SUS. Situação essa que afeta a qualidade do acompanhamento das gestações.

Nas quintas-feiras aguardamos os pacientes do HIPERDIA e do projeto Healthrise Brasil, que visa a detecção dessas doenças crônicas citadas e controle das mesmas através de exames e consultas de rotina. Esse projeto é um acerto porque os exames realizados são custeados pelo projeto e não pelo paciente, dessa forma eles conseguem sempre realizá-los. Isso é benéfico, pois ajudam no controle dessas doenças, e em conjunto com outras medidas, evitam assim os eventos agudos como as emergências hipertensivas.

Nas sextas-feiras é o dia em que não compareço ao PSF, devido ao curso de especialização, porém o funcionamento do mesmo é mantido, e os outros membros da equipe cumprem suas devidas funções.

Infelizmente, ainda não temos na nossa agenda programada um dia para que possamos praticar a educação permanente. A ausência de um espaço físico adequado somado à falta de tempo hábil dos profissionais de saúde compromete a prática dessa atividade. Infelizmente foram realizadas poucas reuniões com a equipe de saúde que possibilitem a prática da educação permanente objetivando a resolutividade dos problemas existentes.

Diante do que foi descrito podemos perceber que há muitas falhas que comprometem o processo de trabalho. A puericultura ainda não é realizada, além disso, a demanda espontânea é grande e isso sobrecarrega o serviço e prejudica a qualidade do mesmo. Essas situações levam à insatisfação da população em relação à demora do atendimento, a dificuldade de realização de exames não fornecidos pelo SUS, dentre outras reclamações. O importante é que a equipe de saúde esteja sempre em reflexão dos problemas que enfrenta com o intuito de resolvê-los ou amenizá-los, para melhor ofertar o serviço.

Além disso, a ausência de um espaço físico para reuniões se torna um empecilho para que elas sejam realizadas, dificultando que a educação permanente seja uma prática frequente na agenda das atividades realizadas.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Realizamos o diagnóstico situacional da área de abrangência, utilizando para tanto o método da Estimativa Rápida. Este nos permitiu fazer a avaliação dos registros existentes como os disponíveis no e-SUS e informações colhidas da equipe nas reuniões, bem como observações sobre as condições de vida da nossa comunidade.

De posse desses dados a equipe reuniu para discutir os problemas de saúde vivenciados pela comunidade e a partir disso elaborar um diagnóstico de saúde do território. Segundo Faria, Campos e Santos (2018) o diagnóstico situacional é resultado de um processo de coleta, tratamento e análise de dados de uma determinada população, e pode ser considerada uma importante ferramenta de gestão para identificação dos problemas de saúde presentes naquele local. Os principais problemas identificados foram:

- Principais causas de óbitos e internações são referentes a problemas cardíacos;
- Alta incidência de pacientes com hipertensão arterial descontrolada;
- Falta de medicamentos de uso contínuo e injetáveis e materiais para realização de pequenos procedimentos;
- Grande maioria dos pacientes não consegue realizar exames pelo SUS.

Estes problemas citados abaixo, a equipe não tem governabilidade sobre eles, por isso, não foram priorizados.

- Problemas relacionados à estrutura física que por ser mais precária compromete a segurança do lugar e o acolhimento;
- A ausência de prontuário eletrônico;
- A presença de duas equipes atendendo no mesmo horário e local interferindo no processo de trabalho comprometendo a identidade da equipe e o vínculo entre os profissionais pertencentes à mesma área e deles com os pacientes de suas devidas responsabilidades;
- Ausência de um espaço físico para reuniões se torna um empecilho para que elas sejam realizadas, dificultando a prática da educação permanente.

1.9 Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Diante de inúmeros problemas, a equipe de saúde resolveu priorizá-los, haja visto a impossibilidade de resolver todos os problemas de uma só vez por motivos financeiros e de recursos humanos. Para a priorização Faria, Campos e Santos (2018) estabeleceram alguns critérios que são:

- A importância do problema atribuindo valores “alto, médio ou baixo”;
- Sua urgência, distribuindo pontos conforme sua urgência, de 01 e no máximo 30 pontos;
- Capacidade de enfrentamento definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe;

- Seleção enumerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

Quadro 4- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de abrangência do PSF Centro Boa Sorte no município de Itaipé, Minas Gerais, 2018

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Altos índices de pacientes com hipertensão descontrolada	Alta	7	Total	1
Faltam medicamentos de uso contínuo e injetáveis e materiais para realização de pequenos procedimentos	Média	4	Parcial	2
Grande maioria dos pacientes não consegue realizar exames pelo SUS	Média	4	Fora	4
Principal condição de saúde enfrentada é a hipertensão arterial sistêmica	Alta	7	Parcial	3
Principais causas de óbitos e internações são referentes a problemas cardíacos	Alta	5	Fora	2

Fonte: autoria própria (2019).

O problema priorizado foi “altos índices de pacientes com hipertensão descontrolada”. Este problema constitui um desafio para a equipe de saúde, pois depende do paciente que necessita mudar de hábitos de vida e monitoramento constante, incluindo o controle alimentar, realização de atividades físicas e uso de medicamentos para um melhor controle da doença e prevenção das complicações.

Se conseguirmos diminuir a alta prevalência da hipertensão arterial, vai refletir positiva e diretamente na diminuição dos altos índices das doenças cardiovasculares e assim estamos resolvendo dois problemas.

2 JUSTIFICATIVA

O alto índice de hipertensão arterial sistêmica mal controlada é uma realidade na comunidade de abrangência do PSF Centro Boa Sorte. Esse problema foi considerado como prioritário porque gera grande impacto em relação às taxas de óbitos, internações hospitalares e morbidades por causas cardiovasculares. Uns dos principais motivos para que isso ocorra está relacionado à baixa adesão dos medicamentos de uso contínuo, baixo nível de informação e aos hábitos e estilo de vida não saudáveis dos pacientes hipertensos. Sendo assim, a eficácia do trabalho da equipe de saúde tem grande importância para que haja um melhor controle da HAS, conseqüentemente isso irá se refletir em menores taxas de óbitos e internações decorrentes desse problema.

Sobre isso, Macedo *et al.* (2010) argumentam que muitos pacientes não conhecem seus valores de pressão arterial (PA) alvo, e com isso os mesmos não podem relatar com exatidão se são controlados. Para tanto, segundo o referido estudo, é indispensável e fundamental a educação dos pacientes para que identifiquem seus valores-alvo de PA, para que eles possam identificar corretamente se ela é elevada ou controlada.

A pesquisa realizada por Macedo *et al.* (2010) ainda aponta para a necessidade de melhorar o conhecimento e a consciência sobre a hipertensão, afim de aumentar a adesão à medicação e o controle da PA. Para tanto, tal estudo ainda conclui que a atenção continuada deve ser dada aos efeitos colaterais dos anti-hipertensivos, porque eles são uma das causas mais importantes de não-adesão.

Portanto, vê-se a relevância da eficácia do trabalho da equipe de saúde em orientar, educar, dentre outras ações, como ferramenta fundamental, indispensável e de grande importância para que haja um melhor controle da HAS, o que conseqüentemente gerará uma redução significativa e relevante nas taxas de óbitos e internações decorrentes desse problema.

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para estimular a adesão do paciente portador da hipertensão arterial sistêmica ao uso correto da medicação e ao estilo de vida saudável para promover melhores índices de controle da HAS.

3.2 Objetivos específicos

- Elaborar um plano de intervenção que melhore a adesão aos medicamentos anti-hipertensivos;
- Propor medidas que aumentem o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial sistêmica;
- Elaborar um plano de intervenção que eduque e estimule os pacientes hipertensos a aderirem hábitos e estilos de vida mais saudáveis.

4 METODOLOGIA

O diagnóstico situacional em saúde da Estratégia de Saúde da Família Centro Boa Sorte foi feito por meio da atividade 3 da disciplina de Planejamento, Avaliação e Programação em saúde pelo método da estimativa rápida. Esse método foi realizado pela equipe e com a participação da comunidade a fim de conhecer o território, bem como sua população e o estilo de vida analisando suas necessidades e problemas existentes para o posterior enfrentamento. O conteúdo das informações contidas no trabalho foi adquirido por meio de registro e conversas com a equipe de saúde, documentos da Secretaria Municipal de Saúde e do e-SUS, do IBGE e do Ministério da Saúde.

Foi realizada uma revisão de literatura em artigos científicos pesquisados em bases de registro como *Lilacs*, *Scielo*, *Medline*, Biblioteca Virtual em Saúde, publicados entre os anos de 2010 a 2020, sobre o problema enfrentado pela equipe do PSF Centro Boa Sorte que é o alto índice de hipertensão arterial sistêmica não controlada na comunidade de abrangência deste local.

Essa fundamentação teórica deu sustentação à elaboração da proposta de intervenção que se baseou no Planejamento Estratégico Situacional (PES) abordado por Faria, Campos e Santos (2018), constituindo o terceiro momento. Foram utilizadas as seguintes palavras chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Atenção Primária a Saúde

De acordo com a OMS (1978) a definição sobre a Atenção Primária de Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Acta. Nesta conferência foi declarada que a APS se refere aos cuidados essenciais à saúde, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o Sistema Nacional de Saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (BRASIL,2002).

O Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica nº 37 descreve que

[...] serviços de Saúde, em sua organização, têm a finalidade de garantir acesso e qualidade às pessoas. A Atenção Básica (AB), em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema de Saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em Saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde (BRASIL,2014, p.17).

Art.2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos,cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido,sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária(PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2011).

Corroborando Oliveira e Pereira, (2013) acrescentam que a finalidade da atenção primária é o oferecimento de serviços de saúde próximos as pessoas (moradia e trabalho) possibilitando facilidade de deslocamento aos serviços, criação de vínculos e os cuidados contínuos. A atenção primária é vista como a porta de entrada do sistema de saúde oferecido à população e tem no Brasil, a Saúde da família como a principal estratégia para a sua organização.

[...] Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

Atenção primária de saúde é um dos principais eixos estruturais do SUS sendo considerada como uma das maiores prioridades do Ministério da Saúde e do Governo Federal. Os desafios apresentados na Atenção Básica dentre outros destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, a efetividade e resolutividade das suas práticas, ao provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação vinculada ao cuidado de modo a superar a grande divisão ainda existente entre gestão e cuidado (BRASIL, 2013).

Em 1994 inicia o Programa de Saúde da Família – PSF – cujo propósito consistiu na reorganização da prática assistencial e visava substituir o modelo tradicional de assistência centrado na doença pelas Unidades Básicas de Saúde pela prevenção. A partir de então, a atenção teria o foco na saúde da família, por meio da ampliação da compreensão acerca da saúde-doença e do trabalho dos agentes comunitários de saúde acessando a população em suas residências (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Desde sua origem, foi criado “como uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde” (SOUSA; EDGAR, 2009, sp).

No Brasil, após 2011 (BRASIL, 2011) a Atenção Primária passou a denominação de Atenção Básica à Saúde (ABS). Exercida em unidades básicas de saúde, por equipes multiprofissionais compostas por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal, e agentes comunitários de saúde, a multi/interprofissionalidade existente nesses serviços tem o objetivo de reorganizar o processo de trabalho à lógica de um 'cuidado integral'. A atenção básica, no Brasil, adotou as atividades de educação, vacinação, alimentação e nutrição, saneamento e organização sociocomunitária descritas pela Declaração de Alma-Ata, em 1978.

O Ministério da Saúde, na Portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta pelos profissionais (psiquiatra, homeopata, pediatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, educadores físicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e sanitaristas, entre outros). Através de uma lógica de trabalho matricial, as equipes devem ser da modalidade e ter o perfil profissional de acordo com as necessidades epidemiológicas com isso aumentando o conceito de integralidade no cuidado, estas equipes têm como objetivo garantir o apoio clínico, pedagógico e consultivo às equipes de saúde da família.

De acordo com Campos *et al.* (2014) a saúde da família em 2006 deixa de ser um Programa para ser pensado como uma Estratégia, onde a atenção a saúde passa a ser

compreendida como um processo permanente e contínuo e, assume o objetivo de reorganizar a rede de assistência e cuidado à saúde, com esse pensamento é implantada a Estratégia de Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A estratégia passa a ser responsável pela expansão do acesso e serviço da atenção primária para a população brasileira segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

[...]A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Primária no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária. Por meio da Estratégia, é possível reorientar o processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL,2012)

Concluo que a Estratégia Saúde da Família exerce um papel muito importante no que tange à assistência e ao fortalecimento da relação entre usuários e os serviços de saúde bem como acompanhamento na melhoria da qualidade de vida dos usuários.

5.2 Abordagem sobre a hipertensão arterial sistêmica

De acordo com Carey e Whelton (2017) a pressão arterial (PA) elevada foi a principal causa de morte e incapacidade em todo o mundo. Nos Estados Unidos, a hipertensão arterial (HA) foi responsável por mais mortes por doença cardiovascular (DCV) do que qualquer outro fator de risco e ficou atrás apenas do cigarro como causa evitável de morte por qualquer outro motivo.

De acordo com Malachias *et al.* (2016). A hipertensão arterial atinge 32,5% de indivíduos adultos e mais de 60% de pessoas com mais de 60 anos de idade, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Em relação à perda da produtividade e renda familiar, junto com a DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado.

Embora exista uma associação contínua entre maior nível da pressão arterial e aumento do risco de DCV, é útil categorizar os níveis de PA para decisão clínica e intervenção de saúde pública. A PA é categorizada em 4 níveis com base na PA média medida em um serviço de

saúde: normal, elevada e estágio 1 ou 2 de hipertensão. Essa categorização difere da recomendada pela Joint National Committee (JNC), com hipertensão em estágio 1 agora definida como pressão arterial sistólica(PAS) de 130-139 ou pressão arterial diastólica (PAD) de 80-89 mmHg e com hipertensão estágio 2 no presente que correspondente aos estágios 1 e 2 do relatório JNC 7(CAREY; WHELTON , 2017).

Apesar de ter ocorrido mudanças em relação ao valor de PA elevada, como visto acima, a hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Carey e Whelton (2017) afirmam que muitos pacientes adultos com hipertensão têm outros fatores de risco para DCV, fumantes, obesos, com hipercolesterolemia, DM e doença renal crônica.

Os mesmos autores ainda afirmam que a presença de múltiplos fatores de risco para DCV em indivíduos com hipertensão resulta em altos riscos absolutos para doença coronariana e acidente vascular cerebral nesta população.

Fatores de risco modificáveis para DCV comuns entre os adultos com hipertensão incluem exposição ao tabagismo/fumaça de tabaco, DM, dislipidemia (incluindo altos níveis de colesterol de lipoproteína de baixa densidade ou hipercolesterolemia, altos níveis de triglicerídeos e baixo colesterol de lipoproteínas de alta densidade), sobrepeso /obesidade, inatividade física / baixo nível de condicionamento físico e falta de dieta saudável(CAREY; WHELTON, 2017).

A hipertensão arterial é um distúrbio poligênico complexo em que muitos genes ou combinações de genes influenciam a PA. Várias exposições ambientais, incluindo componentes de dieta, atividade física e consumo de álcool, influenciam a PA. Alguns dos fatores relacionados à dieta associados com PA alta incluem sobrepeso e obesidade, ingestão excessiva sódio e ingestão insuficiente de potássio, cálcio, magnésio, proteína (especialmente de vegetais), fibra e gorduras de peixe(CAREY; WHELTON , 2017).

A má alimentação, inatividade física e ingestão excessiva de álcool, isoladamente ou em combinação, são a causa subjacente de uma grande proporção de hipertensão. Os relatórios atuais do setor de seguros identificaram uma relação impressionante entre o peso corporal e o alto nível de pressão arterial, uma relação direta entre sobrepeso / obesidade e hipertensão (CAREY; WHELTON, 2017).

Todos os novos pacientes com hipertensão devem ser rastreados com histórico, exame físico e investigações laboratoriais, antes do início do tratamento. Da mesma forma, tratamento

específico muitas vezes requer um nível de treinamento técnico e experiência (CAREY; WHELTON, 2017).

Os valores que definem HAS estão expressos nos Quadros 5 e 6. Considerando-se que os valores de PA obtidos por métodos distintos têm níveis de anormalidade diferentes, há que se considerar os valores de anormalidade definidos para cada um deles para o estabelecimento do diagnóstico. Quando utilizadas as medidas de consultório, o diagnóstico deverá ser sempre validado por medições repetidas, em condições ideais, em duas ou mais ocasiões, e confirmado por medições fora do consultório (MAPA ou MRPA), excetuando-se aqueles pacientes que já apresentem lesão de órgão alvo (LOA) detectada (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Quadro 5-Valores de referência para a definição de HA pelas medidas de consultório, MAPA e MRPA

Categoria	PAS(mmHg)		PAD(mmHg)
Consultório	≥ 140	e/ou	≥ 90
Mapa			
Vigília	≥ 135	e/ou	≥ 85
Sono	≥ 120	e/ou	≥ 70
24 horas	≥ 130	e/ou	≥ 80
MRPA	≥ 135	e/ou	≥ 85

Fonte: Adaptado de MALACHIAS *et al*, 2016.

Agenda: PAS pressão arterial sistólica.

PAD pressão arterial diastólica.

MRPA Monitorização residencial da pressão arterial

Quadro 6- Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mmhg)	PAD(mmhg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-Hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão Estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão Estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: Adaptado de MALACHIAS *et al*, 2016.

A consulta de avaliação inicial de pessoas com diagnóstico de HAS deverá ser realizada pelo médico da UBS. O objetivo inclui identificar outros fatores de risco para DCV, avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo (LOA) e considerar a hipótese de hipertensão secundária ou outra situação clínica para encaminhamento à consulta em outro nível de atenção (BRASIL, 2013).

Entre o médico e o paciente deve estabelecer um processo de educação em saúde que dever ser contínuo e iniciado na primeira consulta. É fundamental a investigação da história, de vida do paciente, realização do exame físico e solicitação de exames laboratoriais, para esclarecimento do diagnóstico, a avaliação de risco para DCV e a decisão terapêutica (BRASIL, 2013).

Segundo Malachias *et al*. (2016, p.2):

Os principais objetivos da avaliação clínica e laboratorial para atingir essas metas permite o diagnóstico correto da HA e seu prognóstico, possibilitando a escolha da melhor terapêutica para o paciente. Os objetivos do diagnóstico da HA por medição da PA são para:

- Confirmação do diagnóstico de HA por medição da PA;
 - Identificação dos FRCV;
 - Pesquisa de LOAs, sejam elas subclínicas ou clinicamente manifestas;
 - Pesquisa da presença de outras doenças associadas;
 - Estratificação do risco CV global;
 - Avaliação de indícios para a suspeita de HA secundária;
- A avaliação laboratorial em seguida deve fazer parte da rotina inicial de todo paciente hipertenso;
- Análise de urina (GR: I; NE: C);
 - Potássio plasmático (GR: I; NE: C);
 - Glicemia de jejum (GR: I; NE: C) e HbA1c (GR: I; NE: C);
 - Ritmo de filtração glomerular estimado (RFG-e) (GR: I; NE: B);
 - Creatinina plasmática (GR: I; NE: B);
 - Colesterol total, HDL-C e triglicérides plasmáticos (GR: I; NE: C) *;
 - Ácido úrico plasmático (GR: I; NE: C);

- Eletrocardiograma convencional (GR: I; NE: B).

O risco cardiovascular (CV) global deve ser avaliado em cada indivíduo hipertenso, pois auxilia na decisão terapêutica e permite uma análise prognóstica. A identificação dos indivíduos hipertensos que estão mais predispostos às complicações CV, especialmente infarto do miocárdio e AVE, é fundamental para uma orientação terapêutica mais agressiva (MALACHIAS *et al.*,2016).

O Ministério da Saúde (2013) sugere a estratificação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham, que pode ser realizada pelo enfermeiro e médico da Atenção Básica e serve como uma ferramenta para definir os parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HAS pela equipe (BRASIL, 2013).

Recomenda-se basear o uso de medicamentos para baixar a pressão arterial em uma combinação de risco absoluto de DCV e nível de pressão arterial em vez de confiar apenas no nível de PA (CAREY; WHELTON, 2017).

Tentar usar o risco absoluto para orientar a implementação do tratamento farmacológico para prevenir DCV tiveram resultados mistos, com muitos relatos de melhorias nos comportamentos de prescrição do provedor, adesão do paciente e reduções de risco, mas com outros que não mostram impacto sobre comportamentos do provedor. O uso da avaliação de risco global de DCV não é frequente na prática clínica de rotina, e assim, seriam necessários esforços intensivos para alcançar uma implementação universal (CAREY; WHELTON, 2017).

Carey e Whelton (2017) afirmam que a escolha dos medicamentos deve basear-se em evidências experimentais da eficácia do tratamento, combinadas ao reconhecimento de indicações convincentes para uso de um agente de uma classe específica de medicamentos, bem como as preferências e características do estilo de vida de cada paciente.

A terapia medicamentosa inicial para alguns pacientes será bem tolerada e eficaz na obtenção do nível desejado de PA, é necessário o monitoramento. Para outros, o medicamento inicial não será tolerado ou não será eficaz, exigindo alteração da medicação ou adição de outro medicamento, seguida pelo monitoramento da pressão arterial, outros pacientes vão necessitar de ajustes adicionais. Mas existem alguns casos que o alcance da meta da PA é desafiador para o profissional de saúde por que tem pacientes que não respondem ou não toleram o tratamento com 2 a 3 medicamentos ou combinações de medicamentos, ensaios adicionais de tratamento tendem a ser ineficazes ou mal tolerado(CAREY; WHELTON, 2017).

Carey e Whelton (2017) explicam que alguns pacientes podem ficar desiludidos e perdidos para acompanhamento, enquanto outros identificarão um profissional de saúde

alternativo, incluindo curandeiros não tradicionais, ou tentarão remédios caseiros populares. Este fato requer do cuidador experiência, paciência e um mecanismo para responder de maneira eficiente e sensível às preocupações. Nesse cenário, o atendimento em equipe pode ser eficaz, incentivando o acoplamento de informações não farmacológicas e tratamentos farmacológicos, melhorando o acesso e comunicação com os prestadores de cuidados.

No cenário de intolerância a medicamentos, exige visitas agendadas de acompanhamento para avaliação dos níveis de pressão arterial, e uma avaliação da mudança de estilo de vida (CAREY; WHELTON, 2017).

Para pacientes com um nível mais alto de risco de DCV a medicação é geralmente iniciada mesmo quando o paciente estiver buscando uma mudança no estilo de vida. A consideração de comorbidades, estilo de vida e preferências do paciente pode sugerir melhor tolerância ou maior efeito de uma classe de medicação versus outras classes (CAREY; WHELTON, 2017).

Para Malachias *et al.* (2016) a abordagem terapêutica da hipertensão arterial inclui tratamentos não medicamentosos e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos CV e renais. Medidas não medicamentosas têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo.

Os autores acima acrescentam caso exista indicação de tratamento com medicamentos, o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos.

Na introdução da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 6 - Tratamento não medicamentoso (MALACHIAS *et al.*, 2016, sp) aborda

[...] que o tratamento não medicamentoso (TNM) da HA envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros. O sucesso do tratamento da HA com medidas nutricionais depende da adoção de um plano alimentar saudável e sustentável.

“A utilização de dietas radicais resulta em abandono do tratamento. O foco em apenas um único nutriente ou alimento tem perdido espaço para a análise do padrão alimentar total, que permite avaliar o sinergismo entre os nutrientes/alimentos” (MALACHIAS *et al.*, 2016, sp).

O Ministério da Saúde, por meio do Caderno da Atenção Básica nº 37 p. 87 traz os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável para pessoas com HAS”, que contemplam as

recomendações de alimentação necessárias ao autocuidado para usuários com HAS (BRASIL, 2014, p.87).

A seguir, será apresentado no Quadro 7 os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável para pessoas com HAS”, validados pelo Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição Sudeste II e algumas observações sobre a relação de cada um deles com a HAS.

Quadro 7-Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com HAS.

Procure usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos. Recomenda-se para indivíduos hipertensos 4 g de sal por dia (uma colher de chá), considerando todas as refeições.
Para não exagerar no consumo de sal, evite deixar o saleiro na mesa. A comida já contém o sal necessário!
Leia sempre o rótulo dos alimentos verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 2.000 mg de sódio).
Prefira temperos naturais como alho, cebola, limão, cebolinha, salsinha, açafrão, orégano, manjeriço, coentro, cominho, páprica, sálvia, entre outros. Evite o uso de temperos prontos, como caldos de carnes e de legumes, e sopas industrializadas. Atenção também para o aditivo glutamato monossódico, utilizado em alguns condimentos e nas sopas industrializadas, pois esses alimentos, em geral, contêm muito sódio.
Alimentos industrializados como embutidos (salsicha, salame, presunto, linguiça e bife de hambúrguer), enlatados (milho, palmito, ervilha etc.), molhos (ketchup, mostarda, maionese etc.) e carnes salgadas (bacalhau, charque, carne seca e defumados) devem ser evitados, porque são ricos em gordura e sal.
Diminua o consumo de gordura. Use óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados.
Procure evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial.
Consuma diariamente pelo menos três porções de frutas e hortaliças (uma porção = 1 laranja média, 1 maçã média ou 1 fatia média de abacaxi). Dê preferência a alimentos integrais como pães, cereais e massas, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais.
Procure fazer atividade física com orientação de um profissional capacitado.
Mantenha o seu peso saudável. O excesso de peso contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2014 (Caderno de Atenção Básica37, p.87).

Um dos maiores problemas de saúde pública considerado ser o mais prevalente dos FR para a hipertensão arterial é a ociosidade (falta de praticar exercício físico). A hipertensão é a segunda causa de morte no mundo. A sobrevivência é maior naquelas pessoas que praticam atividades físicas com frequência e regularidade e menor nas que passam a maior parte do tempo sentada. Há relação direta entre a atividade física com a PA. “A prática regular de atividade física pode ser benéfica tanto na prevenção quanto no tratamento da HA, reduzindo ainda a

morbimortalidade CV. O aumento da atividade física diária reduz a PA” (MALACHIAS *et al.*, 2016.sp).

No Caderno de Atenção Básica nº 37 aborda que

[...]É importante que a equipe de Atenção Básica reconheça e utilize os recursos disponíveis para o desenvolvimento de ações de prática de atividade física. O papel dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF), além de prestar apoio à equipe e organizar grupos de atividades físicas nas Unidades Básicas de Saúde, está em auxiliar as pessoas com lesões de órgãos-alvos na reabilitação e retorno das atividades do dia a dia (BRASIL, 2014.p.100)

“Se a pessoa optar pela modalidade de exercícios aeróbicos, o profissional poderá sugerir atividades como caminhadas, dança, ciclismo, natação e corrida. O início deve ser gradativo, respeitando o limite fisiológico individual. “Neste sentido a frequência recomendada, a duração da atividade e o grau de intensidade vai depender da “adaptação fisiológica do indivíduo. “A frequência recomendada é de 3 a 5 vezes por semana, pelo menos 30 minutos por dia, (BRASIL, 2014, p.100).

[...]A orientação dos profissionais de Saúde visando facilitar a escolha dos usuários acerca das atividades físicas/práticas corporais precisa levar em consideração hábitos de vida, preferências pessoais, assim como condições socioeconômicas individuais e comunitárias, práticas culturais, reforçando-se ainda o teatro, a música, a dança, a hidroginástica e as práticas da Medicina Tradicional Chinesa (tai chi chuan, liangong, chi gong)(BRASIL,2014,p.80).

Na introdução do capítulo 3 do Caderno de Atenção primária nº 37 (2014, p.57) citando BRASIL.2010) refere-se que

[..] o cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

A não adesão terapêutica dos pacientes hipertensos (não seguindo as recomendações e aconselhamento médico e de outros profissionais ocorre também a não persistência de continuar com o uso dos medicamentos e modificações recomendadas no estilo de vida) é um dos principais contribuintes encontrados para o descontrole da hipertensão e um impedimento chave na redução das mortes por DCV. As taxas de adesão variam substancialmente em diferentes populações e, em geral, são menores para mudança de estilo de vida e mais exigente em termos de regimes de comportamento (CAREY; WHELTON, 2017).

Durante o primeiro ano de tratamento, o paciente médio tem posse de medicamentos anti-hipertensivos apenas 50% das vezes e apenas um em cada cinco pacientes tem aderência suficientemente alta para alcançar os benefícios observados em ensaios clínicos (CAREY; WHELTON, 2017).

Para encorajar os pacientes a expressarem as causas da não adesão, o profissional deve proporcionar um ambiente encorajador para que ele possa responder as perguntas relacionadas ao seu tratamento com honestidade. É essencial o profissional identificar e abordar não só a adesão, mas que os pacientes sejam estimulados a atingir as metas de tratamento (CAREY; WHELTON, 2017).

Os membros da equipe de tratamento da hipertensão podem permitir o autorrelato de forma tranquila para identificar barreiras e facilitar comportamentos associados à melhor adesão a medicamentos anti-hipertensivos (CAREY; WHELTON, 2017).

Lembrar-se de tomar medicação geralmente é desafiador, particularmente para regimes que devem ser administrados várias vezes por dia. Tomar medicamentos várias vezes ao longo do dia requer maior atenção ao agendamento, pois além de questões adicionais, como transporte ou armazenamento, o que pode ser desafiador para alguns pacientes. O impacto da dose diária de medicamentos anti-hipertensivos versus dosagem várias vezes ao dia foi avaliado em várias pesquisas. A adesão à medicação foi maior com a dose diária única e diminuiu com a frequência de dosagem aumentada (CAREY; WHELTON, 2017).

A disponibilidade de informações financeiras, educacionais e recursos instrumentais podem ser importantes, embora não sejam os únicos determinantes do controle da PA (CAREY; WHELTON, 2017).

Os mesmos autores reforçam que o controle da hipertensão arterial em populações com baixa renda representa um desafio que exige sensibilidade aos desafios impostos por recursos financeiros limitados, incluindo aqueles relacionados com baixo nível de alfabetização necessitando que a equipe realize o alinhamento do conhecimento da doença e potencial necessidade de realinhar as prioridades de saúde dos pacientes, a conveniência e complexidade da estratégia de gestão, acessibilidade aos cuidados de saúde e custos relacionados à saúde, incluindo medicamentos (CAREY; WHELTON, 2017).

Populações com recursos limitados também são populações com alta representação de grupos que provavelmente manifestam disparidades de saúde, inclusive raciais e minorias étnicas, residentes localizados em áreas rurais, e adultos mais velhos (CAREY; WHELTON, 2017).

É crucial investir em medidas para suprir a baixa alfabetização em saúde e reforçar a importância de estratégias para aderir ao tratamento, prestando atenção às sensibilidades culturais. Essas medidas podem incluir a identificação e parceria com as organizações da comunidade dedicadas ao controle da hipertensão e saúde cardiovascular (CAREY; WHELTON, 2017).

Apesar de dados de eficácia comparativa que documentam a eficácia de várias intervenções serem limitadas, equipes multidisciplinares com abordagens baseadas no uso de agentes comunitários de saúde mostraram utilidade, assim como o uso de monitoramento externo de PA, visitas de controle da PA, particularmente entre as pessoas com restrição de recursos. Medicamentos de ação prolongada, uma vez ao dia (por exemplo, clortalidona, amlodipina) que agora estão disponíveis de forma genérica e geralmente com desconto podem ser usados para reduzir a complexidade do regime e promover adesão. Quando possível, prescrições que exigem mais tempo recargas de 30 dias devem ser consideradas, especialmente quando regime estável é alcançado (CAREY; WHELTON, 2017).

É essencial a equipe de saúde atentar-se para a adesão continuada ao tratamento. “Há inúmeras abordagens propostas para aumentar a adesão ao tratamento, mas a efetividade nem sempre é a desejada. A inserção de farmacêuticos na equipe assistencial para orientação sobre o uso de medicamentos e outras ações (atenção farmacêutica) pode ser útil” conforme Caderno de Atenção Básica nº15, p.60 (BRASIL, 2006).

“A inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física, é vista como bastante enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção e controle do DM e da HAS” (BRASIL, 2006, p.43).

[...] Sugere-se a verificação semanal da PA até a primeira consulta médica de reavaliação do tratamento. Neste período, a pessoa deverá medir a PA na sala de “enfermagem/triagem/ acolhimento” e o resultado da verificação, data e horário deverão ser anotados no prontuário do paciente ou no local indicado para registro do monitoramento da PA. A consulta médica de reavaliação do caso não deverá ultrapassar 30 dias. Caso a PA não diminua com o uso da medicação indicada até a segunda semana de tratamento, após certificar-se que o paciente está fazendo uso correto da medicação prescrita, a equipe de Enfermagem deverá orientar o paciente para consultar com seu médico (BRASIL, 2014, p.73).

“Se o paciente não estiver usando corretamente a medicação, a equipe deverá refazer a orientação sobre o uso da medicação e continuar monitorando a PA. Um mês após o início do tratamento, deve-se verificar, em consulta médica, se o usuário atingiu a meta pressórica (BRASIL, 2014, p.73).

A equipe deve considerar que aqueles pacientes que não tiveram uma boa resposta pode ser pela “não adesão, excesso de sal na dieta, para efeito das drogas, uso de anti-inflamatórios não esteroides, uso de descongestionantes nasais, supressores do apetite, cafeína, anticoncepcionais orais, tabagismo, etilismo, obesidade progressiva, apneia do sono, dor crônica ou hipertensão secundária” (BRASIL, 2014,p.73).

Os pacientes que mesmo com o uso dos medicamentos recomendados a PA não estiver controlada deverão realizar consulta médica para reavaliação mensalmente até atingirem a meta pressórica (BRASIL, 2014).

A motivação dos pacientes em relação ao tratamento deve ser avaliada pelo médico ou enfermeira, principalmente daqueles pacientes com dificuldade de seguir os tratamentos prescritos, o autocuidado também deve ser estimulado.

O médico e a enfermeira farão o acompanhamento dos hipertensos principalmente àqueles com a pressão arterial descontrolada. Vão solicitar o apoio de outros profissionais de Saúde de acordo com as necessidades de cada caso e recursos disponíveis. Poderão fazer o encaminhamento dos pacientes para “receber apoio de outros profissionais de saúde (como psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico, farmacêutico) ou ser avaliadas por meio de apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para auxílio à equipe no manejo desses casos. Essa avaliação deve ser feita continuamente durante o tratamento.” (BRASIL, 2014, p.74).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado referente ao alto índice de hipertensão arterial sistêmica não controlada na área de abrangência do PSF centro boa sorte, para o qual se registra uma descrição desse problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do Problema Selecionado (terceiro passo)

O número de hipertensos, conforme registros da unidade de saúde pesquisa, é de 223 (registro de equipe).

O número de hipertensos, segundo dados extraídos do e-SUS é de 15%, dentre todas as outras condições de saúde. A principal condição de saúde registrada (e-SUS,2019).

As principais causas de óbito e internações são referentes a problemas cardíacos (hipertensão e diabéticos) e problemas respiratórios (registros de equipe).

A hipertensão arterial sistêmica é a condição de saúde mais prevalente na comunidade onde atuou de acordo com os dados do e-SUS. O mau controle dessa doença crônica é responsável em grande parte por outras comorbidades e complicações muitas vezes irreversíveis. Isso ocorre porque muitos pacientes não fazem o uso regular dos medicamentos e nem os exames de rotina necessários. A não adesão ao uso do medicamento somados aos maus hábitos de vida: alimentação não saudável, alcoolismo, tabagismo e falta de exercícios físicos regulares agravam os níveis pressóricos comprometendo cada vez mais o estado de saúde do paciente.

Sendo assim, o principal problema enfrentado pela nossa equipe de saúde é a hipertensão arterial sistêmica não controlada uma vez que isso gera grandes impactos em relação aos óbitos, internações hospitalares e morbidades.

6.2 Explicação do Problema Selecionado (quarto passo)

De acordo com os dados do e-SUS e dos registros de equipe a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a principal condição de saúde prevalente em nossa área de abrangência. As consequências em decorrência ao mau controle dessa doença crônica se refletem nos registros

que evidenciam complicações com infartos, acidente vascular encefálico, aneurisma, retinopatia periférica e outros.

A realidade é que muitos pacientes não fazem o uso regular das medicações de uso contínuo mesmo sendo bem orientados. Alguns não acreditam na eficácia deles e preferem fazer o uso de “chá do mato”, outros por serem mais idosos confundem ou se esquecem de fazer o uso dos remédios anti-hipertensivos. Outra situação recorrente é que muitas vezes o medicamento está em falta na farmácia popular, e assim, muitos pacientes não conseguem ter acesso a eles quando não são disponibilizados pelo SUS. Além disso, muitos hipertensos não se alimentam de maneira saudável e fazem uso exagerado do sal e de alimentos gordurosos.

As situações descritas acima são predisponentes para que ocorra a agudização de condições crônicas como a HAS, resultando em emergências hipertensivas, ou em agravamento de condições crônicas como, por exemplo, um paciente hipertenso desenvolver outros problemas cardíacos decorrentes da hipertensão arterial (exemplo: insuficiência cardíaca congestiva).

Sendo assim, o grande desafio da minha equipe de saúde é melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica e dessa forma diminuir os índices de óbitos e internações hospitalares por causas de origem cardiovascular.

6.3 Seleção dos Nós Críticos (quinto passo)

Os nós críticos são considerados por Faria, Campos e Santos (2018) como causas principais do problema. Portanto, devem ser enfrentados pela equipe, com a finalidade de saná-lo. O problema pode ter uma só causa, ou várias. Os nós críticos selecionados são:

- Baixo nível de informação dos pacientes;
- Uso irregular dos medicamentos de uso contínuo;
- Hábitos e estilo de vida inadequados;
- Falta de acompanhamento e monitoramento do paciente hipertenso pela equipe de saúde.

6.4 Desenho das Operações sobre nó crítico- operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7 ° a 10 ° passo)

Desenho de operações significa um conjunto de ações que devem ser executadas durante o desenvolvimento de um plano.

Estas ações consomem recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder. São previamente esquematizadas para dar suporte ao enfrentamento dos nós críticos. Os itens que compõem o esquema são: identificação dos produtos e resultados para cada operação definida, identificação dos recursos necessários para a concretização das operações e, conseqüentemente, resolução do problema, determinação do prazo de execução de cada projeto, nomeação do responsável como será feito o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações. Para cada nó crítico é necessário desenhar uma operação.

Seguem-se os quadros detalhando as operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionados ao problema priorizado “altos índices de pacientes com hipertensão arterial descontrolada”.

Quadro 8- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema relacionado a alta incidência de pacientes com hipertensão arterial descontrolada na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde do PSF Centro Boa Sorte, do município de Itaipé, Minas Gerais, 2019

NÓ CRÍTICO 1	Baixo nível de informação dos pacientes
6º passo: Operações	-Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial sistêmica, seus os fatores de risco, complicações, tratamento e prevenção, por meio de discussão em grupos, rodas de conversas informativas incentivando a participação dos pacientes; -Usar dinâmicas e jogos interativos que possibilite a participação de todos para facilitar o aprendizado; - Orientar os pacientes para marcarem as consultas antes do medicamento acabar e seu uso conforme prescrição médica; -Alertar para seguir as orientações dadas pelos profissionais; - Orientar os pacientes da importância da avaliação médica periódica.
6º passo: Projeto	Saber mais
6º passo: Resultados Esperados	Maior adesão aos medicamentos de uso contínuo e ao estilo de vida saudável.
6º passo: Produtos Esperados	-Realização de palestras com profissionais da área da saúde; -Distribuição de pôsteres de impacto em locais específicos para alertar a população alvo.
6º passo: Recursos Necessários	Estrutural: organização das atividades; Cognitivo: repasse de informação; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais; Político: conseguir o local para realização das atividades programadas; Adesão do gestor local.
7º passo: Viabilidade do plano - Recursos Críticos	Político: conseguir o local para realização das atividades programadas; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais;
8º passo: Controle dos Recursos Críticos	Secretaria de saúde: favorável; Médica e enfermeira: favoráveis.
8º passo: Ações Estratégicas	Não são necessárias
9º passo: Acompanhamento do plano - responsáveis e Prazos	2 meses para início das atividades Médica e enfermeira
10º passo: Processo de Monitoramento e Avaliação das Ações	Realização de reuniões mensais com a equipe de saúde, a fim de avaliar o processo, para verificar dificuldades, realizar correções e novos prazos se necessário.

Fonte: elaborado pelo autor (2019).

Quadro 9- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema relacionado a alta incidência de pacientes com

hipertensão arterial descontrolada na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde do PSF Centro Boa Sorte, do município de Itaipé, Minas Gerais, 2019

NÓ CRÍTICO 2	Uso irregular dos medicamentos de uso contínuo
6º passo: Operações	-Discutir com os pacientes quais as dificuldades encontradas para usar os medicamentos com regularidade; -Discutir as alternativas para o enfrentamento das dificuldades encontradas; -Realizar visitas domiciliares pelos ACS mais frequentes e monitoramento mais rígido sobre o uso dos medicamentos; -O ACS com visitas domiciliares mais frequentes poderá ajudá-los na organização dos medicamentos, irão reforçar a importância da adesão aos medicamentos anti-hipertensivos, levar os medicamentos ao paciente, quando ele estiver com dificuldades de deslocamento; - Programar mais visitas domiciliares com médica e enfermeira aos pacientes com HAS descontrolada para verificação da PA; - Atribuir a família e cuidador as responsabilidades em relação ao monitoramento do uso regular do anti-hipertensivo pelo paciente se ele for idoso ou incapaz.
6º passo: Projeto	Saúde em casa
6º passo: Resultados Esperados	Maior adesão aos medicamentos com consequente diminuição dos níveis pressóricos.
6º passo: Produtos Esperados	Paciente mais acolhido, amparado e mais preparado para enfrentar as adversidades. Paciente com as medicações organizadas e com mais conhecimento para identificar os medicamentos em uso e sua posologia.
6º passo: Recursos Necessários	Estrutural: organização das visitas domiciliares; Cognitivo: conhecimento sobre o tema; Político: conseguir maior tempo de disponibilidade do carro da prefeitura.
7º passo: Viabilidade do plano - Recursos Críticos	Político: conseguir maior tempo de disponibilidade do carro da prefeitura
8º passo: Controle dos Recursos Críticos	Secretaria de saúde: Favorável; Enfermeira, farmacêutica e os ACS favoráveis.
8º passo: Ações Estratégicas	Não são necessárias
9º passo: Acompanhamento do plano - responsáveis e Prazos	3 meses para início das atividades Enfermeira e agentes comunitários de saúde. Será elaborado um formulário para facilitar o acompanhamento das operações indicando as correções necessárias.
10º passo: Processo de Monitoramento e Avaliação das Ações	Será realizado pela enfermeira e ACS. Será desenvolvido e estruturado um sistema de gestão que dê conta de coordenar e avaliar a execução das operações.

Fonte: elaborado pelo autor (2019).

Quadro 10-Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema relacionado a alta incidência de pacientes com hipertensão arterial descontrolada na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde do PSF Centro Boa Sorte, do município de Itaipé, Minas Gerais, 2019

NÓ CRÍTICO 3	Hábitos e estilo de vida inadequados
6º passo: Operações	-Formar grupos de acordo com primeira micro área a ser atendida; - Promover discussão em grupo com a nutricionista sobre uma alimentação saudável; - Praticar atividades físicas e grupo de recreação com o profissional de educação física; -Orientar os pacientes nas consultas e em atividades de grupo sobre a importância do autocuidado.
6º passo: Projeto	Bem-estar
6º passo: Resultados Esperados	-Adesão pelos pacientes a hábitos e estilo de vida saudáveis; -Diminuição dos índices de hipertensão arterial não controlada.
6º passo: Produtos Esperados	Pacientes sensibilizados para aderir às modificações de hábitos e estilos de vida saudáveis. Prática regular de atividades físicas, com o profissional de educação física.
6º passo: Recursos Necessários	Estrutural: organizar as atividades em grupo; Cognitivo: repasse de informações; Político: conseguir o local para realização dos encontros e mobilização social; Financeiro: recursos para a compra materiais necessários para realização de atividades físicas.
7º passo: Viabilidade do plano - Recursos Críticos	Político: conseguir o local para realização dos encontros e mobilização social; Financeiro: recursos para a compra materiais necessários para realização de atividades físicas.
8º passo: Controle dos Recursos Críticos	Secretaria de saúde: indiferente Nutricionista e profissional de educação física: favoráveis
8º passo: Ações Estratégicas	Não necessário/Apresentar e discutir o projeto a secretaria de saúde
9º passo: Acompanhamento do plano - responsáveis e Prazos	3 meses para início das atividades A equipe envolvida vai acompanhar o desenvolvimento das ações e sugerir modificações se necessário.
10º passo: Processo de Monitoramento e Avaliação das Ações	Os profissionais envolvidos diretamente no projeto vão monitorar e avaliar.

Fonte: elaborado pelo autor (2019).

Quadro 11- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema relacionado a alta incidência de pacientes com

hipertensão arterial descontrolada na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde do PSF Centro Boa Sorte, do município de Itaipé, Minas Gerais, 2019

NÓ CRÍTICO 4	Falta de acompanhamento e monitoramento do paciente hipertenso pela equipe de saúde
6º passo: Operações	-Capacitar a equipe para conscientização da importância do trabalho em equipe e nivelamento do conhecimento; -Esclarecer para a equipe a importância do uso de medicamentos adequadamente; -Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento do público alvo; -Discutir a importância de monitorar a administração de medicamentos do paciente hipertenso pela família e pela equipe.
6º passo: Projeto	Saúde é Vida
6º passo: Resultados Esperados	Equipe com mais conhecimento e domínio sobre hipertensão arterial. Com mais segurança sobre o tema poderão ajudar os pacientes de forma mais efetiva, identificando mais precocemente situações de anormalidades ajudando-os na resolução problema utilizando do conhecimento adquirido.
6º passo: Produtos Esperados	Maior acompanhamento e monitoramento do paciente pela equipe.
6º passo: Recursos Necessários	Político: adesão do gestor, local para realização dos encontros; Financeiros: não é necessário.
7º passo: Viabilidade do plano - Recursos Críticos	Político: adesão do gestor, local para realização dos encontros.
8º passo: Controle dos Recursos Críticos	Secretário de saúde: favorável Equipe de saúde: favorável
8º passo: Ações Estratégicas	Não são necessárias
9º passo: Acompanhamento do plano - responsáveis e Prazos	2 meses para apresentar o projeto. Seis meses para início das atividades; Médica e enfermeira
10º passo: Processo de Monitoramento e Avaliação das Ações	Realização de reuniões mensais, com a equipe de saúde escalada para acompanhamento, a fim de avaliar o processo das ações. Reuniões necessárias para verificar dificuldades, realizar correções e novos prazos se necessário.

Fonte: elaborado pelo autor (2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o estudo realizado, o principal desafio do PSF Centro Boa Sorte é melhorar os índices de controle da hipertensão arterial sistêmica, uma vez que, segundo os registros existentes essa doença está entre as principais causas de internações e óbitos do município. O presente estudo se fez necessário, porque além da situação relatada acima a literatura evidencia que a HAS é uma doença que tem grande impacto na incapacidade e óbitos no Brasil e no mundo.

Dentre os principais motivos do mau controle da hipertensão arterial pelos pacientes cadastrados no PSF referido estão relacionados à baixa adesão dos medicamentos de uso contínuo, baixo nível de informação e aos hábitos e estilo de vida não saudáveis dos pacientes hipertensos. Essa situação é responsável muitas vezes pela agudização dessas condições crônicas.

Segundo estudos publicados e supracitados nesta pesquisa, a abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos cardiovasculares e renais. Medidas não medicamentosas têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo. A não adesão terapêutica (não seguindo as recomendações e aconselhamento médico ou de saúde, incluindo falha em “persistir” com medicamentos e modificações recomendadas no estilo de vida) é um dos principais contribuintes para o mau controle da hipertensão e uma barreira chave para reduzir as mortes por DCV.

Nesse cenário, a literatura informa que a disponibilidade de informações financeiras, educacionais e recursos instrumentais podem ser importantes, embora não sejam os únicos determinantes do controle da PA. A hipertensão em populações com recursos limitados representa um desafio que exige sensibilidade às dificuldades imposta por recursos financeiros limitados, incluindo aqueles relacionados à alfabetização em saúde, a complexidade da estratégia de gestão, acessibilidade e custos relacionados à saúde (incluindo medicamentos). É crucial investir em medidas para aumentar a alfabetização em saúde e reforçar a importância de estratégias para aderir ao tratamento, prestando atenção às sensibilidades culturais.

A equipe de saúde PSF Centro Boa Sorte compromete-se a realizar o plano de intervenção com intuito de estimular a adesão do paciente portador da hipertensão arterial sistêmica ao uso correto da medicação e ao estilo de vida saudável para promover melhores índices de controle da HAS. Esse projeto planeja aumentar o nível de informação da população

sobre tudo que envolve a hipertensão arterial sistêmica por meio de discussão em grupos, rodas de conversas informativas, além de usar dinâmicas e jogos interativos que possibilite a participação de todos para facilitar o aprendizado. Além disso, inclui promover discussão em grupo com a nutricionista sobre uma alimentação saudável. O projeto também insere a prática de atividades físicas e grupo de recreação com o profissional de educação física.

Por meio dessas medidas espera-se uma população mais consciente, responsável e pacientes sensibilizados para aderir às modificações de hábitos e estilos de vida saudáveis. A eficácia do trabalho da equipe de saúde em orientar, educar, dentre outras ações, é uma ferramenta fundamental, indispensável e de grande importância para que haja um melhor controle da HAS, o que consequentemente gerará uma redução significativa e relevante nas taxas de óbitos e internações decorrentes desse problema, sendo assim, um exemplo para outros municípios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Atlas. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. 2013**. Itaipé, MG. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/itaipe_mg#idh. Acesso em: 28 de maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, DF, 2014, 128 p.: il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 37**). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 23 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família**. Em: O SUS e a Terapia Comunitária, p. 23-49. 2008. Recuperado de: <https://issuu.com/abratecomterapiacomunitaria/docs/livrossustc>. Acesso em: 25 de jun. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 2019. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 22 de set. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (**Cadernos de Atenção Básica; 15**).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet]. 2011 [cited 2017 Jun 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em:

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde Brasília*, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Saúde**. 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 de jun. de 2019.

FARIA H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 23 de maio 2020.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 23 de maio 2020.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência&SaúdeColetiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007

CAREY, R. M.; WHELTON, P. K. Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension Guideline. **Annals of internal medicine**, v. 168, n. 5, p. 351-358, 2018.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N.L.R. Estratégia de Saúde da Família: Reflexão sobre algumas de suas premissas. **Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz/Maranhão.2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/>. Acesso em: 25 de jun. de 2019.

MACEDO, A.F. *et al.* Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. **Journal of cardiovascular disease research**, v. 1, n. 4, p. 196-202, 2010.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, V. 107, n. 3, p. 1- 83, 2016.

OLIVEIRA, M. A.C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 66 (especial), p.158-164. 2013.
Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 22 de jun. de 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata.
In: **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**, 6-12 setembro 1978, Alma-Ata. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
Acesso em: 28 de maio de 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAIPÉ. **Panorama da Cidade de Itaipé- A Cidade**. Itaipé, 2020. Disponível em: <https://www.itaipemg.gov.br/a-cidade/>. Acesso em: 28 de maio de 2020.

SOUSA, M. F DE; EDGAR. M, H. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta *Ciênc. Saúde Coletiva* ; 14(supl.1): 1325-1335, set.-out. 2009. tab, graf.