

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BARBARA YOHANA ZAMORA SALAZAR

**MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL EM ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2018

BARBARA YOHANA ZAMORA SALAZAR

**MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL EM ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2018

BARBARA YOHANA ZAMORA SALAZAR

**MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL EM ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano (orientadora) -UFSJ

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 25 de junho de 2018.

RESUMO

No Brasil, a Hipertensão Arterial é um importante fator de risco para desfechos cardiovasculares. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos e que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com Hipertensão arterial deve ser uma das prioridades da Atenção Primária a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa doença são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. O objetivo deste trabalho consiste em elaborar um plano de intervenção abordando a questão da Hipertensão Arterial e seus fatores, visando reduzir a morbimortalidade da doença e lograr um maior controle e prevenção da mesma no Programa Saúde da Família Alecrim no município São Gonçalo do Rio Preto/Minas Gerais. Para elaboração da proposta de intervenção para os pacientes hipertensos inscritos na equipe, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação, utilizando o Planejamento Estratégico Situacional. Foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *Scientific Eletronic Library on line* – SciELO. As causas dos problemas, selecionadas como nós críticos, foram: maus hábitos alimentares e estilos de vida inadequados, a pressão social que gera estresse, o nível de informação do paciente para assim melhorar os conhecimentos sobre sua doença, a estrutura dos serviços de saúde para receber e atender o paciente, solucionando da melhor forma seu problema e por último o processo de trabalho da equipe de saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Prevenção. Controle.

ABSTRACT

In Brazil, arterial hypertension is an important risk factor for cardiovascular outcomes. Cardiovascular diseases are important causes of morbidity and mortality and generate high economic costs, which increase progressively with an increase in blood pressure. Adequate control of patients with arterial hypertension should be one of the priorities of Primary Care, based on the premise that early diagnosis, proper management and appropriate treatment of hypertension are essential for the reduction of adverse cardiovascular events. The objective of this work is to elaborate an intervention plan addressing the issue of Arterial Hypertension and its factors, aiming to reduce the morbimortality of the disease and to achieve a greater control and prevention of it in the PSF Alecrim in the city of São Gonçalo do Rio Preto / Minas Gerais. To prepare the intervention proposal for hypertensive patients enrolled in the team, three stages were performed: situational diagnosis, bibliographical review and elaboration of the action plan, using Situational Strategic Planning. We used scientific papers available in a database such as: Virtual Health Library, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, Scientific Electronic Library Online - SciELO. The causes of the problems, selected as critical nodes, were: poor eating habits and inadequate lifestyles, social pressure that generates stress, patient information level to improve knowledge about their illness, receive and attend the patient, solving the problem better and lastly the work process of the health team.

Descriptors: Primary Health Care. Unified Health System. Prevention. Control.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Breves informações sobre o Município.....	7
1.2 O Sistema Municipal de Saúde.....	7
1.3 A Equipe de Saúde Alecrim, seu território e sua população.....	9
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	11
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo).....	12
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
5.1 HAS: diagnóstico e epidemiologia no Brasil.....	16
5.2 Tratamento medicamentoso e não medicamentoso.....	17
5.3 Prevenção da HAS e das suas complicações.....	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	20
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	20
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	20
...	
6.4 Desenho das operações.....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município.

São Gonzalo do Rio Preto é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. O município se estende por 314,5 km² e contava com 3 056 habitantes no censo de 2010. A densidade demográfica é de 9,7 habitantes por km² no território do município. Vizinho dos municípios de Couto de Magalhães de Minas, Felício dos Santos e Senador Modestino Gonçalves. São Gonzalo do Rio Preto se situa a 34 km ao Norte-Leste de Diamantina, a maior cidade nos arredores. É um município do Parque Estadual Rio Preto, integrando o Circuito Turístico dos Diamantes (IBGE, 2010).

O Parque Estadual do Rio Preto, uma de suas principais atrações, possui uma diversidade muito rica de flora e fauna, inúmeras cachoeiras, pinturas rupestres e mirantes que permitem uma fascinante visão do seu entorno. A pequena cruz de madeira envelhecida que fica no Alto Santa Cruz exige disposição para ser conhecida, mas quem consegue alcançar o alto da montanha tem o sublime prazer de poder observar toda a cidade de Rio Preto por cima (SÃO GONÇALO DO RIO PRETO, 2017).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

Temos 15 comunidades, todas com agente comunitário de saúde. Em nosso município temos 862 famílias cadastradas, 570 (66,0%) tem abastecimento de água público, 64 tem pouco ou nascente na propriedade (7.42 %) e outros 219 (25.4 %) através de pouco ou nascente fora da propriedade. O tratamento desta água prevalece com a filtração com 506 (58.7%) das famílias e com cloração 234 (27.1%) famílias, mas 122 (14.2%) não possuem tratamento de água.

O tipo de casa prevalece o tijolo/adobe com 685 (79.4 %) e do tipo de madeira temos 177 (20.6%). O destino do lixo de 314 (36.42%) famílias é queimado/enterrado é 6 (0.69%) destinam a céus aberto e só 5(0.58%) e 534(61.9) é coletado. O destino das fezes/urina 855(99.1%) famílias possuem fossa e 7 (0.81%) é a céus aberto. Não há problemas com a energia elétrica, sendo que 100% das casas tem eletricidade.

A população é majoritariamente adulta (1950 hab.) e 63.80% apresentam Hipertensão Arterial com 799 pacientes cadastrados. Entre a população, 26.1%, apresentam Diabetes Mellitus. Há a ocorrência de muitos fatores de risco para doenças cardiovasculares onde predominam hábitos alimentares inadequados, alcoolismo, tabagismo, obesidade, dislipidemia, automedicação, abandono dos tratamentos por conta própria e dependência medicamentosa. Há 21 gestantes cadastradas, sendo que três são adolescentes.

O município conta com três Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo que apenas uma delas atende urgências e algumas pessoas ficam em observação. Na zona urbana, há duas UBS e uma está localizada em localidade rural. As demais unidades têm médicos e enfermeiras, além de que cada unidade conta com 4 agentes de saúde.

São Gonçalo do Rio conta com serviços à população como agência bancária, um correio municipal, uma unidade de polícia militar, uma casa lotérica que cobrem as necessidades da população. Mensalmente são realizadas as reuniões da equipe de saúde para discutir os problemas detectados, havendo representantes da secretaria de saúde, médicos, enfermeiros e demais membros das equipes de saúde. Temos o apoio do Conselho de Saúde, o qual tem caráter permanente e deliberativo, sendo um órgão colegiado composto por representante do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, os quais atuam na formulação de estratégias e no controle de execução da política de Saúde para favorecer uma maior prevenção e promoção da saúde.

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de participação municipal (FPM);
- Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN);
- PAB fixo (Piso de Atenção Básica);
- Programa Saúde da Família (PSF);
- Epidemiologia Controle de Doenças;
- Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Além desses recursos financeiros, a Prefeitura ainda arrecada 50% do IPVA anual. Atualmente todos os PSF ficam cobertos, com a incorporação de um profissional médico pertencente ao programa “Mais Médico”, para um total de três Programas de Saúde da Família (PSF) distribuídos por todo o município.

A rede de cuidados integrados do município constitui-se por um Núcleo de Atenção à Saúde da família (NASF), três PSF, um sistema de apoio ao diagnóstico através de um laboratório clínico, e uma farmácia municipal. Em relação a informatização do sistema de informação nem todos os PSF têm a informatização e nem todos possuem computador. Existem dificuldades com a conexão em rede, pelo qual os dados são transmitidos manualmente.

No que tange aos pacientes que necessitam de tratamento especializado, há o encaminhamento para Belo Horizonte ou Diamantina, através da Secretaria de Saúde do Município que fornece o financiamento para traslado, hospedagem, alimentação e acompanhamento por um pessoal de saúde (enfermeira). Também existem tratamentos fora do Estado de Minas Gerais.

1.3 A Equipe de Saúde Alecrim: seu território e sua população.

O PSF Alecrim está situado a sete km da cidade com 98 famílias cadastradas, sendo a atividade onde desenvolvemos nossas atividades enquanto médica e estudante de especialização. Há uma equipe de saúde formada por uma médica, uma auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde. São atendidas várias comunidades rurais, como Alecrim, Santo Antônio, Bonfim, Paraguai entre outras.

Alecrim é uma comunidade rural de cerca de 445 habitantes, localizada na periferia da cidade São Gonçalo do Rio Preto. Atualmente, a população empregada vive basicamente do trabalho do plantio de milho, urucum, feijão, arroz, em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas também na periferia da cidade, da prestação de serviços e da economia informal. É grande o número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário, abastecimento de água e coleta de lixo, mas tem a seu favor que a comunidade vive em moradias bastante boas. O analfabetismo não é muito elevado, predomina em maiores de 60 anos. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (calçamento das ruas, centro de saúde) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. A comunidade conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, tradicionais, em particular as festas juninas, iniciativas de trabalho por igrejas, e associações comunitárias voltadas para toda a população.

A Unidade de Saúde da Equipe Alecrim, foi inaugurada há cerca de quatro anos. É uma unidade de saúde com boa estrutura, extensa, ampla. A área destinada à recepção é grande, mas não há recepcionista, o trabalho é feito pela auxiliar de enfermagem, com boa acolhida dos pacientes e é motivo de satisfação de usuários e profissionais de saúde. Existe espaço suficiente, há cadeiras para todos.

Quadro 1: Recursos Humanos disponíveis no PSF Alecrim, segundo horário de atendimento. São Gonzalo do Rio Preto, 2017.

Recursos Humanos no posto de saúde Alecrim		
Profissão	Horário de trabalho	Total
Médico clínico geral	8-12/13-16h	01
Enfermeiro	8-12/13-16h	00
Auxiliar de enfermagem	8-12/13-16h	01
ACS	8-12/13-16h	01

Fonte: Elaborado pela autora

O tempo da Equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da consulta agendada (maior parte) e com o atendimento de alguns

programas, como: controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, além das visitas domiciliares. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, horta comunitária e grupos de hipertensos e diabéticos, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferos. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões. A especialidade de ginecologista oferece atendimento agendado para nossa cidade.

A ausência de um cumprimento na avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe, ou seja, existe um projeto de trabalho, mas ele não é cumprido na totalidade. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento.

1.4 Estimativa Rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O PSF Alecrim tem 98 famílias cadastradas: destas, 41 (42%) têm abastecimento de água público, 37 possuem água encanada (38 %) e os outros 20(20 %) através de poço ou nascente, cisterna, rio e o tratamento desta água prevalecem com a filtração em 57 famílias (58,0%) e com cloração em 29 (30%). Um percentual de 12% da população não possui tratamento de água.

O tipo de casa prevalece o tijolo/adobe (95 %) e do tipo de madeira 5,0% das famílias. Sobre o destino do lixo prevalece queimar (90%). Quase a totalidade das famílias (94,8%) possuem fossa, sendo que o restante o esgoto está à céu aberto.

A população é majoritariamente adulta e 24,4% dos indivíduos apresentam Hipertensão Arterial. O diabetes mellitus é evidenciado em 19,71% dos usuários.

Para a obtenção dos dados e identificação dos problemas de saúde em nossa área de abrangência foram utilizadas duas fontes principais de coleta do método estimativa rápida: a observação ativa na área, desenvolvida com o próprio trabalho na ESF tanto do médico e auxiliar de enfermagem como das agentes comunitárias de saúde que tanto conhecem a população, e a outra fonte foram os registros dos prontuários e demais registros existentes na Estratégia Saúde da Família (ESF).

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Os critérios utilizados para definir os problemas prioritários incluíram a prevalência e incidência das doenças na área de saúde. Estudamos a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento, enumerando os problemas por ordem de prioridade. A partir do resultado da aplicação dos critérios identificou-se que no PSF Alecrim predomina como principal problema de saúde a alta prevalência de Hipertensão Arterial e existem vários problemas de saúde que afetam as pessoas adultas e a população em geral como ocorrência de Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia, Alcoolismo, Fármaco-dependência e Verminoses.

Quadro 2: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Alecrim. São Gonçalo do Rio Preto, Minas Gerais, 2017.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Hipertensão Arterial	Alta	9	Parcial	1
Diabetes Mellitus	Alta	7	Parcial	2
Hipercolesterolemia	Media	7	Parcial	3
Alcoolismo	Media	5	Parcial	4
Fármaco – dependência	Media	4	Parcial	5
Verminoses	Media	2	Parcial	6

*Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

É fundamental conhecer os problemas que afetam a população da área da abrangência onde nós, como médicos, desempenhamos nossa profissão. Estes problemas, em sua maioria, são detectados na demanda espontânea, como também mediante a observação ativa, onde os profissionais da saúde são capazes de perceber os riscos, doenças e demais fatores desencadeantes de doenças.

Mediante estas técnicas foi detectada a elevada prevalência de pacientes com Hipertensão arterial no PSF de Alecrim. Este problema altera a rotina de trabalho da equipe, no sentido de que o paciente busca a consulta como demanda espontânea e desorganizando o planejamento da consulta agendada, gerando alterações na rotina de serviços previamente planejados.

A Hipertensão arterial, por ser uma doença muito comum na população brasileira, é considerada o principal fator de risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares. Estas complicações podem ocorrer em diversos locais do organismo, como coração, rins, cérebro (BRASIL, 2013).

Para propor ações sobre o problema, verificou-se a governabilidade da equipe bem como o apoio dos gestores e equipe multidisciplinar para que se possa promover a saúde e prevenir agravos para esta população específica. Dessa forma, fez-se necessário a elaboração de um plano de intervenção, visando reduzir os índices e assim mudar a realidade.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção abordando a questão da Hipertensão Arterial e seus fatores, visando reduzir a morbimortalidade da doença e lograr um maior controle e prevenção da mesma no PSF Alecrim, no município São Gonçalo do Rio Preto/Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

A proposta deste trabalho é um plano de intervenção realizado no território da equipe Alecrim em São Gonçalo do Rio Preto/MG. O método escolhido foi o do Planejamento Estratégico Situacional (PES) discutido no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde oferecidas pelo CEESF/NESCON (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Além disso, o mesmo será associado a uma revisão narrativa da literatura, subsidiando as intervenções planejadas a fim de somar melhorias na qualidade de vida dos usuários e familiares, os quais são também afetados por esta doença. O estudo foi realizado no ano de 2017, envolve a população adulta cadastrada entre 19 – 59 anos, no PSF Jose Olegário Lopes. Além disso, estarão envolvidos os profissionais da unidade que trabalham no atendimento aos hipertensos. Para isto, foi realizado o diagnóstico situacional para reconhecimento do território, além de observação ativa incluindo os principais problemas enfrentados pela equipe. As informações usadas foram obtidas pela leitura de prontuários, visita domiciliar e reuniões com profissionais de saúde da equipe, sendo o ponto de partida para a determinação deste trabalho.

Para a construção dessa intervenção foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *Scientific Electronic Library on line* – SciELO, onde textos e artigos foram selecionados de acordo sua relevância e aplicabilidade. Os descritores utilizados na construção deste trabalho incluem Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS), Prevenção e Controle.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 HAS: diagnóstico e epidemiologia no Brasil

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil, em 2011, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, especialmente entre as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença, sendo que enquanto 34,4% das mulheres com até oito anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2011).

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 doenças cardiovasculares (DCV), avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo e considerar a hipótese de hipertensão secundária ou outra situação clínica para encaminhamento à consulta em outro nível de atenção. O processo de educação em Saúde estabelecido entre o médico e a pessoa deve ser contínuo e iniciado nessa primeira consulta (BRASIL, 2013).

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão (BRASIL, 2013).

Há muitas dificuldades no enfrentamento da HAS na Atenção Primária em Saúde. Tais desafios concentram-se, sobretudo no aspecto da fragilidade nas redes assistenciais. De fato, países com redes consolidadas, favorecem uma atenção melhor qualificada e continuada ao usuário hipertenso (BONDS et al., 2009; OGEDEGBE, 2008).

5.2 Tratamento medicamentoso e não medicamentoso

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 (BRASIL, 2013).

O tratamento não medicamentoso consiste no controle do peso corporal, na melhoria do padrão alimentar, prática de atividade física, medidas para cessação do hábito de fumar e controle do stress. É fundamental a participação da equipe multiprofissional na prevenção e controle da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

É fundamental a mudança de comportamento do hipertenso em relação aos hábitos de vida. Alimentação adequada, a diminuição do consumo de álcool, a realização de atividade física, controle do peso e abandono do tabagismo são medidas essenciais para o controle da HAS e a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos [Grau de Recomendação A], betabloqueadores [Grau de Recomendação A], inibidores da enzima conversora de angiotensina [Grau de Recomendação A], antagonistas de receptores de angiotensina II e com bloqueadores de canais de cálcio [Grau de Recomendação A], embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos. Este benefício é observado com a redução da hipertensão arterial por si mesma, e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independender da classe de medicamentos utilizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

5.3 Prevenção da HAS e das suas complicações

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2013).

Fundamental é a orientação detalhada relacionada à alimentação adequada. Os dez passos para alimentação saudável do portador de HAS são uma referência para as orientações (BRASIL, 2013):

- 1- Uso equilibrado de sal na comida, considerando o limite de 4g de sal por dia, máximo de uma colher de chá;
- 2- Não deixar saleiro na mesa;
- 3- Ler sempre o rótulo dos alimentos, limitando o consumo diário de 2.000mg de sódio;
- 4- Dar preferência a temperos naturais como manjeriço, alho, cebola e limão;
- 5- Evitar alimentos industrializados como embutidos, enlatados, molhos e carnes salgadas;
- 6- Reduzir o consumo de gorduras;
- 7- Evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e cigarros;
- 8- Consumir diariamente pelo menos três frutas de verduras e hortaliças;
- 9- Fazer atividade física;
- 10- Manter o peso saudável.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A Hipertensão arterial é uma doença que não tem cura, mas pode e deve ser controlada para evitar as complicações, sendo que o tratamento contínuo pode melhorar a qualidade de vida do paciente (BRASIL, 2013).

Quando a doença é diagnosticada o paciente deve ter alguns cuidados como: hábitos de vida saudável, praticar atividade física regularmente, evitar tabagismo, diminuir o consumo de sal, evitar sobrepeso e a obesidade e assistir a consulta regularmente. Na maioria das vezes, a pressão alta tem é uma herança genética e também pode ser desencadeada por hábitos de vida pouco saudáveis como: ingestão excessiva de sal ou de bebidas alcoólicas, obesidade e inatividade física (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que será abordado a partir da identificação das causas.

O fato de haver grande número de hipertensos pode ser justificado por vários fatores, muitos deles interligados. Observa-se que um hipertenso pode ser mal controlado primeiramente por não ser identificado, não ter sido diagnosticado adequadamente, não ter sido cadastrado.

Sendo assim, esse paciente não tem contato com o serviço de saúde, não é examinado, não faz uso de medicação ou faz incorretamente, não é submetido a exames de rastreamento. A dificuldade de se conseguir uma consulta médica e retornos periódicos levam à perda da continuidade do acompanhamento. Outra causa seria a falta de informação sobre a doença, a importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida incluindo alimentação apropriada e atividade física.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

O nó crítico é definido como um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de gerar impacto no problema e transformá-lo. As causas geradoras do grande numeram de hipertensos em nossa área de abrangência seriam:

- ✓ Maus hábitos alimentares e estilos de vida inadequados.
- ✓ Pressão social.
- ✓ Nível de informação insatisfatório.
- ✓ Estrutura inadequada dos serviços de saúde.
- ✓ Processo de trabalho da equipe de saúde.

6.4 Desenho das operações

Com o problema bem explicado e identificado as causas consideradas mais importantes, torna-se necessário pensar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir da explicação do problema é que será elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal.

Na área de abrangência existem vários problemas de saúde que afetam as pessoas adultas, crianças, mulher e a população em general, mais o principal problema priorizado é a Hipertensão Arterial com alta mobilidade, além disso, foram identificados: Média mobilidade de Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia, Alcoolismo, Fármaco – dependência e Verminoses.

Foram selecionadas as situações relacionadas com o problema principal que nossa equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que podem ter um impacto importante sobre o problema escolhido: maus hábitos alimentares e estilos de vida inadequados, pressão social, nível de informação, estrutura dos serviços de saúde, processo de trabalho da equipe de saúde.

Nossa equipe de saúde propôs, com base dos nós críticos e projeto identificado, as operações e projetos necessários para sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações. O modelo de abaixo, facilita uma visão mais geral do problema e seu monitoramento.

Quadro 03 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial” PSF Alecrim, São Gonzalo do Rio Preto, Minas Gerais, 2017.

Nó crítico 1	Maus hábitos alimentares e estilos de vida inadequados.
Operação (operações)	Modificar hábitos e estilos de vida.
Projeto	Saúde é amor
Resultados esperados	Diminuir em um 100% os pacientes com fatores de risco associados à HAS.
Produtos esperados	Programa de caminhada orientada; distribuição de panfletos com orientações alimentarias; prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis.
Recursos necessários	Estrutural: disponibilizado espaço para caminhadas Cognitivo: conhecimento sobre os riscos provocados pela HAS e importância de bons hábitos de vida. Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Político: articulação intersetorial e mobilização social.
Recursos críticos	Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, pôster, etc. Político: local para fazer vídeo debate.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: setor de comunicação social, equipe de saúde e secretario de saúde.
Ações estratégicas	Diminuir em um 100% o número de pacientes com fatores de risco associados a HAS.

Prazo	2018
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe básica de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhamento pela equipe de saúde. Avaliação pelo conselho de saúde.

Quadro 04 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial” PSF Alecrim, São Gonzalo do Rio Preto, Minas Gerais, 2017.

Nó crítico 2	Pressão social
Operação (operações)	Diminuir o estres.
Projeto	Adeus estres.
Resultados esperados	Melhorar o nível da vida dos pacientes e familiares em atividades sadias e de relaxamento
Produtos esperados	Programa de geração de emprego e renda.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de atividades lúdicas e de relaxamento. Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Político: mobilização social.
Recursos críticos	Políticos: Articulação Inter setorial e aprovação de projetos. Financeiros: financiamento dos projetos.
Controle dos	Ator que controla: prefeitura, secretaria de saúde e equipe

recursos críticos	básica de saúde.
Ações estratégicas	Diminuir o número de pacientes com estres.
Prazo	Em 1 ano. (2018)
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Gestores. Equipe básica de saúde. Prefeitura Municipal.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Monitoramento pela equipe básico de saúde e secretaria de saúde. Avaliação pelo conselho de saúde e secretaria de saúde.

Quadro 05 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial” PSF Alecrim, São Gonzalo do Rio Preto, Minas Gerais, 2017.

Nó crítico 3	Nível de informação insatisfatório.
Operação (operações)	Aumentar o nível de informação da população sobre Hipertensão, sintomas e complicações.
Projeto	Aprendendo mais.
Resultados esperados	População mais informada sobre Hipertensão arterial.
Produtos esperados	Campanha educativa, programa de saúde escolar.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento acerca da HAS, seus sintomas e possíveis complicações. Estrutural: espaços para grupos educativos regulares.

	Político: mobilização social. Da equipe de saúde e dos usuários hipertensos.
Recursos críticos	Políticos: Articulação Inter setorial. Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, pôster, folders informativos.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Equipe básica de saúde e secretario de saúde.
Ações estratégicas	Aumentar o número de palestras com objetivo de ensinar e explicar sobre HAS. Apresentação de projetos
Prazo	Três meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe básica de saúde. Secretaria municipal de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Monitoramento pela equipe básico de saúde, de 15/15 dias. Avaliação pelo conselho de saúde.

Quadro 06 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial” PSF Alecrim, São Gonzalo do Rio Preto, Minas Gerais, 2017.

Nó crítico 4	Estrutura dos serviços de saúde.
Operação (operações)	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de HAS.
Projeto	Minha saúde.

Resultados esperados	Aumentar o trabalho com os grupos operativos, com oferta aumentada de consultas, exames e medicamentos e acompanhamento.
Produtos esperados	Capacitação de pessoal, ofertas de medicamentos, contratação de exames.
Recursos necessários	Estrutural: organizar a agenda e espaço para grupos educativos Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Político: articulação intersetorial e mobilização social.
Recursos críticos	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estrutura o serviço. Financeiros: recursos necessários para estruturação do serviço (custeio e equipamento).
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Prefeitura e Secretaria de saúde.
Ações estratégicas	Adequação da oferta de consultas para mostrar exames e valorar o uso de medicamentos definidos nos protocolos à demanda, considerando a meta de 80% de cobertura.
Prazo	Imediato.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Coordenadora de atenção básica. Prefeitura Secretaria de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhamento pela prefeitura e secretaria de saúde. Avaliação pela prefeitura.

Quadro 07 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial” PSF Alecrim, São Gonzalo do Rio Preto, Minas Gerais, 2017.

Nó crítico 5	Processo de trabalho da equipe de saúde.
Operação (operações)	Implantar a linha de cuidados para risco de Hipertensão arterial aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contra referência e a formação de promotores de saúde na comunidade coma capacitação dos agentes comunitários de saúde.
Projeto	Linha de cuidado.
Resultados esperados	Cobertura de 100% da população com risco de HAS aumentado.
Produtos esperados	Linha de cuidados implantada, protocolos implantados, recursos humanos capacitados.
Recursos necessários	Estrutural: organizar a agenda. Cognitivo: conhecimento de toda a equipe de saúde sobre a Linha de cuidados Político: articulação intersectorial e mobilização de toda a equipe de saúde.
Recursos críticos	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais da saúde.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Equipe básica de saúde e secretario de saúde.
Ações estratégicas	Manter controlado a população com diagnostico de HAS.
Prazo	2018
Responsável (eis) pelo acompanhamento	Equipe básica de saúde.

das operações	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Monitoramento pela equipe básico de saúde e secretário de saúde. Avaliação pelo conselho de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS nem sempre é uma condição de fácil diagnóstico, contudo, deve ser rastreada devido à possibilidade de tratamento. A busca de causas secundárias de HAS envolve equipes multiprofissionais, serviços de referência e utilização de exames laboratoriais, por vezes de alto custo. Portanto, a triagem de indivíduos com maior probabilidade de apresentar HAS é de fundamental importância para otimizar os custos com a investigação diagnóstica. Uma vez afastadas essas situações, a investigação diagnóstica precoce poderá auxiliar na terapêutica específica, na prevenção de lesão de órgãos-alvo e na redução de morbimortalidade cardiovascular.

A HAS é um sério problema de saúde e implica na atuação de todos os profissionais da saúde, no sentido de provocar mudanças no estilo de vida, hábitos e costumes, atuando na direção da promoção e prevenção em saúde, visando como prioridade melhorar a qualidade de vida da população.

Espera-se que esta proposta de intervenção possibilite trazer uma redução da morbidade e mortalidade relacionada. Acredita-se que a própria equipe de saúde será beneficiada por melhorar seu trabalho, sua relação com os usuários e por uma facilitação no manejo dos casos mais complicados. A utilização do planejamento estratégico situacional permitiu a formulação de propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem resolutivas.

REFERÊNCIAS

BONDS, D. E. et al. A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. **American Heart Journal**, Saint Louis, v. 157, n. 2, p. 278-284, feb. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>.

BRASIL. 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, 2013

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p. Disponível: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 12 de novembro 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316720&search=minas-gerais|são Gonçalo do rio preto>>

OGEGEBE, G. Barriers to optimal hypertension control. **Journal of Clinical Hypertension**, Greenwich, v. 10, n. 8, p. 644-646, aug. 2008.

SÃO GONÇALO DO RIO PRETO - Estrada Real. Disponível em: <https://www.estradareal.zubb.com.br/cidades/sao-goncalo-do-rio-preto/79>, 2018

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VII Diretrizes

Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 103, n.3, p.1 - 51, 2016.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.