

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

DANIA GONZALEZ IGLESIAS

PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR OS ALTOS ÍNDICES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE
ABRAGÊNCIA DA EQUIPE “LAPA ESPÍRITO SANTO” NO
MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO EM MINAS GERAIS

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2018

DANIA GONZALEZ IGLESIAS

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR OS ALTOS ÍNDICES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE
ABRAGÊNCIA DA EQUIPE “LAPA ESPÍRITO SANTO” NO
MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO 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, para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2018

DANIA GONZALEZ IGLESIAS

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR OS ALTOS ÍNDICES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE
ABRAGÊNCIA DA EQUIPE “LAPA ESPÍRITO SANTO” NO
MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO EM MINAS GERAIS**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (Orientador)

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte em 25 de junho de 2018

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pela ajuda e apoio em todos os momentos da minha vida.

Aos meus filhos e netos, por serem a razão do meu existir e a minha alegria de viver.

À Cuba, por dar-me a possibilidade de ajudar aos mais necessitados.

AGRADECIMENTOS

À minha equipe de saúde “Lapa Espírito Santo” que ajudou na formação e disseminação do meu trabalho.

Ao meu orientador, professor Bruno Leonardo de Castro Sena pelos ensinamentos.

À todos os integrantes do Nescon/UFMG pela oportunidade.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos problemas médicos mais comuns da população mundial. Assim, acomete homens e mulheres de todas as classes sociais e condições financeiras. É um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, como o Acidente Vascular Cerebral, doença isquêmica do coração e doença arterial periférica. Seu tratamento e controle representam desafios às autoridades governamentais e profissionais da saúde. Na comunidade da Equipe de Saúde Lapa Espírito Santo, em São Francisco, Minas Gerais, existe um grande número de pacientes hipertensos com níveis pressóricos não controlados. A estratégia de intervenção comunitária destinada a instrumentalizar os hipertensos quanto a importância do cuidado e a efetividade da equipe no processo de trabalho tem mostrado irregularidade em sua aplicação e avaliação. O objetivo desse trabalho é elaborar um projeto de intervenção que visa reduzir os altos índices de hipertensos descompensados na equipe Lapa Espírito Santo. Assim, para a realização do plano de ação, utilizou-se como metodologia a estimativa rápida e para aprofundamento da patologia estudada, realizou-se uma revisão da literatura nas seguintes plataformas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e *Scientific Electronic Library On Line* com base nos seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica, Atenção Primária em Saúde. O plano de ação seguiu o Planejamento Estratégico Situacional. Ele tem como objetivo a promoção da saúde, isto é, aumentar e modificar o conhecimento sobre os fatores de riscos de hipertensão, reforçando a importância de controle da doença. Foi feito, primeiramente, um diagnóstico situacional identificando-se os principais problemas enfrentados pela equipe de saúde e sua priorização. As informações para esta intervenção, foram coletadas pela leitura dos prontuários, registros da equipe, Sistema de Informação da Atenção Básica, consulta médica e de enfermagem, conversas com pacientes durante as visitas domiciliares e observação ativa do território e definição de problema utilizou-se a Estimativa Rápida Participativa. Conclui-se que, apenas com ações programadas e realizadas em equipe que se pode alcançar os objetivos propostos e os resultados esperados. Esse Projeto representa, para a comunidade, um instrumento de mudança que trará aumento da qualidade e estilo de vida dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Descritores: “Hipertensão Arterial Sistêmica”, “Risco” e “Atenção Primária a Saúde”.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is one of the most common medical problems in the world population. Thus, it affects men and women of all walks of life and financial conditions. It is one of the major risk factors for cardiovascular diseases such as stroke, ischemic heart disease and peripheral arterial disease. Their treatment and control pose challenges to government officials and health professionals. In the community of the Lapa Espírito Santo Health Team, in São Francisco, Minas Gerais, there are a large number of hypertensive patients with uncontrolled blood pressure levels. A community service strategy aimed at an instrument of higher education for the care and effectiveness of the team in the work process in question. The objective of this work is to develop an intervention project to reduce the high rates of hypertension in the Lapa Espírito Santo team in the São Francisco municipality of Minas Gerais. Thus, for an accomplishment of the action plan, it was used as a methodology the rapid estimate and to deepen the studied pathology, to carry out a literature review in the main points approached and as well as the consulting platforms: Literatura Latino-Americana and the Caribbean in Sciences (LILACS) and Electronic Library Online (SciELO) based on the corrections: Systemic Arterial Hypertension, treatment, Primary Attention. The articles consulted date from up to 14 years ago. The action plan followed the PES (Situational Strategic Planning). It aims to promote health, that is, increase and modify knowledge about hypertension risk factors, reinforcing the importance of controlling the disease and the affected population on this topic. A local diagnosis was first made, identifying the main problems faced by the health team and prioritizing them. The information for this intervention was collected by reading the medical records, staff records, Basic Care Information System, medical and nursing consultation, conversations with patients during home visits and active observation of the territory, and problem definition was used Participatory Rapid Estimation. It is concluded that only with actions planned and carried out in team that can achieve the proposed objectives and expected results. This Project represents for the community an instrument of change that will increase the quality and lifestyle of patients with Systemic Hypertension.

Keywords: "Systemic Arterial Hypertension", "Risk" and "Primary Health Care".

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ARA II	Antagonistas do receptor da angiotensina II
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IECA	Inibidores da enzima conversora da angiotensina
LILACS	Índice da Literatura Científica e Téc. da América Latina e Caribe
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1: Quadro sobre aspectos demográficos por sexo e idade.	14
TABELA 1: Tabela sobre os aspectos demográficos por sexo e idade.	15
QUADRO 3: Grupos etários pertencentes em cada micro área de 0 a 69 anos.	15
QUADRO 4: Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF	16
QUADRO 5: Distribuição das famílias segundo o destino dos dejetos e área.	17
QUADRO 6: Destino do lixo em UBS Lapa.	17
FIGURA 1: Localização de São Francisco/MG	18
QUADRO 8: Priorização dos problemas da ESF Lapa Espírito Santo	20
QUADRO 9: Priorização dos problemas da ESF Lapa Espírito Santo	34
QUADRO 10: Desenho das operações da ESF Lapa Espírito Santo	36
QUADRO 11: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações	37
QUADRO 12: Propostas de ações para a motivação dos atores	37
QUADRO 13: Proposta de intervenção da ESF Lapa Espírito Santo	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 Breves informações sobre São Francisco, Minas Gerais	13
1.2 O sistema municipal de saúde	18
1.3 A Equipe “Sagrada Família”, território e população	188
1.4 Estimativa Rápida: Problemas do Território e Comunidade.....	20
1.5 Priorização dos problemas.....	20
2 JUSTIFICATIVA.....	222
3 OBJETIVOS.....	244
3.1 Objetivo Geral	244
3.2 Objetivos Específicos.....	244
4 METODOLOGIA	25
5 REVISÃO DE LITERATURA	26
5.1 Estratégia Saúde da Família e o papel da atenção primária	26
5.2. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica	28
5.3. Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica	28
5.4. Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	29
5.5. Clínica da Hipertensão Arterial Sistêmica	29
5.6. Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica	30
5.7. Tratamento e seguimento da Hipertensão Arterial Sistêmica	31
6 PLANO DE AÇÃO	33
6.1 Problemas Identificados.....	33
6.2 Priorizações dos problemas.....	34
6.3 Descrição do problema	34
6.4 Explicações do Problema.....	34
6.5 Seleções dos Nós Críticos	35
6.6 Desenhos das operações	36
6.7 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações	377
6.8 Propostas de Ações para a Motivação dos Atores	377
6.9 Proposta de Intervenção	388
6.10 Gestões do Plano de Ação	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	400

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) considera que, da atuação da equipe de saúde da família, com ênfase na atuação dos profissionais, entre as várias ações direcionadas a indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, emergem as atividades que necessitam de um olhar atento e de forma especial, como aquelas dirigidas ao grupo de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Desse modo, Cicco (2007) confirma que a HAS se relaciona com a força que o coração tem para impulsionar o sangue. Por esta razão a HAS tem relação com o risco cardiovascular. O indivíduo, para ser considerado hipertenso, deve manter uma pressão arterial mais alta que o normal. Além disso, esta pressão arterial deve permanecer elevada.

Um dos grandes problemas da hipertensão arterial é o fato desta ser assintomática até atingir fases muito avançadas. Não existe um sintoma típico que possa servir de alarme para estimular a procura por um médico (PINHEIRO, 2009).

Peres, Magna e Viana (2003) afirmam que atualmente a doença hipertensiva é tida um grande problema de saúde pública. Se não tratada adequadamente, pode afetar outros órgão e passar a ser associada a outras patologias. Isso agrava ainda mais o quadro clínico do paciente portador de HAS.

A hipertensão é chamada de “assassina silenciosa”, pois esta condição vai exercendo seus estragos silenciosamente. Sintomas geralmente atribuídos à pressão alta como dor de cabeça, vertigens, visão borrada, são raros. A única forma de diagnosticar a HAS é aferindo a pressão e tratando-a a tempo, antes que as consequências sobre os vasos e órgãos nobres se manifestem. Por isso, é importante uma conscientização sobre a necessidade de avaliar periodicamente a pressão principalmente se houver história familiar de hipertensão arterial (ENDOCARDIO, 2014).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2006).

1.1 Breves informações sobre São Francisco / Minas Gerais

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2018) refere que no século XIX não havia ainda a cidade de São Francisco e sim uma região que existia famílias ribeirinhas que viviam da pesca e do cultivo local. Assim, as casas eram bem rudimentares, sendo feitas de barro o que denunciava a classe econômica da população. São Francisco foi eleito como vila nos anos 30 e em 1877 foi considerada cidade.

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018) trás que, em relação, a maior parte da população de São Francisco recebe água tratada em suas casas. Esse é um fato positivo para a cidade, já que reduz infecções gastrointestinais, desidratações e mortes por doenças agudas.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (BRASIL, 2018) determina que São Francisco uma população de 56.805 habitantes, com unidade territorial de 3308100 km². A densidade demográfica é de 16, 27 habitantes por quilômetro. Sendo assim, São Francisco tem uma população pequena e, além disso, necessita ainda de muitos projetos sociais e econômicos para se desenvolver.

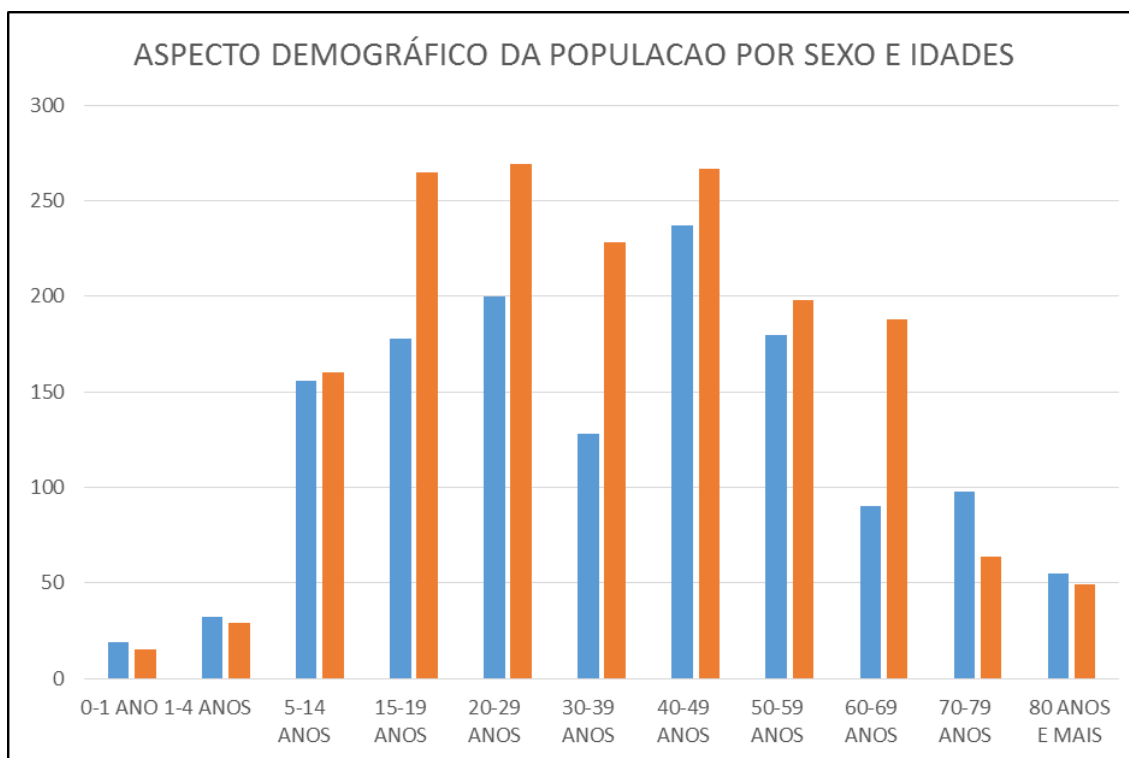
Conforme a Prefeitura Municipal de São Francisco (SÃO FRANCISCO, 2018) a economia se baseia em agropecuária, piscicultura e extração de gás natural. Há ainda o comércio entre comerciantes e serviços, o que também contribui, gerando empregos e renda para a comunidade local.

QUADRO 1: Aspectos demográficos por sexo e idade da população de São Francisco, Minas Gerais.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ANO	19	15	34
1-4 ANOS	32	29	61
5-14 ANOS	156	160	316
15-19 ANOS	178	265	443
20-29 ANOS	200	269	469
30-39 ANOS	128	228	356
40-49 ANOS	237	267	504
50-59 ANOS	180	198	378
60-69 ANOS	90	188	278
70-79 ANOS	98	64	162
80 ANOS E MAIS	55	49	104
TOTAL	1373	1732	3105

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco (2016).

TABELA 1: Aspectos demográficos por sexo e idade da população do município de São Francisco, Minas Gerais.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco (2016).

QUADRO 3: Grupos etários pertencentes em cada microárea de 0 a 69 anos, da população da equipe Lapa Espírito Santo no município de São Francisco, Minas Gerais, 2018.

Faixa Etária	Micro 1		Micro 2		Micro 3		Micro 4		Micro 5	
0-1 ANO	1	3	2	4	2	0	8	9	3	5
1-4 ANOS	9	5	12	7	1	4	8	5	9	3
5-14 ANOS	42	56	16	27	22	39	36	39	18	21
15-19 ANOS	26	49	21	41	37	46	46	71	51	55
20-29 ANOS	47	56	42	55	23	42	78	99	9	18
30-39 ANOS	46	47	29	37	22	34	47	51	19	24
40-49 ANOS	63	64	54	59	29	31	61	65	35	41

50-59 ANOS	28	28	54	65	23	44	47	51	17	21
60-69 ANOS	22	41	29	42	12	25	15	31	25	36
70-79 ANOS	18	9	26	25	8	3	28	27	11	7
80 ANOS E MAIS	7	3	12	5	7	2	28	13	19	9
TOTAL	309	361	296	367	186	270	402	461	216	240

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco (2016).

QUADRO 4: Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF da equipe Lapa Espírito Santo no município de São Francisco, Minas Gerais, 2018.

INDICADORES	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 05	TOTAL
Proporção de idosos	99/667	139/664	57/456	142/863	107/455	544/3105
Pop. 60 anos e mais/pop total						
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	145	193	105	187	114	828
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	236	258	176	297	140	1107
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	75	121	50	118	72	196
Portadores de hipertensão arterial esperados:	50	50	45	42	60	247
Portadores de hipertensão arterial cadastrados:[Símbolo]SISAB	40	35	20	35	50	180
Relação hipertensos esperados/cadastrados	50/40	50/35	45/20	42/35	60/50	247/180
Portadores de diabetes esperados:	47	50	35	45	35	212
Portadores de diabetes cadastrados:[Símbolo]SISAB	10	16	12	18	17	73
Relação diabéticos esperados/cadastrados	47/10	50/16	35/12	45/18	35/17	212/73

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco (2016).

QUADRO 5: A distribuição das famílias, por microarea, segundo o destino dos dejetos e área, de Lapa Espírito Santo no município de São Francisco, Minas Gerais.

Microarea	1	2	3	4	5
Sistema publico	0	0	0	0	0
Fossa	91	103	94	85	66
Céu aberto	10	4	4	14	5
Total	101	107	98	99	71

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco (2016).

QUADRO 6: Destino do lixo por microárea da UBS de Lapa Espírito Santo no município de São Francisco, Minas Gerais.

Microarea	1	2	3	4	5	TOTAL
Coletado	0	0	0	0	0	0
Queimado/enterrado	85	95	88	80	60	408
Jogado	6	12	6	9	6	39
Total	91	107	94	89	66	447

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco (2016).

pacientes em 755 famílias, das quais, neste momento, só 677 são atendidas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Conta com 11 trabalhadores que são 1 médico, 1 enfermeiro, 2 tec.de enfermagem, 1 auxiliar de serviços gerais, 5 agentes comunitários de saúde e 1 motorista. A Equipe de Lapa Espírito Santo é formada pelos profissionais apresentados a seguir: 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde (ACS).

A área física do posto de saúde é uma construção relativamente nova, com uma sala de estar, recepção, banheiros para usuários, sala para triagem, sala para vacinação, 2 salas para consultas (médico e enfermeiro), sala de curativos, sala para tratamentos respiratórios e administração de medicamentos, salão odontológico, que não tem equipe de trabalho, cozinha, banheiro para trabalhadores e sala de esterilização e manipulação de material séptico e sala de reuniões.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação de vizinhos. A Unidade, atualmente, não está bem equipada e não conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém, até o final da última administração funcionava com mesa ginecológica, glicômetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. A falta de outros materiais constituiu-se em foco de tensão relevante entre a Equipe de Saúde, gestor de saúde do município e prefeitura municipal.

O tempo da Equipe de Lapa está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas e outras doenças tais como o Chagas muito frequente em nossa comunidade e parasitose intestinais.

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. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas não compareciam às reuniões e o trabalho não era continuado. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das

receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

A comunidade apresenta múltiplas carências, sendo elas: educacionais, econômicas e nutricionais e isso mostrou-se de forma acentuada no diagnóstico que realizamos sobre a população. Assim, este projeto é importante, por ser um instrumento que permite a aquisição de conhecimento para a comunidade.

1.4. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Foi feito o diagnóstico populacional da comunidade a partir da estimativa rápida, no qual foi possível constatar que os principais problemas da população são em ordem decrescente: Hipertensão Arterial Sistêmica, Sobrepeso, Diabetes Mellitus e Etilismo. Esses problemas se relacionam muito com as características dessa população. Como já foi colocado, a comunidade, de forma geral, possui baixa escolaridade e pertence a uma classe econômica baixa. Isso interfere na percepção da pessoa sobre o alimento, isto é, na suas escolhas e ações. E, assim, é muito comum na comunidade as pessoas optarem por dietas ricas em carboidratos simples, gorduras saturadas o que é fator de risco para diversas doenças crônicas.

1.5 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Quadro 8: Priorização dos problemas da ESF Lapa Espírito Santo no município de São Francisco, Minas Gerais, 2018.

Principais problemas	Importância*	Urgência **	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção
Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	7	Parcial	1
Sobrepeso	Alta	6	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Alta	5	Parcial	3
Etilismo	Alta	4	Parcial	4

Fonte: Autoria Própria (2018).

*Alta, média ou baixa.

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.

***Total, parcial ou fora.

A HAS constitui um sério problema para a população. Ela se relaciona com hábitos de vida irregulares, como o consumo de alimentos industrializados, ricos em sal, baixo consumo de água, frutas, verduras e hortaliças. Ademais, é comum o paciente ser etilista inveterado e já vir com o diagnóstico de outras doenças crônicas.

A relação do sobrepeso com a doença principal da comunidade é estreita. Esses pacientes se tornam fatores de risco para diversas doenças crônicas, como HAS, Diabetes, insuficiência renal, síndrome metabólica e a obesidade. O sobrepeso é mais comum em homens, mas também é prevalente, principalmente, nas mulheres após a menopausa. Trabalhar em cima deste fator de risco é essencial quando se visa reduzir doenças crônicas.

O Diabetes Mellitus está relacionado com dieta rica em carboidratos simples e tem surgido em adultos jovens o que é uma situação preocupante. A instituição do tratamento altera a vida do paciente e o coloca em constante vigília sobre o estado hiper e hipoglicêmico. Assim, é uma doença que tem fatores de risco semelhantes ao da HAS.

O etilismo é problema que gera transtornos, não apenas ao doente, mas também para sua família. Quando instituímos o tratamento do etilista inveterado, contamos com a ajuda do psiquiatra do NASF, na medida em que acreditamos que o trabalho em equipe é melhor. Assim, esses pacientes recebem, além de tratamento medicamentoso, tratamento psicológico, o que tem contribuído sobremaneira para sua recuperação.

2 JUSTIFICATIVA

Porto (2005) confere que a HAS é uma doença crônica prevalente. Ela é responsável por grande parte dos óbitos por doenças cardiovasculares e lesões renais como acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto agudo do miocárdio.

Piccini e Victora (2009) consideram a HAS como doença multifatorial. A HAS gera elevação da pressão arterial resistente. Isso altera o funcionamento de órgãos-alvo, gerando risco de eventos cardiovasculares. Dentre os principais eventos cardiovasculares, destaca-se a cardiopatia isquêmica, o acidente vascular encefálico, a insuficiência cardíaca, e nefropatias crônicas. A genética, alterações de estilo de vida e condições socioeconômicas são fatores de risco para a HAS.

Secretaria do Estado de Minas Gerais (2013) adverte há relação entre o excesso de peso, obesidade com a incidência de HAS na idade adulta jovem. Ademais, hábitos inadequados, como o consumo abusivo de álcool pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular.

Peres; Magna e Viana (2013) consideram que a HAS é um dos principais problemas de saúde pública. Se não tratada de forma efetiva, pode lesão em órgãos. Isso gera risco para sequelas e patologias, o que pode influenciar a qualidade de vida do paciente.

Endocárdio (2014) relata que a HAS é uma doença silenciosa, uma vez que, normalmente, não gera sintomas que incomoda o paciente. Esse é um fator que não incentiva o paciente a mudar o estilo de vida e o deixa cômodo em relação ao tratamento. Sintomas como dor de cabeça, vertigens e visão borrada, são raros. A única forma de diagnosticar hipertensão arterial é através da pressão arterial.

Porto (2005) estabelece que a HAS tem prevalência de 20% na população mundial. Sobre as causas de morte por HAS as doenças cardiovasculares encontram-se como principais. A HAS responde por um terço do total da mortalidade adulta brasileira o que representa um grande risco para o portador de HAS.

Malfatti e Assunção (2011) estabelecem que doenças como o Diabetes Mellitus e a HAS são de responsabilidade da atenção primária. Então, esta é a responsável pelo diagnóstico, tratamento, atenção continuada e a aquisição de ações que visem à promoção da saúde, na medida em que a HAS é doença que se relaciona com agravos a saúde, como o aumento do risco cardiovascular. (ENDOCÁRDIO, 2014)

A HAS possui diversos fatores de risco. Dentre eles, os que mais se enquadram na comunidade se refere ao sedentarismo, aumento da idade, sobrepeso e hábito alimentar inadequado. A HAS é de responsabilidade da atenção primária. Ela quem deve realizar o diagnóstico precoce e iniciar o tratamento. Esse trabalho se justifica porque a HAS é fator de risco para diversas doenças cardiovasculares e metabólicas. A ESF possui 247 hipertensos cadastrados. A maioria dos pacientes (95%) é assintomática no diagnóstico. Isso dificultaria nosso trabalho se não avaliássemos os dados vitais em todas as consultas. A ausência de sintomas no paciente o faz desleixado com sua condição. A grande maioria não percebe a gravidade do problema e por isso desiste das ações propostas para prevenção de agravos da ESF (MALFATI; ASSUNÇÃO, 2011).

Acredita-se que as ações programadas desse projeto serão capazes de mudar o diagnóstico populacional acerca da mudança do estilo de vida, com realização de atividades físicas diárias, alimentação regular rica em vegetais e lipídios insaturados e com a perda de peso. A comunidade possui baixa condição econômica, não entende a importância das ações de prevenção e então este projeto vem como um gatilho para mudanças que beneficiarão não apenas a população hipertensa, mas também a equipe que se sentirá com o dever cumprido ao ver os resultados esperados.

A realização de ações educativas são atributos da atenção primária que é responsável por sua comunidade. Desta forma, esse projeto representa a elaboração de ações educativas de saúde que visam uma mudança do cenário geral da população (MALFATI; ASSUNÇÃO, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para reduzir os altos índices de hipertensos descompensados na equipe Lapa Espírito Santo no município de São Francisco, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar ações educativas na comunidade com intuito de controlar os níveis pressóricos dos hipertensos;
- Programar ações que previnam os agravos relacionados com a HAS, como a redução do risco cardiovascular;
- Rever a literatura acerca dos principais pontos relacionados com a HAS.
- Identificar e elaborar propostas para definir os fatores de risco relacionados à HAS da área de abrangência.
- Analisar a situação dos portadores de Hipertensão Arterial da comunidade.
- Elaborar e executar um conjunto de ações a ser desenvolvido em conjunto com a comunidade como forma de controlar e prevenir a HAS.

4 METODOLOGIA

O diagnóstico situacional foi realizado através da estimativa rápida. Esse instrumento foi ideal para a equipe, já que os entrevistadores foram os ACS que visitaram as casas de suas micro áreas e definiram o principal problema. Para confirmação, a enfermeira e a médica da comunidade reviram os prontuários das famílias e ratificaram o que já havia sido estabelecido: a HAS é o maior problema de saúde da população.

Fez-se revisão literatura como forma de reciclagem, para se situar sobre o assunto e para entender o contexto da HAS no Brasil em seus mais variados quesitos, sendo feita pesquisa nas seguintes plataformas: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), através dos descritores: “Hipertensão Arterial Sistêmica, risco, Atenção Primária em saúde.” As citações mais antigas são de até 14 anos atrás. Assim, entendeu-se o papel da Estratégia de Saúde da Família e atenção primária no controle da HAS, além das principais questões relacionadas à HAS.

O plano de ação foi pensado como um instrumento que pudesse, de fato, ser realizado na comunidade e que trouxesse melhorias para a mesma. Assim, seguiu-se o que é proposto por Campos, Faria e Santos (2010), o Planejamento Estratégico Situacional (PES), na medida em que se entende que a organização de um projeto é fundamental para sua execução.

Desse modo, os passos seguidos na elaboração do plano foram: definição dos problemas, em que a partir da estimativa rápida pode-se elencar a HAS. Depois disso, a explicação do problema, em que se identificaram os fatores de risco, isto é, o que gerou a incidência da HAS na população. Após isso, fez-se a seleção dos nós críticos e por fim o desenho das operações que se pôde determinar as ações, produtos, resultados, agentes e prazos.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Estratégia Saúde da Família e o papel da atenção primária no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica

Rabetti e Freitas (2011) elucidam que o Sistema Único de Saúde (SUS) sempre passou por limitações econômicas. O Programa de Saúde da Família surgiu como alternativa barata e resolutiva com crescimento extensivo no território nacional. Assim, é de responsabilidade da ESF o controle e diagnóstico da hipertensão, tendo caráter de ação prioritária na saúde do adulto.

Helena e Nemes (2010) estabelecem que as ações da atenção primária são essenciais no tratamento da hipertensão arterial. Conforme a pesquisa, pacientes assistidos por uma equipe de saúde e que mantém o acompanhamento mantém um maior controle da pressão arterial. Isso ressalta a essencialidade da assistência da ESF.

Araújo e Guimarães (2007) acordam que a equipe de saúde deve realizar atividades de promoção e prevenção que estabeleçam o controle da pressão arterial em seu território. A ESF veio para ratificar isso, já que o atendimento integral garante o cuidado para o cliente e sua família. Ademais, todos os membros da equipe são participantes da saúde da comunidade que vai do médico até o ACS. Sendo assim, o ACS tem papel central pois ele é quem possui maior contato com a comunidade.

Pierinet *al.* (2011) comentam que a ESF é essencial na assistência aos hipertensos. Em 1995, constatou-se, através de pesquisas que diante das ações da equipe direcionadas para a promoção da saúde do hipertenso, 78,8% dos portadores de HAS reduziram a pressão diastólica e sistólica e em 44,4% houve regularização da pressão arterial.

A partir da análise desses autores, nota-se a importância da ESF como promotora de ações que visam a manutenção da saúde de sua população. Para isso, a ESF deve ter os atributos já institucionalizados pelas normas do SUS: integralidade, acessibilidade, acolhimento, equidade, dentre outros. Na ESF Lapa Espírito Santo esses princípios são colocados em prática o que facilita o trabalho da equipe. Entende-se que a equipe deve respeitar a moral de seus clientes e que essa valoração da individualidade do ser é essencial para o desenvolvimento das ações.

Faria *et al.* (2008) consideram a ESF como uma mudança no modo de promover saúde no Brasil. Ela tem papel essencial na saúde, pois os profissionais envolvidos realizam a adscrição da clientela, visita domiciliar, cadastramento, entre outros. É considerada a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo garantido o direito de acesso e de atendimento integral, em uma rede regionalizada e hierarquizada, representando o nível primário da saúde.

A ESF atende a população com base em seu diagnóstico situacional de saúde. O diagnóstico situacional é uma ferramenta que possibilita conhecer melhor a população, isto é, os maiores problemas e agir com foco neles. Avalia, desse modo, a vulnerabilidade da população (KAWATA *et al.*, 2009; FERNANDES *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2009; FARIA *et al.*, 2009b).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) estabelece que a ESF é admitida como uma atenção que realiza prática de saúde de modo efetivo. A ESF tem como o controle e eliminação de doenças crônicas e agudas. Ademais, sua atuação abrange os diversos grupos etários e sociais, como a saúde da mulher, criança, homem e a saúde mental.

Brand *et al.* (2013) referem que é essencial os órgãos públicos investirem na atenção primária, pois com o investimento, há o retorno através de ações que reduzam doenças crônicas e que melhorem os indicadores de saúde da população. A maioria dos pacientes com diagnóstico de HAS são usuários do SUS. Esse dado reflete a importância da atenção primária no controle da HAS.

Gitotto, Andrade e Cabrera (2010) ressaltam que, apenas a orientação da equipe sobre o tratamento para o portador de HAS não são suficientes. O trabalho deve ser mais profundo, com uma atenção continuada, que vise o envolvimento do cliente com as ações educativas, visitas e atendimentos realizados pelos membros da ESF.

Assunção e Ursine (2008) relatam que a atenção primária é a porta de entrada para os pacientes portadores de doenças crônicas. Assim, ela tem estrutura para prestar o atendimento necessário para esta população e garantir ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua.

Silva, Dias e Rodrigues (2009) discutem que a atenção básica é um espaço que permite o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Quando se inicia um trabalho com a comunidade, logo se alcança os resultados esperados e isso se deve ao bom relacionamento da equipe com a comunidade.

5.2. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica

Pinheiro (2009) confere que a HAS é uma das doenças mais prevalentes no mundo. Ela acomete 33% da população. O autor relata, ainda, que de cerca de 2 a cada 10 pessoas, são hipertensas. A HAS pode surgir em qualquer idade. Não obstante, é mais comum na população adulta e nos idosos. Estima-se que somente 20% da população com mais de 60 anos não seja hipertensa.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia em 2014 descreveu que 23,5% da população brasileira tem diagnóstico de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014). Houve ainda um aumento da incidência da doença na população idosa. O projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) refere que na população com idade maior que 60 anos, em área urbana, a HAS chega a mais de 50 % (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

5.3. Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica

Na comunidade, os portadores de HAS relatam, na história alimentar, dieta rica em sal, produtos industrializados. A maioria consome bebidas destiladas como “pinga”. Esses são um dos principais fatores de risco para a HAS na comunidade. Acredita-se que com a mudança do estilo de vida as metas pressóricas serão alcançadas.

Santos, Caetano e Moreira (2011) apontam os fatores de risco para a HAS. Assim, eles dividem em fatores de risco em não modificáveis (idade, sexo, raça/cor e história familiar) e os fatores de risco modificáveis (sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consumo de alimentos insalubres, que são o excesso de sal, gordura animal, preferência por carboidratos simples e complexos, ingestão diária acima de 100 ml de café ou de bebidas que contém cafeína, além disso, há também o etilismo e tabagismo).

Pinheiro (2009) divide a HAS em duas classificações. Há a hipertensão essencial ou hipertensão primária e hipertensão secundária. A hipertensão primária é aquela que não se sabe a causa. Ela é a mais prevalente, respondendo por mais de 90% dos casos. Como fatores de risco, tem-se a elevação do IMC, a dieta hipersódica, o etilismo, inatividade física, tabagismo e o Diabetes Mellitus;

Assim como os autores citaram, a realidade da HAS na ESF Lapa Espírito Santo é similar. Os principais fatores de risco encontrados no paciente são a idade, hábitos de vida, etilismo, tabagismo e baixa escolaridade. Portanto, esse Projeto se torna importante para esta população já que ele irá agregar conhecimento para a saúde dos usuários, uma vez que seu foco principal está em ações educativas. Acredita-se que apenas com a educação pode-se mudar a concepção das pessoas sobre seu corpo, sua forma de alimentação e cuidados com a saúde

5.4. Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) indica que a pressão arterial (PA) é definida como normal quando menor ou igual a 120/80 mmHg. Se a PA estiver maior que esse valor, deve se estratificar. Assim, a HAS é classificada em grau I, quando os valores estão entre 140/90 mm/Hg e grau II, quando os valores são maiores ou iguais a 160/100 mmHg

Pinheiro (2009) relata que o sistema cardiovascular funciona bem em uma PA de até 120/80 mmHg. Acima desse nível pressórico, há risco de lesão em diversos órgãos como, coração, rins e olhos.

5.5. Clínica da Hipertensão Arterial Sistêmica

Pinheiro (2009) relata que o problema da HAS é o fato de ela ser uma doença assintomática. Quando há sintomas, eles não são específicos, não há um achado patognomônico de HAS. Por isso, conforme o autor, a medição da pressão arterial deve ser um hábito, a fim de se evitar o subdiagnóstico da HAS. Outro fator é que a dor aumenta PA. Quando o paciente tem como queixa principal dor e apresenta elevados níveis de PA não se sabe se o aumento da PA foi em consequência da dor ou o contrário.

De cada 10 pacientes com HAS, 9 apresentar-se-ão assintomáticos. Por décadas, a doença pode não manifestar sintomas. Geralmente, quando há sintomas, estes se relacionam com o aumento da PA que requer atenção especializada a chamada crise hipertensiva (LOPES, 2013).

O rastreamento da HAS pode ser feito com a aferição da PA a cada 2 anos. Por ser uma doença silenciosa, a aferição da PA no exame físico se torna vital para diagnóstico dessa doença, normalmente, silenciosa, mas que causa prejuízos diversos ao organismo (PINHEIRO, 2009).

5.6. Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica

Conforme a VII Diretriz de HAS (2016) o diagnóstico de HAS é realizado, no consultório, pela medida residencial ou MAPA. No consultório, para se firmar o diagnóstico, deve-se ter uma PA maior que 140/90 mmHG entre uma consulta e outra. Na medida residencial, o paciente afere a PA por 5 ou 7 dias na parte da manhã e noite, se os valores estiverem acima de 135/85 configura-se HAS. Para se ter o diagnóstico de HAS são necessárias de três a seis aferições com resultados elevados, realizados em dias diferentes, com um intervalo maior que um mês entre a primeira e a última aferição. Segundo a diretriz, o MAPA avalia a PA durante o sono, vigília e realiza também uma média da PA durante 24 horas, os valores devem ser iguais ou menores respectivamente: 120/70 mmHg, 135/85 mmHg, 130/80 mmHg.

Segundo Mion *et al.* (1996) o diagnóstico inadequado de HAS é um risco para o paciente. O diagnóstico é clínico e deve ser observada a anamnese e exame físico, se houver necessidade, pode-se pedir exames complementares que podem demonstrar a PA, como o MAPA e alterações em órgãos alvo, como o ECG, creatinina e hemograma. Solicita-se rotineiramente: potássio, sódio, creatinina, eletrocardiograma, glicemia, colesterol e triglicérides.

A aferição da PA é feita, mais usualmente com o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide. Deve-se tranquilizar o paciente, prover posição confortável. Deve ser realizada 5 a 10 minutos após a consulta, já que é necessário manter esse repouso. Os membros devem estar relaxados. As pernas descruzadas. Deve-se certificar se o paciente está com a bexiga cheia e ter praticado exercícios físicos há 1 hora antes da aferição. A ingestão de café, chá, chocolate, podem alterar os valores da PA, assim, por pelo menos 30 minutos antes da medida, devem ser evitados, assim como o cigarro.

Conforme Nobre (2010) são considerados normotensos os indivíduos com pressões menores ou iguais a 120/80 mmHg. Os pré-hipertensos são aqueles cujas

pressões estão sempre entre 121/81 – 139/89 mmHg. Hipertensos grau I os que tiverem pressões entre 140/90 – 159/99 mmHg e são Hipertensos grau II os indivíduos com pressões maiores ou iguais a 160/100 mmHg.

5.7. Tratamento e seguimento da Hipertensão Arterial Sistêmica

Magalhães *et al.* (2010) analisam que a dieta de uma pessoa normal deve ser restrita. O consumo de sal deve ser menor que 2.300 mg/dia, pois se for maior que isso, torna-se um fator de risco para a HAS. O consumo de álcool por longos períodos pode gerar HAS e morte cardiovascular.

Silveira, Martins e Dantas (1999) referem que medidas como mudanças do estilo de vida são fundamentais para o controle da HAS. Assim, essas atividades devem ser incentivadas pela equipe aos portadores de HAS. Os autores realizaram pesquisas e observaram que com a mudança do estilo de vida houve redução do risco cardiovascular e dos óbitos consequentes dele.

Brandão *et al.* (2010) conferem que a ESF deve recomendar aos seus pacientes hipertensos uma mudança de alimentação e a realização de exercício físico. Isso gera um benefício para a vida do paciente, uma vez que previne os agravos decorrentes dessa doença. O incentivo aos hábitos saudáveis deve acontecer na idade jovem, já que é constatado que a HAS é doença decorrente de hábitos de toda uma vida.

Nobre (2010) estabelece que o objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos reduzem também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A falta de adesão ao tratamento farmacológico constitui um problema frequente, sendo uma das principais causas do controle inadequado da pressão arterial.

Os pacientes que já chegam ao atendimento médico com pressão alta e sinais de lesão de algum órgão alvo, Pinheiro (2009) considera que devem iniciar tratamento medicamentoso imediatamente, uma vez que o fato indica hipertensão de longa data. As mudanças de estilo de vida também estão indicadas para este grupo. Apenas pacientes com sinais de lesão de órgão alvo, insuficiência renal crônica, diabetes ou com doenças cardíacas, devem iniciar o tratamento com drogas imediatamente.

Nobre (2010) relata que existem dezenas de drogas diferentes disponíveis no mercado para o controle dos níveis da pressão arterial. O que vai indicar qual droga deverá ser prescrita é a anamnese, o quadro clínico e doenças pregressas do paciente. Sendo assim, não há uma receita de bolo. Os tiazídicos são eficazes no tratamento, sobretudo, para quem é diabético, já que tem efeito hipoglicemiante, mas é contraindicado em quem tem hiperuricemia. Os diuréticos de alça não podem ser prescritos para idosos, os poupadores de potássio devem ser prescritos com outra medicação associada. Os Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e os Antagonistas do receptor da angiotensina II (ARA II) são medicações boas para pacientes com Diabetes Mellitus e HAS. Betabloqueadores são boas medicações que reduzem risco cardiovascular. Assim, são ótimas escolhas para pacientes com HAS e doenças cardiovasculares associadas. Hidralazina é uma ótima medicação para a gestante com HAS na crise hipertensiva. Metildopa e nifedipina são drogas prescritas para gestantes com HAS para uso contínuo. Inibidores do canal de cálcio são boas escolhas para pacientes negros.

6 PLANO DE AÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “controle humanizado da Hipertensão Arterial Sistêmica”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A ideia consiste em apresentar propostas que possibilitem mudanças de hábitos de vida como estratégias para o controle e o combate a hipertensão arterial em idosos pertencentes a ESF Sagrada Família II, com foco na inclusão de práticas diárias de exercícios físicos e cuidados com alimentação saudável.

Palestras, folder, vídeos, visitas domiciliares, incentivo a mudança de hábitos de vida são formas de alcançar nosso objetivo de controle alternativo da hipertensão em idosos.

Sobre o plano operativo do projeto de intervenção, pretende-se expor aos gestores os indicadores de saúde da ESF de São Francisco, principalmente no que se refere à HAS em idosos, além das áreas de atuação, metas a serem atingidas, assim como acompanhar e avaliar a efetividade do projeto na comunidade. Desse modo, ressalta-se no plano a necessidade de atenção continuada e ações de promoção e prevenção.

Ademais, o controle humanizado será preconizado nos atendimentos na ESF, nos grupos operativos, nas visitas domiciliares, na medida em que, acredita-se que apenas quando se olha o paciente de forma integral, consegue-se alcançar o real motivo de seu problema e permite-se elencar estratégias para solucioná-lo, seja o caso de idoso que mantém elevados níveis pressóricos devido estresse com a família ou devido dieta hipersódica ofertada em casa. Assim, o atendimento será contínuo e estendido para a família do mesmo.

6.1 PROBLEMAS IDENTIFICADOS (NÃO É MAIÚSCULA, COLOCAR EM MINÚSCULA)

- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Sobrepeso;
- Diabetes Mellitus;
- Etilismo.

6.2 Priorização dos problemas

Quadro 9: Priorização dos problemas da ESF Lapa Espírito Santo no município de

Principais problemas	Importância*	Urgência **	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção
Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	7	Parcial	1
Sobrepeso	Alta	6	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Alta	5	Parcial	3
Etilismo	Alta	4	Parcial	4

São Francisco, Minas Gerais, 2018.

Fonte: Autoria Própria (2018).

*Alta, média ou baixa.

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.

***Total, parcial ou fora.

6.3 Descrição do Problema

Na ESF Lapa Espírito Santo a HAS é responsável por 80% dos encaminhamentos para a emergência, isso se deve, sobretudo, a crise hipertensiva com comprometimento orgânico. Há 247 pacientes cadastrados portadores de HAS. Sabe-se que este número não representa a totalidade de hipertensos na comunidade, havendo grande número de pacientes não diagnosticados.

Sendo assim, hipertensão foi selecionada como tópico de abordagem de saúde pública mais abrangente na ESF Lapa Espírito Santo. Como fatores de risco para essa patologia aponta-se, desde a saúde alimentar, sedentarismo, o tabagismo, a baixa escolaridade e também uso de entorpecentes o que, direta ou indiretamente, é responsável pelo aumento de hipertensão.

6.4 Explicações do Problema

A HAS foi a patologia que mais levou a internações por encaminhamento e atendimento emergencial, diminuindo a qualidade de vida de inúmeros pacientes (no

mês de Maio de 2017). Ademais, as sequelas em longo prazo são sempre evidentes. Assim, registrou-se dois casos de acidente vascular cerebral (AVC), com uma morte e um paciente com sequelas severas (cursando com afasia de Broca, hemiparesia, disfagia, perda de sensibilidade da perna esquerda e convulsões do tipo tônico cônica). Ademais, no último mês, dois pacientes foram encaminhados com provável AVC.

Outra sequela importante é a renal. Sabe-se que a HAS sobrecarrega o rim e altera a função renal, com consequente perda de néfrons. O resultado disso é, mais tardiamente a redução da função renal, resultando em Insuficiência renal crônica que gera, no estágio 5, uma péssima qualidade de vida para o paciente que deve se submeter a várias sessões semanais de hemodiálise o que pode gerar afastamento de trabalho, conflitos familiares, depressão, tendências suicidas além dos inúmeros prejuízos orgânicos.

É um problema familiar, ligado à obesidade, diabetes melitus, hipertensão, etilismo, sedentarismo o que revela que as formas de prevenção estão dentro dos fatores de risco modificáveis para essa doença. Destarte, a realização de ações promotora em saúde se torna o eixo central das condutas referentes a essa doença.

6.5 Seleção dos Nós Críticos

Após a análise do problema e estudo do grupo de portadores de HAS chegou-se à conclusão que os seguintes nós críticos são os responsáveis pela doença:

- Falta de conhecimento dos pacientes hipertensos sobre a doença e suas consequências;
- Processo de trabalho inadequado da equipe, principalmente processos relacionados às ações educativas.

6.6 Desenhos das operações

"Nó" crítico	Projeto/ Operação	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Falta de conhecimento dos pacientes hipertensos sobre a doença e suas consequências.	Conhecer mais/ Instrumentalizar os usuários hipertensos quanto a importância do cuidado e seguimento do tratamento.	Aumentar o Nível de informação da população sobre a doença hipertensão arterial, bem como as consequências do mau controle.	Avaliação do nível de conhecimento da população hipertensa; Campanha educativa na rádio local; falatórios de promoção e prevenção de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: conhecimento médicos sobre o tema e estratégias de comunicação. - Organizacional: melhor organização da agenda de trabalho. - Político: conseguir espaço na radio local para debates do tema. - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, folder educativos, cartazes, material didáticos, etc.
Processo de trabalho inadequado da equipe, principalmente, com relação ao desenvolvimento de ações educativas.	Cuidar melhor/ Aumentar a efetividade da equipe na assistência ao usuário portador de Hipertensão Arterial	Garantir além De consultas individuais e focadas nas queixas, ações educativas que de fato tenham impacto na mudança de comportamento dos portadores de Hipertensão arterial	<p>Grupos operativos atuantes e de acordo com as propostas metodológicas;</p> <p>Presença na agenda da equipe de ações programáticas direcionadas também a ações educativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Cognitivo - elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; -Organizacional --+ adequação de fluxos (referência e contra referência) -Político - articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiro: recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos,

		sistêmica		exames, e consultas especializadas).
--	--	-----------	--	--------------------------------------

Quadro 10: Desenho das operações sobre os nós críticos relacionado ao problema “Alto índice de hipertensos descompensados” na equipe Lapa Espírito Santo no município de São Francisco, Minas Gerais, 2018.

Fonte: Autoria Própria (2018).

6.7 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações

Quadro 11: Recursos críticos para realização das operações relacionadas ao problema “Alto índice de hipertensos descompensados” na equipe Lapa Espírito Santo no município de São Francisco, Minas Gerais, 2018.

Projeto/Operação	Recurso Crítico
Conhecer mais/ Instrumentalizar os usuários hipertensos quanto à importância do cuidado e seguimento do tratamento.	-Político: conseguir espaço na rádio local para debates do tema. - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, folder educativos, cartazes, material didáticos, etc.
Cuidar melhor/ Aumentar a efetividade da equipe na assistência ao usuário portador de Hipertensão Arterial	-Político - articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiro: recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames, e consultas especializadas).

Fonte: Autoria Própria (2018).

6.8 Propostas de Ações para a Motivação dos Atores

Quadro 12: Ações para a Motivação dos Atores na realização das operações relacionadas ao problema “Alto índice de hipertensos descompensados” na equipe Lapa Espírito Santo no município de São Francisco, Minas Gerais, 2018.

Projeto/Operação	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Conhecer mais/ Instrumentalizar os usuários hipertensos quanto à importância do cuidado e seguimento do	-Político: conseguir espaço na rádio local para debates do tema. - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais,	-Setor de comunicação social - Secretário Municipal de saúde	- Favorável	Apresentar o projeto para que os atores verifiquem os benefícios

tratamento.	folhetos, folder educativos, cartazes, material didáticos, etc.			do mesmo na comunidade
Cuidar melhor/ Aumentar a efetividade da equipe na assistência ao usuário portador de Hipertensão Arterial	-Político > decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço -Financeiro>recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames, e consultas especializadas)	-Prefeito Municipal -Secretario Municipal de Saúde	-Favorável	Apresentar o projeto para que os atores verifiquem os benefícios do mesmo na comunidade

Fonte: Autoria Própria (2018).

6.9 Proposta de Intervenção

Quadro 13: Projeto de Intervenção relacionado ao problema “Alto índice de hipertensos descompensados” na equipe Lapa Espírito Santo no município de São Francisco, Minas Gerais, 2018

Projeto/ Operação	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Conhecer mais/ Instrumentalizar os usuários hipertensos quanto à importância do cuidado e seguimento do tratamento.	Aumentar o nível de informação da população sobre a doença hipertensão arterial, bem como as consequências do mau controle.	Avaliação do nível de conhecimento da população hipertensa; Campanha educativa na rádio local; faleiros de promoção e prevenção de saúde.	Apresentar o projeto	Dra. Dania Gonzalez.	Até julho de 2018
Cuidar melhor/ Aumentar a efetividade da equipe na assistência ao usuário portador de Hipertensão Arterial	Garantir além de consultas individuais e focadas nas queixas, ações educativas que de fato tenham impacto na mudança de comportamento dos portadores de Hipertensão arterial sistêmica	Grupos operativos atuantes e de acordo com as propostas metodológicas Presença na agenda da equipe de ações programáticas direcionadas também a ações educativas	Apresentar o projeto	Dra. Dania Gonzalez	Até julho de 2018

Fonte: Autoria Própria (2018).

6.10 Gestão do Plano de Ação

Processo de monitoramento e avaliação das operações da proposta Cuidar Melhor será feito a partir de entrevistas e avaliações dos membros da equipe. Essas avaliações poderão ser feitas trimestralmente no primeiro ano, semestralmente no segundo ano e no fim do terceiro ano.

Processo de monitoramento e avaliação das operações da proposta conhecer mais será feita a partir de entrevistas aos pacientes. Serão abordadas na entrevista a visão dos pacientes sobre o projeto, isto é, críticas, elogios, sugestões, pontos positivos, negativos e a contribuição do Projeto para a unidade.

A gestão do plano deve avaliar o andamento do projeto. Se houver algo fora do planejamento ou se os resultados não tiverem sendo alcançados como proposto inicialmente, deverá haver uma reunião da equipe para avaliar os empecilhos do plano e buscar uma solução.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica é realidade na maioria das ESF do Brasil. O combate aos fatores de risco, como sedentarismo, má alimentação, etilismo e sobrepeso é essencial quando se deseja mudar o cenário. Por ser, normalmente, a doença mais frequente da comunidade a atenção primária ganha eixo central nessa área, com a realização de atendimentos integrais, dirigidos para o indivíduo e não apenas para sua doença. Ademais, as visitas domiciliares se tornam fundamentais, uma forma de experimentar a realidade do cliente e, por fim, os grupos operativos são a plataforma transformadora que permite o compartilhamento de experiências, retirada de dúvidas e que tem proporcionado um melhor controle da doença.

A forma como estudo foi desenvolvido permitiu a percepção sobre a realidade da comunidade. A estimativa rápida elencou os principais problemas da população, destacando a HAS como o principal. Ademais, ao aprofundarmos nessa temática, deparamos também com os principais fatores de risco relacionados com essa doença na comunidade: inatividade física e má-alimentação. Podemos também entender que a equipe de saúde exerce um papel fundamental e que cabe a nós nos atualizarmos e reciclarmos a fim de estabelecer novas abordagens para o controle da HAS em nossa comunidade.

Com isso, concluiu-se que a HAS é muito prevalente na comunidade. A fim de controlar essa patologia é necessária uma capacitação da equipe de saúde, já que todos são responsáveis na recuperação e promoção da saúde.

Um ponto importante sobre adesão ao tratamento se refere à relação da equipe com a comunidade, respeitando os aspectos biopsicossociais de cada cliente. Assim, as abordagens holísticas, dinâmicas e criativas são importantes para a ação educativa em saúde, observando sempre a linguagem simples e esclarecida

a ser utilizada, lembrando que a abordagem da HAS deve ser feita com análise holística da população, isto é, com base na cultura, modos e perfil socioeconômico da comunidade.

Espera-se com o plano de ação um maior controle dos índices pressóricos, maior adesão ao tratamento e o maior conhecimento da equipe sobre a HAS. Para isso, deve-se trabalhar com os fatores de risco, encorajando a mudança de hábitos, com vista a uma melhor qualidade de vida e maior controle da HAS.

Além disso, deve-se buscar um processo de trabalho mais adequado e planejado, com um trabalho de forma interdisciplinar, sendo que cada ator possui um papel fundamental no processo de recuperação da saúde do usuário. Considera-se necessária a articulação de estratégias de diferentes setores sociais para a realização das ações conjuntas.

Por fim, espera-se que a proposta de intervenção diminua a morbidade e mortalidade relacionada com HAS na Comunidade com a melhora na qualidade de vida dos portadores da doença, com o controle dos índices pressóricos e fatores de risco associados.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev Saúde Pública**, v. 41 n. 3, p. 368-74, 2007.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência e saúde coletiva**. v. 13, n. 2, p. 2189-2197, 2008.

BARROS, A. C. M., ROCHAL, M. B., HELENA, E. T. S. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 37, n. 1, p. 54-62, 2008.

BRAND, C., *et al.* Atenção primária e os desafios à promoção da qualidade de vida de hipertensos. **Cinergis**, v. 14, n. 3, p.161-165, 2013.

BRANDÃO, A. A. *et al.* Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **J BrasNefrol**, V. 32, Supl. 1, p. S1-S4, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: ><http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>> Acesso em: 4 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE**. Disponível em ><http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?lang=&codmun=316110&search=minas-gerais|sao-francisco|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>> Acesso em: 2 de fevereiro de 2018.

BRASIL. 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. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 71p.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 1, p. 1 – 48, 2006.

Brasil. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v. 107, n. 3, s. 3, 2016.

CICCO, L. H. S. **Hipertensão arterial? E agora?** Disponível em: <www.saudevidaonline.com.br/hipert.htm - 15k>. Acesso em: 20 Abr. 2018.

COSTA, J. A.; *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência e Saúde coletiva**. v.16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

ENDOCÁRDIO. **Hipertensão Arterial**. Disponível em <http://www.endocardio.med.br/hipertensao-arterial/>. Acesso em 20 Abr. 2018.

FARIA, H. O.*et al.* **Modelo assistencial e a atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2008, 68p.

GIROTTI, E., ANDRADE, S. M., CABRERA, M. A. S. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.19, n.2, Brasília, jun. 2010.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.614-626, 2010.

KAWATA, L. S. *et al.* O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto - Enfermagem**, vol.18, no.2, p.313-320, Jun. 2009.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol.8 no.2 São Paulo, Junho 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200005>>. Acesso em: 25 de setembro de 2014.

LOPES, F. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Enfermagem Clínico Cirúrgica**. Disponível em <<www.ifcursos.com.br>> Acesso em 20 Abr. 2018.

MAGALHÃES, M. E. C. *et al.* Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Ver Bras Hipertens**, v. 17, n. 2, p. 93-97, 2010.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Ver Bras Med Fam e Com**. Rio de Janeiro, v.2, n 7, p. 165-176, out / dez 2006.

MION JR, D. *et al.* Diagnóstico da hipertensão arterial. **Medicina**, v. 29, p. 193-8, 1996

NOBRE, F. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, abril/2010.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, São Paulo, 2003.

PICCINI, Roberto Xavier; VICTORA, Cesar Gomes. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *In: Revista Saúde Pública*. Pelotas, 2009.

PIERIN, A. M. G. *et al.* Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência e saúde coletiva**, v.16, supl.1, Rio de Janeiro, 2011.

PINHEIRO, P. Hipertensão Arterial: sintomas, causas e tratamento. **MD. Saúde**. Disponível em <<<http://www.mdsaude.com/2009/02/insuficiencia-cardiaca.html>>> Acesso em 20 Abr.2018.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública**, v. 45 n. 2, p. 258-68, 2011.

SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A.; MOREIRA, F. G. A. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial - uma tecnologia educativa em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4385-4394, nov. 2011.

SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Atenção à saúde do adulto. *In: Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

SCHIMIDT, A; PAZIN FILHO, A.; MACIEL, B. C. Medida indireta da pressão arterial sistêmica. **Medicina Ribeirão Preto**, n. 37, p. 240 – 245, jul./dez. 2004.