

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

Diego Raian Cesar Esquerdo

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A ALTA PREVALÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE ADSCRITA À EQUIPE
DE SAÚDE V DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BELÉM NOVO, MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE NO RIO GRANDE DO SUL**

**Belo Horizonte
2020**

Diego Raian Cesar Esquerdo

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A ALTA PREVALÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE ADSCRITA À EQUIPE
DE SAÚDE V DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BELÉM NOVO, MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE NO RIO GRANDE DO SUL**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida
Villa

Belo Horizonte

2020

Diego Raian Cesar Esquerdo

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A ALTA PREVALÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE ADSCRITA À EQUIPE
DE SAÚDE V DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BELÉM NOVO, MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE NO RIO GRANDE DO SUL**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

Banca examinadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa (Orientadora) – UFMG

Profa Dra Selme Silqueira de Matos-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 29 de Setembro de 2020

Dedico este trabalho em sua plenitude à Deus, com agradecimento, alegria e louvor, às pessoas de bem, à minha família, em especial minha mãe, e aos meus grandes amigos e à minha cidade natal, com orgulho e felicidade.

Agradeço à UFMG bem como a todos os profissionais nas mais diferentes esferas, sem exceção, que atuaram e colaboraram para esta construção e formação.

“A genialidade é 1% inspiração e 99% transpiração”
(Thomas Edson).

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica consiste em condição multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos maior ou igual a 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente está associada à distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. O presente trabalho nasceu da constatação de altas aferições da pressão arterial nas monitorizações realizadas em pacientes diagnosticados como hipertensos e já em tratamento medicamentoso na Unidade Básica de Saúde de Belém Novo, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Assim, o objetivo deste foi elaborar um projeto de intervenção para reduzir a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica na comunidade adscrita à equipe de Saúde V da Unidade Básica de Saúde Belém Novo. A alta prevalência dos casos de hipertensão foi detectada a partir da aplicação do método da Estimativa Rápida. Para dar embasamento teórico ao estudo, foi realizada uma revisão da literatura acerca da temática, por meio de consulta à Biblioteca Virtual em Saúde. Como metodologia para elaboração do projeto de intervenção, foram seguidos os passos do Planejamento Estratégico Situacional, sendo a Hipertensão Arterial o problema priorizado. Na sequência, buscou-se as prováveis causas: os nós críticos. Nesse sentido, notou-se o uso insuficiente ou irregular dos medicamentos, bem como, a necessidade da implantação e manutenção de uma mudança no estilo de vida como o estímulo à prática de atividades físicas e melhoria da alimentação. Além disso, a proposta de ação buscou possibilitar aos pacientes maior conscientização sobre suas condições de saúde e auto cuidado. Dessa maneira, a partir da implementação do plano de ação, a reversão da descompensação da pressão arterial pôde ocorrer na maioria dos casos e possibilitou que os casos refratários fossem encaminhados para os serviços de referência, melhorando também o fluxo dos encaminhamentos na rede de saúde. A hipertensão arterial sistêmica tem se mostrado uma das comorbidades mais prevalentes e sua descompensação deve ser avaliada e sobretudo combatida, de modo inicial, final e contínuo, objetivo e resultado do presente estudo.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica; Risco, Educação em saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a multifactorial condition characterized by a sustained elevation in blood pressure greater than or equal to 140 and / or 90 mmHg. It is often associated with metabolic disorders, functional and / or structural changes in target organs. The current work was born from the observation of high blood pressure measurements in the monitoring performed in patients diagnosed as hypertensive and already undergoing drug treatment in the Basic Health Unit of Belém Novo, in Porto Alegre, in Rio Grande do Sul. Thus, the objective was develop an intervention project to reduce the high prevalence of systemic arterial hypertension in the community assigned to the Health V team of the Basic Health Unit Belém Novo. The high prevalence of hypertension cases was detected by applying the Rapid Estimate method. To provide a theoretical basis for the study, a literature review on the theme was carried out, through consultation with the Virtual Health Library. As a methodology for the elaboration of the intervention project, the steps of Situational Strategic Planning were followed, with Arterial Hypertension being the prioritized problem. Then, the probable causes were sought: the critical nodes. In this sense, it was noted the insufficient or irregular use of medicines, as well as the need to implement and maintain a change in lifestyle as a stimulus to the practice of physical activities and improvement of food. In addition, the proposed action sought to make patients more aware of their health and self-care conditions. Thus, from the implementation of the action plan, the reversal of decompensated blood pressure could occur in most cases and made it possible for refractory cases to be referred to referral services, also improving the flow of referrals in the health network. Systemic arterial hypertension has been shown to be one of the most prevalent comorbidities and its decompensation must be assessed and, above all, combated, in an initial, final and continuous way, objective and result of the current study.

Keywords: Systemic arterial hypertension; Risk, Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde V, Unidade Básica de Saúde Belém Novo, município de Porto Alegre/RS.	18
Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hipertensão arterial sistêmica descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Belém Novo, do município Porto Alegre/RS.	29
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “hipertensão arterial sistêmica descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Belém Novo, do município Porto Alegre/RS.	31
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Hipertensão arterial sistêmica descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Belém Novo, do município Porto Alegre/RS.	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAB	Hipertensão do Avental Branco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HM	Hipertensão Mascarada
HRES	Hospital da Restinga
HMIPV	Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOA	Lesão de Órgão-Alvo
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA	Medição Residencial da Pressão Arterial
MS	Ministério da Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica

PAS	Pressão Arterial Sistólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RC	Risco Cardiovascular
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Aspectos gerais do município	14
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 Aspectos da comunidade	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde Belém Novo	17
1.5 A Equipe de Saúde da Família V, da Unidade Básica de Saúde Belém Novo	18
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Saúde da Família V	19
1.7 O dia a dia da equipe de Saúde da Família V.	20
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	21
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	22
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
4 METODOLOGIA	26
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
5.1 Hipertensão arterial sistêmica: diagnóstico e aspectos epidemiológicos	27
5.2 Manejo clínico da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde	28
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	31
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	32
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	32
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto,	33

resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 37

REFERÊNCIAS 39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

Porto Alegre é a capital do estado mais meridional do Brasil, o Rio Grande do Sul. Seu bioma é o pampa e sua área de unidade territorial é de 495,390 km². Apresenta 93% de esgotamento sanitário adequado. Sua população, de acordo com o Censo do IBGE (2010) é de 1.409.351 pessoas. População estimada para 2020 é de 1.488.252 pessoas. Sua densidade demográfica, com base na população de 2010 é de 2.837,53 hab/km². O salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 4,2 salários-mínimos em 2018. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 53,1% (IBGE, 2018). Comparando o salário médio mensal e a proporção da população economicamente ativa, o município ocupava as posições 2 de 497 e 7 de 497 (em relação aos municípios do estado), bem como 24 de 5.570 e 42 de 5.570 (com relação às cidades do país), respectivamente (IBGE, 2018).

Porto Alegre, ainda, no âmbito da Educação apresenta índices não muito satisfatórios e abaixo dos limites esperados, haja vista a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade (IBGE, 2010) de 96,6% assim como IDEB de 4,9 para os anos iniciais do ensino fundamental e IDEB de 3,9 para os anos finais do ensino fundamental (dados de 2017 – Rede pública). No que tange à Saúde, a mortalidade infantil registrou em 2017 a taxa de 8,98 óbitos por mil nascidos vivos, ocupando a posição de número 3.358 de 5.570 no país. Ainda, há 201 estabelecimentos de saúde (SUS) no município - dado de 2009. A economia apresenta PIB per capita de R\$ 49.740,90, ocupando a posição 333^a no país. Ainda, com 0,805 em seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) – 2010.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde de Porto Alegre

O sistema municipal de saúde de Porto Alegre/RS é abrangente. A rede de atenção à saúde onde atua é constituída, além da atenção primária, por meio de sua unidade básica de saúde, por diversos pontos de referência a nível secundário e terciário. Destes, vale destacar o Hospital da Restinga (HRES), com seus acessos

aos centros de emergência adulto e pediátrico, bem como o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), com sua emergência obstétrica. Cabe mencionar que este hospital ainda apresenta cuidados referentes à saúde mental, enquanto sob àquele está a guarda das inúmeras especialidades para as quais se destinam os encaminhados, quando necessários e indicados (PORTO ALEGRE, 2020).

Ainda, pela cidade estão espalhados vários laboratórios para a realização dos exames laboratoriais (coleta e exames), facilitando logisticamente para os pacientes, por sua dispersão e acessibilidade. Ainda, no HRES estão presentes o centros de apoio diagnóstico, com exames de imagem e os mais diversos, como eletrocardiograma, entre outros, facilitando, uma vez mais, pela sua centralidade e proximidade com as especialidades já referidas (PORTO ALEGRE, 2020).

O município apresenta, ainda, um centro de tecnologia da informação que cuida da parte da comunicação das informações e sua transmissibilidade pelos diversos pontos da rede de saúde por meio de softwares específicos e sob seu próprio controle e supervisão. Ainda, há os centros de vigilância sanitária e, especialmente, epidemiológica, que atuam nos seus respectivos campos Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV),

A logística também fica a cargo da parte física por meio de veículos, principalmente ambulâncias, a nível secundário para as emergências, no geral efetuado pelo Serviço de Urgência – SAMU, além dos aparatos aéreos, porém de cunho mais predominante em nível estadual.

De um modo geral, a rede de saúde e seus diversos pontos e aspectos evidencia-se condizente com as necessidades sanitárias do município e, pelo que se espera no nível do SUS. Evidente que a falta de recursos e verbas é tido como fator limitante para um avanço e modernização desta estrutura, quadro característico do país.

Um ponto importante é a presença do auxílio prestado pelo telessaúde RS, serviço de assessoramento, por meio de ferramentas e tecnologias da informação e comunicação, que permite consulta de casos clínicos mais complexos, demandando consultas com especialistas para melhor manejo, fazendo com que os encaminhamentos sejam feitos de forma mais adequada, evitando encaminhamentos desnecessários, o que, sem dúvida, organiza ainda mais a rede e os seus respectivos e adequados fluxos. Sua relevância ainda aumenta em tempos

de pandemia pelo novo coronavírus, em que a telessaúde ganhou força, atuação e importância.

1.3 Aspectos da comunidade Belém Novo

Belém Novo é um bairro da zona sul do município de Porto Alegre. Pertencente à Região de Orçamento Participativo 13/Extremo Sul, foi criado pela lei 6893 de 12 de setembro de 1991 e alterado pela Lei 12112/16. Sua população total pelo último censo demográfico (2010) é de 15.883 habitantes, representando 1,12% da população do município de Porto Alegre/RS. Com área de 28,49 km² (5,98% da área do município), apresenta densidade demográfica de 555,74 hab/km². A taxa de analfabetismo é de 4,14% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 3,51 salários-mínimo (IBGE, 2010).

O bairro recebeu este nome, em 1867, graças à um grupo de moradores de Belém Velho, que solicitou à presidência da Província, da época, sua mudança para às margens do lago Guaíba. O pedido foi atendido em 1873, após um projeto urbanístico, realizado por engenheiros contratados pela presidência. Em 1876 deu-se início a construção da Igreja Nossa Senhora do Belém Novo, finalizada oito anos mais tarde (FRANCO, 1992).

O bairro, podendo ser considerado como uma cidade do interior dentro da capital, caracteriza-se pela cultura agrária, principalmente pela agricultura familiar, havendo a presença de, por exemplo, chácaras de pequenos produtores, muitos dos quais são pacientes da Unidade Básica de Saúde, menciona-se de passagem.

Às margens do lago Guaíba, o local apresenta forte ligação com a natureza e tranquilidade. Nesse sentido e por outro lado, tem como desafio atual essa manutenção em face da expansão crescente da urbanização e modernização cujo principal erro encontra-se no, ou antes, na ausência de planejamento e construção duma infra-estrutura prévia que comporte essa lotação. “Aplanejamento” este que pode comprometer os aspectos da natureza referidos, por exemplo, a balneabilidade do lago, sob risco por conta da sobrecarga da estrutura de esgotos com a chegada de novos empreendimentos imobiliários.

Em que pese os processos de urbanização e modernização, a comunidade manteve seu aspecto rural, principalmente em virtude do seu difícil acesso, bem como devido à presença de chácaras de pequenos agricultores e famílias ricas, as quais possuíam casas de veraneio na região. Contudo, em 1933, foi construída uma rodovia que liga o bairro ao centro para facilitar justamente seu acesso. Ainda, apesar do seu histórico, Belém Novo só veio a integrar-se oficialmente enquanto bairro em 1991, a partir da Lei 6993 (FRANCO, 1992).

A localização do bairro às margens do Guaíba, garantiu-lhe desenvolvimento para as áreas da pecuária e agricultura, bem como o estabelecimento de sedes campestres para inúmeras instituições da região, tais como: AJURIS, Grêmio Náutico Clube e da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Há um projeto urbanístico e paisagístico, através do Programa Guaíba Vive, que busca melhorar a região de Belém Novo, por meio do ajardinamento de praças, colocação de parque infantil, instalação de ciclovias, espaços de contemplação da paisagem, construção de uma passarela de 700 metros de extensão, rampa para saída e chegada de embarcações e um calçadão para feiras e eventos (FRANCO, 1992).

Na região, estão situados ainda o Clube Náutico Belém Novo e da Confederação Brasileira de Golfe, bem como o Aeroclube do Rio Grande do Sul, que abriga a Escola de Aviação Civil. Ainda, conta-se com a instituição do Abrigo Nehyta Martins Ramos, Praça Almerindo Lima, onde ficam as Ruínas do Poletto e inúmeras Escolas Estaduais, como de Ensino Fundamental Madre Raffo; Dr. Glicério Alves e Unidade Terra Ville do Colégio Farroupilha. Há ainda além da UBS Belém Novo, uma base do SAMU bem como uma unidade do Departamento Municipal de Água e Esgotos (DMAE).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Belém Novo

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Belém Novo é fruto de ações conjuntas para integrar a operação da rede de saúde pública, de modo a facilitar o acesso da população e descongestionar o fluxo de pacientes aos grandes hospitais.

Na UBS, além das consultas para a áreas de clínica geral e pediatria, a mesma está preparada para fornecer cuidados relacionados a odontologia e enfermagem. Em paralelo à prevenção de doenças, estão presentes frentes primordiais, como

oferecer diagnóstico preciso, tratamento e reabilitação adequados aos pacientes. O espaço físico tem sido bem aproveitado. Há na unidade, uma cozinha, uma copa, um banheiro masculino e um feminino para os funcionários, e um espaço destinado ao armazenamento, no geral. Há seis consultórios médicos, sendo dois deles pediátricos e um obstétrico. Há ainda um consultório para as consultas realizadas pela enfermagem. Há um espaço para pequenos procedimentos, outro para aplicação das vacinas e mais um destinado a triagens e/ou para casos mais graves, que demandam uma observação. Por fim, há o espaço destinado à recepção e outro à farmácia, espaço este subdividido em dois, um para os medicamentos dispensados, o outro para a estocagem dos medicamentos. Ainda, há um consultório odontológico e uma sala para os (as) agentes comunitários(as) de saúde fazerem os seus registros e respectivos cadastros.

No contexto da pandemia, devido ao novo coronavírus, a sala de espera foi transformada e destinada para os atendimentos dos casos de pacientes com sintomas/sinais respiratórios, havendo toda a estruturação necessária, isto é, biombo para separação, além do espaço ser ventilado pela presença de inúmeras janelas voltadas para o ambiente externo. Os demais pacientes, que não são considerados casos respiratórios têm aguardado no lado de fora, onde foram colocados banquinhos, em volta da Unidade Básica de Saúde (UBS), mas dentro ainda, de seus portões e muros.

Há, também, uma parte externa, funcionando como estacionamento para os veículos dos profissionais. A UBS faz vizinhança com uma base do SAMU, porém esta só é acionada pela central de regulação, sob os devidos critérios.

1.5 A Equipe de Saúde da Família V

A Equipe de Saúde da Família V da Unidade Básica de Saúde Belém Novo é composta por profissionais da área médica (um), enfermagem (um), dois técnicos de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem, bem como seis agentes comunitárias de saúde. Também há equipe de saúde bucal, composta por uma cirurgiã-dentista e uma técnica em saúde bucal.

1.6 Funcionamento da Unidade Básica de Saúde Belém Novo

A Unidade Básica de Saúde Belém Novo funciona das 8 horas às 17 horas, com intervalo para almoço de uma hora. Houve e tem havido o que designou “horário estendido”, “terceiro turno”, que é o funcionamento da UBS também durante o período noturno (das 18hs até às 22hs).

Importante destacar o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção dos pacientes. De forma semelhante, a equipe de enfermagem auxilia a equipe médica e vice-versa, em momentos de necessidade, o que auxilia no alcance dos objetivos, que é o atendimento, o acolhimento dos pacientes, fazendo com que haja um clima de colaboração e construção entre os profissionais.

No contexto de pandemia do novo coronavírus, debates internos ocorrem, em virtude das periódicas mudanças de protocolos referentes ao fluxograma e manejo dos pacientes com síndrome respiratória, bem como nos casos suspeitos a confirmados. Mas tais debates, realizados principalmente em reuniões semanais, acontecem por motivo de atualização e melhor entendimento em virtude, como mencionado, da constante mudança da nova doença. Fora isso, a revisão de alguns atendimentos e condutas também são trazidos em pauta, no sentido de alteração de condutas para níveis mais adequados de atuação.

O referido horário estendido veio a fim de facilitar o acesso aos atendimentos, principalmente por aqueles pacientes cujas atividades de trabalho acontecem ao longo do dia, entre trabalhadores rurais e urbanos, o que simultaneamente auxilia na redução do número de procura, equivocada o mais das vezes, nos serviços de emergência locais. Essa procura e atendimentos noturnos, porém, devido ao próprio cenário pandêmico já referido, atenuaram-se, dada a própria recomendação sanitária de isolamento domiciliar e social.

Assim, o saldo final tem-se mostrado positivo, pois alguns atendimentos têm ocorrido e feito a diferença, tanto em matéria de diagnósticos importantes, quanto nas intervenções e tratamentos e, ainda, na prevenção e encaminhamentos de relevância. Os exemplos seriam inúmeros, desde a realização de testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) e diagnósticos confirmados de doenças

reumatológicas a partir de exames subsidiários, até encaminhamentos por suspeitas neoplásicas malignas (confirmadas).

1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família V

Com relação ao cronograma mensal, este costuma ser organizado separando um dia na semana, em geral às quintas-feiras, para os trabalhos para com os grupos operativos, tais como hiperdia e visita domiciliar, bem como para renovação de receitas e atendimento às gestantes da localidade.

Nesse sentido, cabe salientar a presença de comunidades indígenas dentro dos limites geográficos da UBS e a realização em um episódio de um visita em seu território para abordar questões gerais de saúde, como vacinação dos pacientes pediátricos e avaliação da existência de doenças crônicas, assim como atendimento às queixas trazidas e menção às medidas de prevenção sanitárias como um todo. No entanto, tais práticas e organização de reuniões em grupos (de modo multiprofissional e compartilhado), foi infelizmente cessado devido a pandemia do sars-cov-2, ou felizmente, sob o ponto de vista do seu propósito preventivo, a fim de evitar aglomerações e a circulação dos pacientes e também da equipe de saúde. Porém, sempre deixamos as portas da UBS aberta e as orientações de não hesitarem em procurar atendimento quando se tratar de sinais de alerta e logo após esse momento sanitário crítico.

No que se refere aos atendimentos, estes são divididos entre demanda espontânea e demanda programada, buscando-se, em tese, um número fixo de pacientes ao dia, começando com 12 pacientes, podendo atingir até 24 pacientes ao dia. A aplicação de um número mínimo e um aumento gradativo na quantidade de atendimento foi sob minha ótica uma excelente maneira de organização e conciliação entre as diferentes demandas, necessidades e capacidades.

A demanda espontânea também está inserida, e apresenta as mesmas características/princípios norteadores, tais como a escuta qualificada e acolhimento. A diferença está na classificação de risco adotada (escala de Manchester), em contraposição a estratificação de riscos, adotada em nível de e para os pacientes sob o a demanda programada por assim referir, cujos casos de emergência de alto risco são priorizados no tempo e sequência do atendimento, bem como a

providência de todos os devidos suportes e encaminhamentos, se necessários e indicados.

À medida que se foi conhecendo os pacientes e aumentando-se o entendimento de seus problemas e queixas, bem como da comunidade como um todo, a tendência foi o número de atendimentos aumentar, e o mais interessante é que isso foi ocorrendo “naturalmente”. Tal ênfase julgo necessária, uma vez que esse assunto é, talvez, um dos mais complicados, em razão da existência de inúmeras demandas divergentes, potencialmente capazes de gerar conflitos e consequências indesejadas. Portanto, a conduta de fixar um número mais sustentável de consultas num momento mais inicial, gerou um bom retorno, tanto por parte do fluxo de atendimentos quanto para com os manejos adequados e qualificados dos pacientes de um modo geral.

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

Os principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita são: Hipertensão arterial sistêmica, atenção para os casos descompensados, em grande número. Diabetes Mellitus tipo 2, também com muitos casos em estado de descompensação. Pacientes com sofrimento mental e cardiopatias, também com alta prevalência bem como das doenças respiratórias, por exemplo a asma, em especial no âmbito pediátrico.

A constatação da existência de tal contexto foi ocorrendo ao longo das consultas diárias dos pacientes, dentro da prática clínica, de suas próprias queixas e condições de saúde, por eles trazidas e detectadas, bem como, para os casos mais crônicos, do retorno destes mesmos pacientes, como preconizado pelo princípio da longitudinalidade.

Ademais, foi utilizado o método da Estimativa Rápida, e a partir dele e por meio da consulta dos prontuários já arquivados e eletrônicos, referentes aos atendimentos anteriores, verificou-se a existência do registro de pressão arterial (PA) já descompensadas, em níveis bem superiores aos limites tolerados. Em complementação, “entrevistas” ou diálogos com as agentes comunitárias de saúde foram realizados na sequência, as quais confirmaram tal “descompensação crônica”,

principalmente de pacientes mais específicos e “conhecidos” da/na comunidade/território.

Pode-se assim, observar a presença de vários problemas concomitantes e convergentes, redundando no que se nos aparecia, isto é, pacientes descompensados ou dentro de um processo já contínuo de descompensação. Isso nos fez atentar para o mal causado pela rotatividade excessiva de profissionais, a falta de consciência dos pacientes com relação a(s) sua(s) própria(s) patologia(s) e/ou comorbidade(s), além da falta de suporte familiar para os casos mais vulneráveis na atenção.

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

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde V, Unidade Básica de Saúde Belém Novo, município de Porto Alegre/RS.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Hipertensão arterial sistêmica	Alta	08	Parcial	1
Diabéticos.	Alta	07	Parcial	2
Pessoas com sofrimento mental.	Alta	06	Parcial	3
Pessoas com doença cardíaca.	Alta	05	Parcial	4
Pessoas com doenças respiratórias	Média	03	Parcial	5
Ausência de planejamento e infra-estrutura para a expansão de urbanização em curso no local.	Média	01	Parcial	6

Fonte: Elaborado pelo Autor (2020)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Na população adscrita da UBS Belém Novo, a realidade de doenças crônicas tais como diabetes mellitus não insulino dependente e hipertensão arterial sistêmica se faz presente, além do fato de que em sua maioria os pacientes que já apresentam uma comorbidade tendem a ter outras, evidenciando que o contexto dos hábitos de vida não saudáveis (alimentação inadequada, ausência ou pouca prática de atividade física) encontra-se como fator determinante para o surgimento e instalação dessas mesmas condições plurais dos pacientes. Isto demonstra que a principal mudança requerida a princípio, trata-se da mudança e melhoria do estilo de vida, e isso motivou o presente trabalho.

No que se refere à prevalência, em dados numéricos, cerca de 60% dos pacientes, em especial os idosos e adultos, cuja presença era mais expressiva, apresentavam hipertensão arterial sistêmica, e aproximadamente 50% destes encontravam-se em descompensação. Ainda, a referida HAS descompensada estava presente de forma contínua, por assim referir, por volta de um período de um a dois semestres prévio, em média, o que revela a exacerbação da gravidade do quadro, em virtude do tempo de permanência.

Diante desse cenário, todos os fatores relacionados à HAS passaram a ser considerados importantes e necessários, desde o “rastreamento” até o tratamento e incluindo a prevenção, que nesse sentido, não deixou/deixa de ser aspecto terapêutico, razão pela qual passou a adquirir maior enfoque.

Sabe-se que a prevenção do desenvolvimento da HAS já é estratégia e busca adotada devido à sua relevância no combate a tal condição clínica. Sua abrangência encontra-se implementada via medidas de políticas públicas de saúde em conjunto com ações dos profissionais da saúde e dos meios de comunicação.

Assim, nessa direção, constituem elementos colaborativos o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da pressão arterial (PA) e fatores de risco (FR) associados. Isso é que se buscou durante a prática clínica e serviu de base para a construção da presente monografia. Ainda, o controle da PA, portanto, constitui em ferramenta adjuvante e indispensável nesse processo, pois atua desde aspectos diagnósticos, por assim escrever, em especial em determinados grupos etários como os idosos que apresentam grande variação da PA ao longo das 24

horas, passando pelo auxílio à correta classificação e estratificação de risco dos portadores, indo até a estimativa do risco CV, respeitando suas indicações e limitações, dado que possui métodos voltados para isso e úteis à(s) decisão(es) clínica(s).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para redução da alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica na comunidade adscrita à equipe de Saúde V da Unidade Básica de Saúde Belém Novo, município de Porto Alegre/RS.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar levantamento de dados, para registrar o número total de pacientes hipertensos.
- Verificar destes pacientes quantos (em porcentagem e proporcionalmente), apresentam a doença crônica em estado descompensado.
- Levar aos pacientes conhecimentos e educação em saúde com relação à doença (diagnóstico, tratamento e prevenção) por meio de práticas de educação em saúde, visando torná-los colaboradores e ativos no processo.
- Atuar junto ao paciente e em seu contexto ambiental/familiar, dada a importância dos aspectos sistêmicos e holísticos no manejo em questão.

4 METODOLOGIA

A presente proposta pautou-se pelo Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Método este cuja estratégia se deve à existência de um cenário de várias visões em virtude de estar-se lidando com diferentes atores sociais, de modo que sua aplicação reforça a busca da harmonização dos interesses para se atingir o objetivo em comum. Já o termo situacional deve-se à medida que se lida com territórios e realidades, que por natureza, são particulares em sua constituição e cujo contexto portanto deve ser considerado tanto na observação dos problemas quanto na implementação das propostas alçadas à melhoria destes (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Dessa forma, portanto, foi construído o diagnóstico situacional, identificando os principais problemas de saúde por meio do registro de dados até então inexistentes e/ou desatualizados e classificando os problemas numa sequência de prioridades. Os critérios, para tanto, basearam-se em aspectos múltiplos, tanto qualitativos como quantitativos.

Para dar embasamento teórico ao estudo, foi realizada uma revisão da literatura por meio de consulta à Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se como descritores os termos: “Hipertensão”, “Atenção Primária à Saúde”, “Estratégia Saúde da Família”.

Após, seguiu-se os passos do PES, para elaboração do plano de ação acerca do problema de maior prioridade, a já referida e prevalente hipertensão arterial sistêmica.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão arterial sistêmica: diagnóstico e aspectos epidemiológicos

A hipertensão arterial sistêmica consiste em condição multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos maior ou igual a 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente está associada à distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. Outros fatores de risco, tais como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM) agravam a condição. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Conforme Brandão; Amodeo; Nobre (2012), a hipertensão arterial sistêmica é um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e baixas taxas de controle, contribuindo significativamente nas causas de morbidade e mortalidade cardiovascular.

A prevalência de hipertensão autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. A pressão alta tende a aumentar com a idade, chegando, em 2017, a 60,9% entre os adultos com 65 anos e mais; e foi menor entre aqueles com maior escolaridade, com 14,8% entre aqueles com 12 anos ou mais de estudo (BRASIL, 2019). Ainda, de acordo com o documento, as mulheres apresentam maior prevalência em comparação com os homens, apresentando uma taxa de 26,4% contra 21,7% deles. As capitais, entre as mulheres, com maior índice foram Rio de Janeiro com 34,7% e Recife com 30%. Já entre os homens as capitais que prevaleceram foram Maceió e Natal com 23,3% e 23,2%, respectivamente (BRASIL, 2019).

Dentre os fatores de risco para a hipertensão arterial, há associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada tanto ao aumento da expectativa de vida da população brasileira quanto ao aumento na população de idosos (maior ou igual a 60 anos).

Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, a prevalência de HA autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%), mas não nos brancos (22,1%).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2014 revelaram, entre 2006 e 2014,

aumento da prevalência de excesso de peso, 52,5% vs 43%. No mesmo período, obesidade aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em indivíduos de 35 a 64 anos e mulheres, mas estável entre 2012 e 2014. Ao passo que o consumo excessivo de sódio, um dos principais FR para HA, associa-se a eventos CV e renais; o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente. Estudo de base populacional em Cuiabá, MT, (n=1.298 adultos com idade igual ou maior a 18 anos) revelou prevalência geral de sedentarismo de 75,8%. Observou-se associação significativa entre HA e idade, sexo masculino, sobrepeso, adiposidade central, sedentarismo nos momentos de folga e durante o trabalho, escolaridade inferior a 8 anos e renda *per capita* < 3 salários-mínimos.

Dados da PNS apontam que indivíduos insuficientemente ativos (adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física considerando o lazer, o trabalho e o deslocamento) representaram 46,0% dos adultos, sendo o percentual significativamente maior entre as mulheres (51,5%). Adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HA autorreferida (31,1%). Estudos brasileiros que avaliaram o impacto de polimorfismos genéticos na população de quilombolas não conseguiram identificar um padrão mais prevalente. Mostraram forte impacto da miscigenação, dificultando a identificação de um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARIOLOGIA, 2016).

5.2 Manejo clínico da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde

Na avaliação do paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS), é necessário a confirmação diagnóstica, suspeição e identificação de causa secundária bem como avaliação do risco cardiovascular (CV). Para tanto, é mister a medição da pressão arterial (PA) no consultório e/ou fora dele (técnica e equipamentos adequados); história médica (pessoal e familiar), exame físico e complementares para grupos específicos. Ainda, lesões de órgãos-alvo (LOA) e doenças associadas devem ser investigadas. Avaliações gerais são dirigidas a todos enquanto avaliações complementares são destinadas à grupos específicos. A PA deve ser medida em toda a avaliação, com a recomendação de uma medição, pelo menos, a cada dois anos para os adultos com PA \leq 120/80 mmHg, e anualmente

para aqueles com PA > 120/80 mmHg e < 140/90 mmHg. Para os pacientes idosos, diabéticos, disautonômicos e em uso de medicação anti-hipertensiva, a hipotensão ortostática deve ser pressuposta. Assim, para estes, medir a PA na posição de pé, após 3 minutos, deve ser considerada. A medição da PA pode ocorrer tanto no consultório, com suas adequadas etapas, como fora do consultório, através da medição residencial da pressão arterial (MRPA), com protocolo específico, ou da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) de 24 horas. A medição fora do consultório apresenta vantagens, tais como: maior número de aferições, maior participação e engajamento dos pacientes, refletem as atividades mais usuais dos examinados e abolem ou reduzem o efeito de avental branco. Por serem métodos diferentes de avaliação, valores de referência particularizados são considerados para a definição de HAS. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

As indicações clínicas para MAPA ou MRPA ocorrem na suspeita de hipertensão do avental branco; hipertensão mascarada (HM) - PA entre 130/85 e 139/89 mmHg no consultório bem como PA <140/90 mmHg no consultório em indivíduos assintomáticos com LOA ou com alto risco CV total; grande variação da PA no consultório na mesma ou em consultas diferentes; hipotensão postural, pós-prandial, na sesta ou induzida por fármacos; na suspeita de pré-eclâmpsia em mulheres grávidas e confirmação de hipertensão resistente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A medição da PA em crianças é sugerida em toda avaliação clínica após os três anos de idade, pelo menos anualmente. A avaliação e interpretação dos valores deve levar em consideração variáveis, como idade, sexo e altura e a consulta de tabelas específicas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Na população idosa, aspectos especiais na medição da PA devem ser considerados tendo em vista as alterações próprias do envelhecimento. A começar pela maior frequência do hiato auscultatório, levando-se em conta valores falsamente baixos para PAS ou falsamente altos na PAD. Outro aspecto a ser considerado, a grande variação da PA nos idosos, faz-se com que a MAPA seja uma ferramenta útil e mais presente. Outra ferramenta importante, é a manobra de Osler, especialmente útil na suspeita de pseudo-hipertensão. Em gestantes, a MAPA e a MRPA também são métodos válidos, devido à ocorrência comum de HAB e HM. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A abordagem terapêutica da PA elevada, por seu turno, inclui medidas não medicamentosas e uso de fármacos anti-hipertensivos, com a finalidade de reduzir a PA, proteger os órgãos-alvos, prevenir desfechos CV bem como renais. Intervenções dietéticas e atividades físicas de média a alta intensidade têm se mostrado eficazes na redução da PA, em que pese o fator limitante da perda de adesão a médio e longo prazo. Por outro lado, o uso de fármacos anti-hipertensivos em hipertensos demonstrou redução significativa da mortalidade CV, AVC, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca. Assim, a decisão terapêutica deve basear-se não somente no nível da PA, mas também na presença de FR, LOA e/ou doença cardiovascular estabelecida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Paciente hipertensos costumam apresentar outras comorbidades que afetam o risco cardiovascular assim como as estratégias de tratamento. O número dessas comorbidades aumentam com a idade. Dessas, as mais comuns são, a saber: doença cardiovascular (doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca), doença renal crônica e doença pulmonar obstrutiva crônica. Uma forte interação epidemiológica existe entre doença arterial coronariana e hipertensão, a qual responde por 25% a 30% dos infartos agudo do miocárdio (IAM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS é o principal fator de risco para os acidentes vasculares cerebrais, tanto isquêmico quanto hemorrágico bem como para o desenvolvimento e progressão da albuminúria e doença renal crônica; além de ser fator de risco para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca, seja com fração de ejeção reduzida ou preservada. Assim, o controle da PA é fundamental, e nestes casos, prementes, e para tanto, o uso das medicações adequadas e regulares e mudança nos estilos de vida recomendam-se e fazem-se necessários (UNGER et al., 2020).

Políticas públicas de saúde somadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação configuram métodos para prevenção do desenvolvimento da HA. As ações implicam no diagnóstico precoce, tratamento contínuo, controle da PA e FR associados, mediante à modificação do estilo de vida e/ou uso regular dos medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Assim, a hipertensão pode ser manejada por meio da redução do estresse mental, monitorização regular da PA e consultando com profissionais da área da saúde, tratamento da HAS bem como manejo de outras condições de saúde. Cessação do tabagismo e alcoolismo, bem como melhorias na dieta e prática de atividade física, contribuem na redução dos sintomas assim como dos fatores de risco da HAS (WHO, 2020).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Hipertensão Arterial Sistêmica não controlada”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo). Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nó crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

O objeto de estudo nasceu sobretudo em decorrência da necessidade de diminuir a situação da alta prevalência, em termos estatísticos/populacionais de hipertensão arterial sistêmica na comunidade assistida, e também, em termos longitudinais, no sentido de haver pacientes com o registro de PA elevada nas triagens de consultas prévias sequenciais. Observou-se, ao longo de um período de tempo significativo, de semestres, sem que nenhuma intervenção estivesse sendo feito de forma a diagnosticar e/ou controlar a Hipertensão Arterial Sistêmica, tanto pelos profissionais de saúde como pelos próprios pacientes.

Estes pacientes mostraram, durante e posteriormente às consultas, agir na contramão do processo terapêutico orientado, o que revelou a necessidade de haver uma ação imediata e persistente da parte de todos os envolvidos, sem exceção, como fator adjuvante à terapêutica.

6.2 Explicação do problema selecionado

A hipertensão arterial sistêmica, como é sabido, colabora para a morbimortalidade de inúmeras doenças bem como constitui fator de risco de/para várias patologias, tais como acidente vascular cerebral - AVC (principalmente o hemorrágico) e moléstias cardiovasculares.

Semelhantemente, sabendo que a prevalência da HAS varia conforme as mais diferentes variáveis e grupos populacionais estudados, fez-se necessário conhecer a população hipertensa, sob os seus mais variados aspectos e fatores de risco associados presentes. Dessa forma, a partir dessas “subdivisões”, é possível entender melhor os “subgrupos” de modo a poder atuar no controle e na intervenção de modo mais adequado e preciso. É preciso, também, poder adquirir evidências quanto a efetividade dessas mesmas intervenções.

A HAS apresenta causas de natureza as mais diversas, indo desde causas consideradas primárias até as secundárias, abarcando doenças outras, como doença renal crônica, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono, causas endócrinas, induzidas por medicamentos, hipertensão arterial resistente, apenas para ficar em alguns exemplos, numa demonstração da importância de se estabelecer seu real quadro, dada a sua abrangência e correlatos fatores subjacentes.

6.3 Seleção dos nós críticos

Na sequência, buscou-se estabelecer as causas do problema da falta do controle da HAS e, em consequência, do diagnóstico “de facto”, na tentativa de aprofundar e desenvolver explicações para a sua instalação.

Nesse sentido, contudo, não se pode esquecer da interligação existente entre essas mesmas causas e fatores de risco existentes. Por exemplo, verificou-se que os idosos apresentavam muito mais dificuldade à adesão medicamentosa e tomada adequada da medicação do que os demais grupos etários. Nessa mesma linha, detectou-se os fatores do analfabetismo e/ou baixa escolaridade, pacientes com escasso suporte familiar e/ou social; além dos pacientes com comorbidades e em

uso de múltiplos medicamentos como “fator dificultador”, além da baixa adesão propriamente dita, demonstrando a amplitude de que se trata não só de tratar e abordar a HAS exclusivamente, fato este com implicações múltiplas, da anamnese até às intervenções.

Assim, os principais nós críticos selecionados foram:

- Não adesão ou pouca adesão dos pacientes às práticas preventivas e de estilo de vida saudável e hábitos alimentares não saudáveis;
- Sedentarismo e pouca prática de atividades físicas;
- Baixa adesão/não adesão/ adesão irregular ou equivocada dos medicamentos de um modo geral, e anti-hipertensivos, em específico.

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

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hipertensão arterial sistêmica descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Belém Novo, do município Porto Alegre/RS.

Nó crítico 1	Não adesão ou pouca adesão dos pacientes às práticas preventivas e de estilo de vida saudáveis
6º passo: operação (operações)	Implementação de grupo operativo voltado para a promoção de hábitos saudáveis. Criação de feiras alimentares locais.
6º passo: projeto	“Alimente-se”. “Educa-se”.
6º passo: resultados esperados	Redução ponderal dos pacientes indicados bem como ajuste respectivo do seu IMC para níveis adequados. Reduzir o consumo excessivo de sal, de alimentos ultraprocessados e ingestão de álcool porventura existentes.
6º passo: produtos esperados	Criação de feiras mensais e/ou semanais, estimulando a produção local de produtos mais naturais.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Profissionais da Saúde (médico, enfermeiro e nutricionista) e de outras áreas da sociedade (produtores agrícolas, comerciantes). Financeiro: Materiais pedagógicos da secretaria municipal de saúde. Mais recursos humanos. Incentivo e recursos financeiros da Prefeitura para o providenciar dos materiais físicos. Político: Disponibilização do espaço físico para sua realização/concretização.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Reunir os profissionais em torno de um mesmo objetivo comum num contexto contemporâneo de individualismo e objetivos pessoais bem como da fragmentação consequente. Político: Disponibilização do local para a realização bem como de sua conservação e preservação. Financeiro: Mais recursos monetários para os materiais. Mais recursos humanos com relação tanto aos profissionais envolvidos e necessários quanto para a capacitação destes.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria municipal de saúde. Setor de Comunicação Social. Setor do Meio Ambiente e Setor de Parcerias Estratégicas. Desenvolvimento econômico, Planejamento e Gestão e Desenvolvimento Social.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe NASF e da Atenção Primária de Saúde. Prazo de 90 dias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento e avaliação das ações por meio de reuniões da equipe, discussões de casos e registro dos dados tanto em planilhas do excell e arquivamento em no google drive do email da UBS quanto nos sistemas de informação do município.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “hipertensão arterial sistêmica descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Belém Novo, do município Porto Alegre/RS.

Nó crítico 2	Sedentarismo e pouca prática de atividades físicas.
6º passo: operação (operações)	Implementação de grupo operativo para a realização de atividade física, supervisionado e acompanhado por profissional da saúde habilitado.
6º passo: projeto	“Exercite-se”.
6º passo: resultados esperados	Redução do IMC e combate de demais comorbidades correlatas, tais como dislipidemia. Melhora da qualidade de vida.
6º passo: produtos esperados	Formação de grupos específicos para atividade física, e manter o seguimento periódico dos pacientes.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Profissionais da saúde adequados e habilitados. Financeiro: Recursos para a provisão dos materiais necessários às práticas associadas. Político: Organização dos espaços fechados e/ou abertas para as referidas práticas, bem como a manutenção e conservação destes.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Profissionais disponíveis e participem com vínculos mais estáveis. Político: Parcerias com outros órgãos no sentido de realização de ações sincrônicas e em sintonia. Financeiro: Recursos necessários para a implementação de forma qualificada e contínua.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria municipal de saúde. Secretaria municipal da cultura. Atividades lúdicas e associadas a arte (por exemplo, estimular as práticas das atividades físicas através da dança).
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	NASF e equipe da Atenção Primária em questão. 90 dias. Educador físico, médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Exames laboratoriais de rotina. Aferição dos sinais (PA, IMC, CA e demais).

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Hipertensão arterial sistêmica descompensada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Belém Novo, do município Porto Alegre/RS.

Nó crítico 3	Baixa adesão/não adesão/ adesão irregular ou equivocada dos medicamentos
6º passo: operação (operações)	Formação de grupos operativos (retomada do hiperdia), com foco nesses pontos de modo a realizar os reajustes e a mudança de conduta dos pacientes em direção a essas adequações e ajustes.
6º passo: projeto	“Remédio todo dia e da forma correta”
6º passo: resultados esperados	Tomada correta dos medicamentos bem como e principalmente passar a ter a hipertensão arterial sistêmica controlada.
6º passo: produtos esperados	Ter o grupo operativo hiperdia em funcionamento com presença periódica dos pacientes em direção às mudanças já supracitadas. Com o adicional de ter a presença da psicologia no sentido de promover as mudanças comportamentais e motivacionais para ocorrer as mudanças de conduta individuais e a sua manutenção ao longo do tempo por meio da motivação e entendimento do porquê dessas ações.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Profissionais da saúde (multidisciplinar e multiprofissionalismo). Financeiro: Recursos para a confecção de produtos promotores em educação em saúde (para doenças crônicas especialmente) para os pacientes (público-alvo). Político: Organização de espaços adequados com estruturas boas para os encontros, palestras e discussões dos casos.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Presença dos profissionais e sua manutenção. Político: Condições de investimentos nos referidos locais. Financeiro: Limitação no provisionamento dos materiais pedagógicos referidos (tanto na sua confecção quanto distribuição).
8º passo: controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Distribuição de convites para a participação dos encontros pelas ACS bem como dos materiais educativos nesses mesmos encontros como forma de estimular a vinda e atuação dos pacientes.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Psicólogo, médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Prazo de 90 dias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Renovação de receitas de medicamentos contínuos associada a tais encontros e participação (controle glicêmico e controle pressórico e registro das aferições e uso dos medicamentos).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o contexto e as experiências de contato com pacientes apresentando comorbidades no âmbito da Atenção Primária de Saúde, em especial a hipertensão arterial sistêmica, pela sua alta prevalência, percebeu-se a associação dos hábitos de vida pouco saudáveis (seja através da alimentação seja através da pouca atividade física, entre outros fatores) dos pacientes com essas mesmas condições. Ademais, notou-se num primeiro momento, reduzido conhecimento acerca de métodos mais saudáveis, além da necessidade da implementação de uma mudança de prática diária de estilo de vida, que foi o maior desafio observado e objetivo do trabalho e dos presentes planos operativos.

Os efeitos desejados a curto, médio e certamente a longo prazo são os melhores, não somente no desenvolvimento do bem-estar dos pacientes como também e principalmente na melhoria de suas condições de saúde, alterações e reversões das comorbidades de um modo geral.

Por fim, tratou-se do acompanhamento dos pacientes e de pessoas próximas quando era necessário para confirmar a tomada dos medicamentos tais como estava sendo prescrito. Notou-se a compensação da HAS na maioria dos pacientes. Assim, apenas poucos casos no final permaneceram refratários e com necessidade de encaminhamento à Atenção Especializada, neste caso, a saber, a cardiologia. O fator preponderante para a melhora foi o ajuste das medicações, bem como o seguimento do tratamento. O ajuste se deu de várias formas e dependeu de cada caso, ora por aumento da dose do medicamento em uso, outras vezes por troca da medicação, ora pela adição de outros medicamentos de forma gradativa, escalonada e criteriosa.

Ainda há de se destacar que os fatores de risco, tais como obesidade, sedentarismo, entre outros, oriundos de hábitos de vida inadequados, mostraram-se também presentes como elementos adjuntos à descompensação tanto em casos isolados como nos casos associados ao uso medicamentoso inadequado. Dessa forma, os planos operativos voltados para alimentação e atividade física não só de forma preventiva, mas também terapêutica e total na abrangência e cobertura dos casos. Interferiram no sentido da mudança relatada, concomitante e complementarmente ao aspecto medicamentoso, que como também se sabe, é fator secundário no manejo de comorbidades crônicas de um modo geral.

Tal melhoria exposta, é bom frisar, relaciona-se tanto no sentido quantitativo quanto no sentido qualitativo do termo. A dificuldade maior talvez esteja no fato justamente de que como é um processo que leva tempo, o fato das pessoas de um modo geral (pacientes e profissionais envolvidos) não observarem resultados imediatos e significativos a primeira vista d'olhos, possa gerar um desalento e por conseguinte uma interrupção das intervenções. Portanto, é preciso desmistificar esse cenário, reforçando a presença e retorno dos referidos resultados, dentro dessa longitudinalidade, apesar da complexidade e incertezas de cada caso.

A viabilidade da aplicação das referidas ações frente aos diferentes atores sociais presentes, mostrou-se condizente e em condições de aplicabilidade. Porém, dado o caráter permanente de tais ações, o futuro desafio já prognosticado seria, justamente, a sua continuidade, pois é necessário um “refazimento” e manutenção de suas práticas, o que dependerá destes mesmos atores, recursos, profissionais e dos próprios pacientes. Por isso, enfatizou-se simultaneamente às práticas, a conscientização, objetivo também da presente obra escrita, para que por meio desta, essa mesma continuidade possa não se desfalecer.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

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**. Brasília-DF, Cadernos de Atenção Básica, n. 37, 2013.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf . Acesso em: 6 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão (pressão alta): o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção**. Saúde de A a Z. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 6 set. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 6 set. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 6 set. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 6 set. 2020.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. **ESC/ESH Arterial Hypertension (Management of) Guidelines**: ESC Clinical Practice Guidelines. France, 2019. Disponível em: <<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Arterial-Hypertension-Management-of>>. Acesso em: 6 out. 2019.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2019.

FRANCO, S. C.; **Porto Alegre: guia histórico**. 2. Ed. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE. **Hypertension**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1>. Acesso em 15 set. 2020.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=844>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 104, n. 3, p. 1-108, set. 2016. Suplemento 3.

UNGER, T. et al. 2020 ISH Global Hypertension Practice Guidelines. **Hypertension**, AHA, v. 75, n. 6, p. 1334-1357, jun. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>>. Acesso em: 15 set. 2020.