

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

ERICK OSCAR PINA NAPAL

**RODA DE CONVERSA PARA TROCA DE CONHECIMENTO EM
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE
SAÚDE DE SANTA CLARA NO MUNICÍPIO DE VIÇOSA**

UBÁ – MINAS GERAIS

2016

ERICK OSCAR PINA NAPAL

**RODA DE CONVERSA PARA TROCA DE CONHECIMENTO EM
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE
SAÚDE DE SANTA CLARA NO MUNICÍPIO DE VIÇOSA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial
para obtenção do título de especialista
em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal do
Triângulo Mineiro

Orientadora: Prof^a Dr^a Isabel Aparecida
Porcatti de Walsh

UBÁ – MINAS GERAIS

2016

ERICK OSCAR PINA NAPAL

**RODA DE CONVERSA PARA TROCA DE CONHECIMENTO EM
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE
SAÚDE DE SANTA CLARA NO MUNICÍPIO DE VIÇOSA**

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - Universidade Federal do
Triângulo Mineiro - UFTM

Prof. Dr^a. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro
- UFTM

Aprovado em 29 de novembro de 2016.

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha família, especialmente a minha mãe, Ysabel da Caridad Napal Alcaide, que com muita paciência espera por um filho sempre longe, mais no seu cumprimento de seu dever.

Agradecimentos

Agradeço a Base Pedagógica da Universidade Federal de Minas Gerais, por sua dedicação especial neste curso, aos coordenadores que com muita paciência nos ajudaram conquistar a meta proposta, ao Brasil por me permitir participar desta experiência maravilhosa, mas de forma exclusiva a minha esposa Jeannette de los Angeles Melendez Carmenates por me acompanhar em todos os momentos difíceis desta bela parte de nossas vidas.

Resumo

Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde de usuários com Hipertensão PSF Santa Clara, Viçosa MG. Elaborou-se um diagnóstico situacional de saúde no território de abrangência. Foram obtidas informações pela estimativa rápida, nos registros do Sistema de Informação da Atenção Básica e por meio de entrevistas com informantes da unidade e a população. Os dados obtidos sobre a população possibilitaram a identificação de alguns problemas, sendo eleito como prioritário o problema do elevado número de usuários com Hipertensão Arterial sem acompanhamento adequado e a necessidade de fortalecer o trabalho educativo com a população alvo de doenças crônicas não transmissíveis. Detectaram-se as causas do problema e, a partir delas, foi elaborado um projeto de intervenção com detalhamento de resultados, produtos esperados e os recursos necessários para concretização das ações. Os resultados obtidos foram o incremento do acompanhamento aos 821 usuários com Hipertensão Arterial, todos os cadastrados têm consultas em dia, com registro adequado nos documentos estabelecidos pelo trabalho na unidade como ficha de registro individual, ficha espelho, livro de registro de usuários e planilha de coleta de dados, 99% dos usuários com hipertensão têm prescrição e usam medicamentos da farmácia popular, 100% têm exames complementares em dia, foram fornecidas na totalidade orientações sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, tabagismo e saúde bucal, a população recebeu informações sobre fatores de risco, estilo de vida saudável e direitos no SUS, a equipe capacitou-se de forma teórico prática e mantém uma frequência de atualização estabelecida na unidade, adotou-se os protocolos de Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde atualizados no ano 2013 como documentos oficiais pelo trabalho.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica, Hipertensão Arterial Sistêmica.

ABSTRACT

This work had as objective to improve health care for users with hypertension ESF SANTA CLARA, VIÇOSA, MG. Was elaborated a situational diagnosis of health in the territory of coverage. Information was obtained by rapid assessment, in the records of the Information System of the basic attention and through interviews with the informants of unit and the population. Arterial hypertension without adequate monitoring and the need to strengthen the educational work with the target population of chronic non-communicable diseases. Detected if the causes of the problem and from them was developed a project of intervention with the detailing of results, products expected and the resources needed to implement the actions. The results obtained were the increment of monitoring to 821 users with arterial hypertension, all registered have consultations in day, with appropriate record in documents established by work in the unit as the connector of individual record, mirror connector, Book of record of users and worksheet data collection, 99% of users with hypertension have prescription and use medicines of popular pharmacy, 100% have complementary exams in day, were provided to guidance on healthy eating, practice of physical exercises, smoking and oral health, The population received information about risk factors, healthy life style and rights in the SUS, the team trained to theoretical practice and maintain form an update frequency Established in the unit, we adopted the protocols of Arterial Hypertension of the Ministry of Health updated on the year 2013 as official documents by work.

Keywords: Family Health; Primary Health Care; Chronic Disease; Hypertension.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Quadro1 - Priorização para os principais problemas de saúde identificados na equipe Santa Clara viçosa/ Minas Gerais

Quadro 2 - Desenho de operações para os nós críticos na equipe Santa Clara viçosa/ Minas Gerais

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos na equipe Santa Clara Viçosa/ Minas Gerais

Quadro 4 - Análise e viabilidade do plano na equipe Santa Clara Viçosa/ Minas Gerais

Quadro 5 - Plano Operativo na equipe Santa Clara Viçosa/ Minas Gerais

Quadro 6 – Planilha de acompanhamento na equipe Santa Clara Viçosa/ Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
6 PLANO DE AÇÃO	23
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

Viçosa é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Está localizado na mesorregião zona do bosque. É a nona maior cidade da região. Localiza-se na “latitude 20°45’14” sul, e a longitude 42°52’55” oeste, estando a uma altitude de 648 metros. Possui uma área de 299,42 km² e sua população estimada em 2015 era de 77,31 mil habitantes e o IDHM em 2010 de 0,775. Tem um clima subtropical e as temperaturas têm um alcance de 10-23 grau, densidade demográfica de (hab/km) 216,2 e expectativa de vida de 74,0 anos. Encontra-se a 230 km de Belo Horizonte. (IBGE, 2014)

Ainda de acordo com o IBGE (2014), do total da população de Viçosa, aproximadamente 93,20% vive na zona urbana e 6,80% na zona rural. Além disso, cerca de 85% desta população possui abastecimento de água tratada e coleta de esgoto.

Quanto aos aspectos socioeconômicos, na comunidade da equipe de saúde Santa Clara cerca de 61% das pessoas encontram-se empregadas, sendo os principais postos de trabalho no comercio (IBGE, 2014).

A história de Viçosa se inicia, propriamente, no século XIX. Foi em 1800, segundo apontamentos eclesiásticos que o Padre Francisco José da Silva obteve do bispado de Mariana permissão para erigir uma ermida em homenagem a Santa Rita de Cássia, na região que hoje abrange o Município. No local se formou o povoado que tomou o nome a essa invocação e mais tarde, já em 1832, foi mudado para Santa Rita do Turvo. (IBGE, 2013)

A construção da ermida e a fertilidade das terras atraíram habitantes de municípios vizinhos, principalmente de Mariana, Ouro Preto e Piranga, levando o povoado a crescer e se desenvolver. Em 1814 ainda existiam na região, remanescentes de tribos indígenas; mais tarde, chegou o elemento africano, trazido pelos portugueses, preferido por sua robustez e docilidade para o trabalho do campo. (IBGE, 2013)

O distrito de Santa Rita do Turvo foi criado Em 1832, pelo então Presidente do Conselho da Regência Trina do Império, Pe. Diogo Antônio Feijó; o município surgiu em 1871. Na oportunidade da elevação da vila à categoria de cidade, em 1876, trocou-se o topônimo para o de Viçosa de Santa

Rita, em homenagem ao Bispo D. Viçoso, da Arquidiocese de Mariana. (IBGE, 2013)

Formação Administrativa: O Distrito de Santa Rita do Turvo foi criado por decreto de 14 de julho de 1832 e o Município do mesmo nome pela Lei provincial nº 1.817, de 30 de setembro de 1871, com território desmembrado dos municípios de Ubá, Ponte Nova e Mariana. A 22 de janeiro de 1873, efetivou-se a instalação e, três anos após, foi a vila elevada à categoria de cidade, com o nome de Viçosa de Santa Rita, por Lei provincial nº 2.216, de 3 de junho de 1876. (IBGE, 2013)

Em 1911 compunha o Município, então denominado Viçosa, os distritos da sede, Teixeira, São Miguel do Anta, Coimbra, Erval, Araponga, São Vicente do Grama e Pedra do Anta, assim figurando no Recenseamento Geral de 1920. Pela Lei estadual nº 843, de 7 de setembro de 1923, criou-se o distrito do Canaã, com território desmembrado do de São Miguel do Anta, passando a 9 o número de distritos. A partir de 1938 sofreu desmembramentos aparecendo em 1940 com apenas 5 distritos: Viçosa Cajuri, Canaã, Coimbra e São Miguel do Anta. Em 1950 era formado dos distritos de Viçosa, Cajuri, Canaã e São Miguel do Anta. No Censo de 1960 já aparecia somente com o de Viçosa e Cajuri. (IBGE, 2013)

Pela Lei nº 2.764, de 31 de dezembro de 1962 o distrito de Cajuri foi elevado a Município, criando-se os distritos de Cachoeira de Santa Cruz e Silvestre, ainda não instalados. A Comarca de Viçosa foi criada pelo Decreto estadual nº 230, de 10 de novembro de 1890. (IBGE, 2013)

A Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa conta com uma ampla rede de atendimentos formada por unidades básicas de saúde nos bairros, unidades do programa saúde da família, possui 15 unidades de saúde e dois hospitais. No município existem dez unidades com estratégia de saúde da família, três UBS tradicionais, um núcleo de apoio à saúde da família (NASF), um centro de especialidades de saúde (CES), um centro de fisioterapia e reabilitação e Farmácia popular. As unidades da atenção básica são administradas e de subordinação direta à prefeitura municipal.

Existe um centro de especialidades odontológicas mais todos os postos médicos não têm serviços odontológicos. Há boa disponibilidade pela realização de exames complementares mais alguns deles são demorados,

como os estudos radiológicos por imagem. Existe disponibilidade de quase todas as especialidades no território, além do apoio do município Ponte Nova, com algumas como: oncologia, nefrologia, pneumologia, infectologia, cirurgia cardiovascular entre outras. Poucas vezes os usuários são encaminhados para unidades de Belo Horizonte. Uma necessidade é a especialidade de Hematologista que não está disponibilizada pelo SUS.

O atendimento de urgência é um problema sentido pela população, e ainda quando existiam dois hospitais com pronto atendimento, há sérios problemas de funcionamento, razões pelas quais os postos de saúde têm uma sobrecarga neste aspecto.

As principais causas de morte verificadas na área de abrangência da PSF Santa Clara no município de Viçosa no ano de 2014 foram: doenças do aparelho circulatório (04); doenças do aparelho respiratório (02); causas infecciosas e parasitárias (01) e neoplasias (03).

O PSF Santa Clara do município Viçosa MG, é um posto antigo e estruturalmente é muito pequeno, tem quatro salas muito pequenas onde trabalha um médico de família, além disso, tem uma sala bem pequena para preventivo, sala de enfermagem, sala de reuniões pequena, uma cozinha, um banheiro comum para usuários e para empregados e uma sala de espera pequena onde muitas vezes os usuários têm que aguardar em pé.

A equipe está composta por um técnico de enfermagem, uma enfermeira, cinco agentes comunitários de saúde (de seis que deveria ter), uma higienizadora e uma administrativa. Ainda está faltando um agente comunitário de saúde, os cinco que são responsáveis por 218 famílias e uma área está descoberta. A equipe é bem legal, além de isso temos apoio do NASF, de um nutricionista, um pediatra, uma psicóloga e farmacêutica.

O PSF de Santa Clara no município de Viçosa do estado Minas Gerais tem uma população de 5200 habitantes, e 1027 famílias cadastradas, com uma agenda de trabalho bem organizada para as consultas, visitas domiciliares e outras atividades. A visita domiciliar é só uma tarde por semana para os usuários que têm problemas com o acesso na nossa unidade. Temos possibilidade de estudos, tecnologia de ponta e especialidades solicitadas. Trabalhamos com os grupos de idosos, atenção aos usuários com Hipertensão

e/ou Diabetes, gestantes, adolescentes, obesos, uma vez por mês disponibilizando diferentes temas e com apoio do NASF.

Uma vez por mês é feito o sábado do trabalhador e todas as quintas reunião de equipe. As urgências com perigos para a vida o que precise internamento para estudo e tratamento de sua doença são encaminhadas para os dois hospitais gerais.

A demanda é muito grande mais tentamos dar resposta rápida e de qualidade. Parte da população mora em áreas de invasão em condições higiênico ambientais pouco favoráveis, perto de onde trabalham. As casas são muitas como barracos e outras com condições irregulares, muito lixo nos arredores. Na região existe consumo de drogas, álcool, baixo nível de escolaridade, muitas crianças, adolescentes e mulheres em idade fértil, além disso, existem pessoas que têm animais como cavalos, aves como galinhas, cachorros, gatos e outros que ficam pertos ou dentro das vivendas entre outros riscos.

Na epidemiologia geral do PSF predominam adulto jovem e o nível de idosos é muito alto, de predomínio feminino. As doenças crônicas não transmissíveis predominantes são a Hipertensão Arterial, Diabete Mellitus, Hipotireoidismo e obesidade. Existem hábitos alimentares deficientes, consumo de álcool e drogas.

Das transmissíveis, a infecção respiratória aguda, micose, cárie dental e infecção vaginal e urinária são as mais frequentes. Existem alguns casos de HIV. O PSF tem área que são de risco para dengue, mais não houve casos neste ano.

Na análise situacional, foram observados os registros pertencentes à equipe Santa Clara, a rotina de trabalho dos profissionais na unidade, o contato com a população durante as visitas domiciliares e reuniões de grupo, consulta nos prontuários do paciente.

A equipe da saúde percebeu, assim, que os principais problemas de saúde existentes na área de abrangência são:

- Alta prevalência da hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
- Diabetes Mellitus
- Obesidade
- Transtornos mentais

-Desemprego

Identificados os problemas existentes na área de abrangência da equipe, a mesma escolheu como problema prioritário para este plano de trabalho a alta incidência da Hipertensão arterial Sistêmica resultante do inadequado controle dos fatores de risco pela equipe.

Sendo a hipertensão a doença que afeta grande parte dos usuários, foi através deste estudo que se percebeu que a equipe não tem o controle de todas as pessoas com risco, seja por antecedentes familiares ou fatores predisponentes como os fatores modificáveis (Obesidade; Tabagismo; Alcoolismo; Estresse e hábitos alimentares inadequados) e fatores não modificáveis (Idade, Raça e Genéticos (hereditários)). Além disso, pela múltipla causalidade da hipertensão, a equipe ainda não vem praticando uma abordagem adequada do problema do hipertenso, nem considerando os aspectos psicossociais. Percebeu-se também que a equipe, tem que trabalhar ainda mais na promoção e prevenção de esta doença crônica.

O trabalho com pessoas portadoras de doenças crônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial não está bem organizado, ainda quando dia a dia são atendidos muitos deles. O planejamento das consultas é feita de forma espontânea por solicitação deles mesmos e as causas fundamentais são renovação de receitas.

O grupo de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes funciona duas vezes por mês e a participação não é boa, muitos só participam algumas vezes. Assim, é necessária uma reorganização total da estratégia para estas doenças.

A promoção e prevenção de saúde, quando ainda não são as ferramentas exclusivas e única da atenção primária, são de vital importância para mudar hábitos e estilos de vida que formam parte do modo de vida de nossa população, mesmo assim nos últimos anos os meios audiovisuais são considerados vitais para estas ações, mais é possível também desenvolver um bom trabalho utilizando as tecnologias leves (escuta diálogo, vínculo, etc.).

2 JUSTIFICATIVA

Esta proposta de intervenção se justifica, pela necessidade dos pacientes do PSF de Santa Clara em Viçosa/Minas Gerais, de aumentar o conhecimento da hipertensão arterial seu fatores de risco modificáveis e suas complicações com o objetivo de melhorar do auto cuidado.

Em decorrência de um de uma promoção e prevenção dotado de fragilidades enfrentadas pela equipe, junto da falta de informações dos pacientes sobre a hipertensão, podem ocorrer inúmeros problemas como, por exemplo, a falta de tratamento contínuo, dieta inadequada, níveis pressóricos acima do que é preconizado pelo Ministério de Saúde, complicações, internações e até óbitos.

Pela magnitude da hipertensão, entende-se que todos os esforços devem ser feitos no sentido de realizar estudos que sejam direcionados em diagnosticar a doença precocemente, seus fatores de risco modificáveis, assim como realizar intervenções educativas para elevar o nível de conhecimento da população sobre a Hipertensão Arterial, os fatores de risco e a importância da adesão a hábitos saudáveis para sua prevenção. (Brasil, 2006)

As Rodas de Conversa são espaços privilegiados para a reflexão daqueles que são portadores de HAS, pois estas promovem sensibilização e motivação no que diz respeito principalmente, no uso de medicamentos (AFONSO; ABADE 2008). Esse espaço também visa conscientizar o paciente em relação ao tratamento como um todo.

Além disso, busca sensibilizar os usuários quanto a sua implicação e com o tratamento incitando à reflexão da responsabilização de cada um com o tratamento medicamentoso e não medicamentoso e conseqüentemente, com responsabilização de sua saúde. (ROSÁRIO et al, 2009).

A partir da roda de conversa, espera-se sanar dúvidas e receios dos pacientes Hipertensos participantes, tanto através de orientação específica dos profissionais, como também pela própria oportunidade de troca de experiência que eles terão. É intenção conseguir, apesar de se tratar de poucos encontros, estabelecer no grupo um clima de confiança entre os participantes, para que eles possam expor possíveis dúvidas, bem como levantar questionamentos, que venham a ser respondidos.

Considerando as complicações da Hipertensão, secundários a falta de conhecimento satisfatório, a plano alimentar inadequado, pouca prática de atividade física, não cumprimento da terapia medicamentosa e autocuidado deficiente, é comum que os pacientes tenham dúvidas. Partindo desta premissa, espera-se que como resultado deste projeto, as dúvidas apresentadas sejam solucionadas, fazendo com que os participantes possam vivenciar de forma mais tranquila a doença.

Após relação às experiências trocadas nas rodas, todos os participantes serão submetidos a um questionário avaliativo sobre as principais modificações através dos encontros em grupo.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para aumentar o nível de conhecimentos de pacientes com fatores de riscos modificáveis e complicações da hipertensão arterial no PSF Santa Clara Viçosa/ Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Este projeto de intervenção foi desenvolvido para o PSF Santa Clara em Viçosa/Minas Gerais. O método utilizado na elaboração do diagnóstico situacional foi a estimativa rápida. Analisando as informações encontradas, foi possível determinar os problemas de saúde que mais afetam os usuários que vivem naquela área de abrangência. A escolha deste método permitiu reconhecer de forma abrangente todos os problemas, Alta prevalência da hipertensão Arterial Sistêmica. A partir deste diagnóstico foram levantadas informações ideais para a elaboração do plano de ação seguindo os 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a elaboração deste projeto, foram utilizadas publicações disponíveis nas bases de dados do Ministério da Saúde, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, dentre outras. Além disso, foram fundamentais as buscas nos registros da equipe, também foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, SIAB, site eletrônico do Programa Hiperdia, DATASUS e da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares (WHO, 2011), sendo esta considerada um problema de saúde pública, em âmbito mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29% (TALAEI et al., 2014). Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5% (CESARINO et al., 2008; ROSÁRIO et al., 2009).

É definida como 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, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Em 95% dos casos, a causa da HAS é desconhecida, sendo chamada de HA primária ou essencial. Nesses pacientes, ocorre aumento da rigidez das paredes arteriais e a herança genética pode contribuir para o aparecimento da doença em 70% dos casos. Nos demais, ocorre a HAS secundária, ou seja, quando uma determinada causa predomina sobre as demais, embora outras possam estar presentes. É o caso da:

- HA por doença do parênquima renal,
- HA renovascular: provocada por algum problema nas artérias renais, onde o rim afetado produz substâncias que elevam a pressão arterial,
- HA por aldosteronismo primário,
- HA relacionada à gestação,
- HA relacionada ao uso de medicamentos, como corticosteroides, anticoncepcionais ou anti-inflamatórios,
- HA relacionada ao feocromocitoma: tumor que produz substâncias vasoconstritoras que aumentam a pressão arterial, produzem taquicardia, cefaleia e sudorese,
- HA relacionada a outras causas como coartação aórtica, doença de Takamatsu e doença do colágeno.

Além de isso existem fatores de riscos cardiovasculares como estresse psicológico, o sedentarismo, excesso de peso, ingestão aumentada de sal e álcool, tabagismo, dislipidemias (alterações nos níveis de colesterol e triglicérides), intolerância à glicose e diabetes Mellitus, ainda aguardam provas mais definitivas de participação como fatores de risco, embora existam evidências de que sua modificação pode ser benéfica no tratamento da hipertensão arterial. (KOHLMANN JR, 1999; V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial)

É uma condição que pode provocar danos e até mesmo a morte quando não diagnosticada e controlada, comenta o presidente da SBH e do XXIII Congresso, Dr. Mario Fritsch Neves sendo que 77% das pessoas com o primeiro episódio de AVC são hipertensas e ter a pressão alta aumenta de 4 a 6 vezes o risco de AVC. 75% das pessoas com (ICC) insuficiência cardíaca congestiva tem hipertensão arterial, 69% das pessoas com primeiro (IAM) infarto agudo do miocárdio tem pressão alta e a segunda principal causa de doença renal crônica é a hipertensão. Além de problemas como a disfunção erétil, demência e perda da visão. (XXIII Congresso Brasileiro de Hipertensão, 2015)

Durante XXIII Congresso Brasileiro de Hipertensão, organizado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), a preocupação com o crescimento da HAS foi relatada como uma realidade no mundo. Segundo o estudo de 2015 *Heart Disease and Stroke Statistics (Estatísticas sobre doenças cardíacas e infartos)*, de *American Heart Association*, o período pesquisado, de 2001 a 2011, a taxa de morte por hipertensão, em mais de 190 países aumentou 13,2%. (XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 2015)

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos 15 anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%). (ROSÁRIO et al., 2009; PEREIRA et al., 2009).

É considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001,

cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 47% por doença isquêmica do coração – DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; apud VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada. A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares (WHO, 2011).

Responsável por 9,4 milhões de milhões de mortes no mundo, segundo levantamento da Organização Mundial da Saúde, a HAS atinge 30% da população adulta brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil, de acordo com estimativas da SBH. (XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 2015)

O Brasil figura no sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas, infartos e hipertensão arterial, entre homens e mulheres de 35 a 74 anos. Rússia está em primeiro lugar com 1.639 (entre 100 mil pesquisados); Ucrânia em segundo, com 1.521; Romênia em terceiro, com 969; Brasil em sexto, com 552; e Estados Unidos em décimo, com 352. (XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 2015)

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma

prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010)

A preocupação é grande, pois apesar da redução de 30,8% nas taxas de morte por doença cardiovascular de 2001 a 2011, vemos a hipertensão arterial em uma tendência crescente”, comenta a Dra. Frida Plavnik, diretora da SBH. (XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 2015)

Segundo a pesquisa de risco global da HAS, em 2025 haverá 1,6 bilhão de pacientes no mundo. A hipertensão arterial é responsável por 10% de todo o custo global de saúde, com o gasto estimado em US\$ 370 bilhões de dólares por ano. Por tudo isso se faz imprescindível as estratégias da atenção primária de saúde com o objetivo de mudar estilo de vida que permita diminuir o número de casos novos e suas complicações

[...]Programa Saúde da Família (PSF) criou condições para a construção de um novo modelo assistencial em que a atenção à saúde está focalizada na família e na comunidade, utilizando práticas que visam estabelecer novas relações entre profissionais de saúde, indivíduos, suas famílias e comunidade A educação em saúde é considerada, atualmente, uma prática intrínseca ao projeto assistencial em todos os níveis de atenção à saúde, pois possibilita a organização de estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento de problemas no processo saúde-doença (SILVA et al, 2006 apud SALES, TAMAKI, 2007).

6 PLANO DE AÇÃO

A área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Santa Clara no município de Viçosa no Estado Minas Gerais têm uma população de 5200 habitante com 1027 família cadastradas e 821 pacientes com diagnóstico de HAS para um 15,7% todos com idades maior de 20 anos.

Entre os 821 pacientes diagnosticados, 503 (61,26%) são homens e 318 (38,73%) são mulheres.

Devido a relevância epidemiológica da HAS, e da falta de adesão ao tratamento pelos acometidos por esse agravo, o que implica dificuldade em aumentar o acompanhamento dos pacientes hipertensos através do Hiperdia, vislumbramos o projeto de intervenção a saúde *“Roda de Conversas para trocar conhecimento em pacientes com hipertensão arterial”*.

Esse projeto foi pensado para que permitisse a troca de experiências entre os participantes, a fim de fomentarmos a desconstrução de saberes em relação à HAS. Dessa forma estimular-se-iam a prevenção de complicações para esses indivíduos e possíveis mudanças de comportamentos relacionados aos fatores de risco para a HAS como tabagismo, sobrepeso, sedentarismo, etilismo e alimentação inadequada.

Nos dados levantados, identificou-se um conjunto de problemas da área de abrangência. Dentro da ordem de prioridade se encontram:

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
- Diabetes Mellitus
- Obesidade
- Transtornos mentais
- Desemprego

Quadro1 - Priorização para os principais problemas de saúde identificados na equipe Santa Clara viçosa/ Minas Gerais

Principais Problemas	Importância	Urgência (0 a 5 pontos)	Capacidade de enfrentamento	Seleção

Alta prevalência de HAS.	Alta	5	Dentro	1
Alta prevalência de pessoas com Diabetes Mellitus	Alta	4	Dentro	2
Transtornos mentais	Média	3	Parcial	3
Obesidade	Média	2	Fora	4
Desemprego	Média	1	Fora	5

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2016.

Quadro 2 - Desenho de operações para os nós críticos na equipe Santa Clara viçosa/ Minas Gerais

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados.	Saúde. Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir o 75% de pacientes hipertensos Descontrolados e complicados	Programa de palestras, programa campanha na rádio local sobre hábitos e estilos de vida saudáveis.	Político: Local. Unidades de apoio. Financeiros: Recursos audiovisuais, folhetos educativos e outros recursos de difusão.
Nível de informação baixo.	Saber. Aumentar o nível de informação da população	População mais informada sobre riscos e complicação	Avaliação do nível de informação da População	Cognitivo: - Conhecimento Sobre estratégias de comunicação

	sobre os riscos e complicações de HAS.	de HAS.	de riscos. Campanha Educativa. Capacitação dos agentes de saúde.	e pedagógicas. Político: Mobilização social.
Estrutura dos serviços de saúde.	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS.	Garantia de medicamento s e exames previstos nos protocolos para 80% de pacientes HAS.	Aumentar a quantidades de exames e interconsultas	Financeiros: Aumento das disponibilidades financeiras para exames e vagas para Interconsultas.
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema.	Linha de Cuidado. Implantar a linha de cuidado para os riscos e complicações de HAS Mecanismos de referências e contra referências com as especialidades.	Cobertura de 75% da população com HAS.	Linha de Cuidado para risco e complicação de HAS Protocolos implantados ; recursos. Humanos capacitados.	Cognitiva: Elaborar projeto da linha de cuidado e de protocolos. Política: articulação entre os setores da saúde e adesão dos Profissionais. Organizacional: Adequação de fluxos (Referência e Contra

Pouco conhecimento dos fatores de riscos modificáveis e complicações associados a HAS.	Saber. Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos modificáveis da HAS e suas complicações.	População mais informada sobre riscos e complicações da HAS.	Avaliação do nível de informação da população de riscos Campanha Educativa Capacitação dos agentes de saúde.	Referencia). Implantação do protocolo. Cognitivo: - Conhecimento Sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Político: Mobilização social.
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2016

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos na equipe Santa Clara Viçosa/ Minas Gerais

Operações/ projetos	Recursos críticos
Mais saúde	Político: conseguir o espaço na rádio local; difusão por automóvel falante. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Saber HAS	Político: articulação intersetorial. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Melhor estrutura	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Melhor cuidado	Político: articulação entre os setores

	da saúde e adesão dos profissionais. Financeiros: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
--	--

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2016.

Quadro 4 - Análise e viabilidade do plano na equipe Santa Clara Viçosa/ Minas Gerais

Operações/projetos	Recursos críticos	Controles de recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saúde. Modificar hábitos e estilos de vida inadequados.	Político: Local. Unidades de apoio, comunidades, Financeiros: Recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Setor de comunicação social Secretário de saúde.	Favorável Favorável	Não necessária
Saiba mais de HAS Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e complicações da HAS.	Financeiros: Recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Equipe de Saúde.	Favorável	Apresentar projeto.
Cuidar melhor. Estruturar os serviços de saúde	Político: Decisão de aumentar os	Prefeito municipal Secretaria	Indiferente	Apresentar projeto de estruturação

para melhorar a efetividade do cuidado.	recursos para estruturar os serviços Financeiro: Recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio de medicamentos , exames.	municipal de saúde Fundo nacional de saúde.	Favorável Favorável	o da rede.
Linha de cuidado. Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	Político: articulação entre os setores assistenciais de saúde.	Equipe da saúde	Favorável	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2016.

Quadro 5 -Plano Operativo na equipe Santa Clara Viçosa/ Minas Gerais

Projeto	Resultados esperados	Produtos	Estratégias	Responsável	Prazo
Saúde /Aprendendo com dieta saudável.	Elevar o conhecimento sobre alimentação saudável na população	Melhoria do conhecimento sobre as regras para a alimentação saudável, assim como as	Apresentar o projeto	Médico e enfermeira do ESF, nutricionista NASF. Coordenador de ABS.	Início em 2 meses com avaliações cada semestre.

		alternativas que tem para uma boa nutrição.			
Saiba mais de HAS /Conhecendo a HAS	Aumentar o conhecimento da população sobre HAS seus riscos e complicações	Melhoria do nível de informação da população sobre os riscos, complicações e da HAS, promoção e debates comunitários sobre o tema, capacitação dos ACS.	Apresentar o projeto	ESF, População.	Início em 2 meses com avaliações cada semestre Capacitação dos ACS em 1 mês.
Cuidar melhor /Projeto Melhor Controle.	Cumprir o mínimo de consultas agendadas de acordo com os protocolos de atendimento Facilitar Inter consulta	Capacitação do pessoal do ESF. Incrementar as consultas especializadas e exames para Hipertensos. Melhorar equipment	Apresentar o projeto	Equipe de saúde da família. Coordenador de ABS.	Capacitação em 2 meses Começar em 3 meses Avaliação cada semestre

	com especialista pra Controle da doença. Garantir exames e medicamentos previstos nos protocolos para 90% dos pacientes.	os dos ESF. Gerar maior número de consultas, atendimento domiciliar, dinâmicas de família, educação em saúde.			
Linha de cuidado. /Caminhad as por a vida.	Elevar a porcentagem de hipertensos que realizam exercícios físicos	Melhoria das quantidades de pessoas que realizam exercícios físicos.	Apresentar o projeto	Equipe de saúde da família, preparador físico NASF. Coordenador de ABS,	Apresentar projeto em 1 mês, Começar atividades em 3 meses

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2016.

Quadro 6 – Planilha de acompanhamento na equipe Santa Clara Viçosa/ Minas Gerais

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
<u>Mais saúde.</u>	Médico	3 meses	Programa a ser implementado	De feira
<u>Saber HAS</u>	Medico	3 meses	Programa a ser implementado	Aguardando audiovisuais

<u>Melhor Estrutura</u>	Secretaria de Saúde e chefe do PSF de Santa Clara Enfermeira	2 meses	Programa a ser implementado	Aguardando por execução
<u>Melhor Cuidado.</u>	Equipe de Saúde de Santa Clara	2 meses	Programa a ser implementado	Capacitação

Fonte: autor, 2016.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o sucesso desta proposta necessita-se da participação e empenho dos profissionais da equipe Santa Clara viçosa/ Minas Gerais. Para a melhoria do processo de trabalho devem ser desenvolvidas as ferramentas do acolhimento e educação permanente.

A melhoria do cuidado ao portador de HAS necessita de ações de prevenção e promoção da saúde, avaliação e monitoramento constante do acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde, para garantir os valores de níveis pressóricos como prevenção do risco cardiovascular.

As ferramentas a serem utilizadas dependem do empenho de cada profissional da equipe, atividades educativas, atividades como o acolhimento, a escuta qualificada, criação de vínculo, consultas individuais, visitas domiciliares abordando o tema para contribuir na solução dos problemas que surgem no decorrer da amamentação.

A equipe de saúde necessita ampliar suas habilidades, conhecimento e competências para lidar com o problema, levando ao usuário maior segurança no trabalho e participação no acompanhamento contínuo.

Com esta intervenção espera-se aumentar o conhecimento e envolvimento dos pacientes contribuindo com a melhor compreensão de sua doença e maior percepção do risco cardiovascular para evitar possíveis complicações, na tentativa de diminuir a mortalidade precoce por estas doenças.

REFERÊNCIAS

Afonso, L.M.M.; Abade, F.L. Para reinventar as Rodas. Redes de cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), Belo Horizonte, 2008. Publicação eletrônica. Disponível em http://www.recimam.org/wp-content/uploads/2013/08/PARA_REINVENTAR_AS_RODAS.pdf. Acesso em 20 de novembro de 2016.

BRASIL Sociedade Brasileira de Cardiologia 2006. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

BRASIL. XXIII Congresso Brasileiro de Hipertensão Agosto 2015. Rio de Janeiro. Brasil

CAMPOS, F. C. C.; Faria H. P.; Santos, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CESARINO CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Cardiol. 2008;91(1):31-5.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

Disponível em:

http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php?lang=_EN&codmun=317130&search=minas-gerais%7Cvicososa%7Cinphographics:-history. Acesso em 20/11/2016.

KOHLMANN Jr., Osvaldo et al . III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 257-286, Aug. 1999.

LAURENTI; EGRY. dialética do processo de trabalho da liga de hipertensão arterial. Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n.2, p. 297-309, ago. 1996.

PEREIRA, M. et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. J Hypertension, v. 27, n. 5, p. 963–975, 2009.

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card, p. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SALES, C., M; Tamaki, E., M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. Cogitare Enferm, v.12, n. 2, p 157- 63. Abr/jun 2007

TALAEI M, Sadeghi M, Mohammadifard N, Shokouh P, Oveisgharan S, Sarrafzadegan N. Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study. J Hyertension. 2014;32(1):30-8.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Nov. 2016

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva: World Health Organization; 2011.