

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

JANET HERNANDEZ FLORES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE
DE VIDA DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA ESPERANÇA, SANTOS
DUMONT, MINAS GERAIS.**

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS
2018**

JANET HERNANDEZ FLORES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE
DE VIDA DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA ESPERANÇA, SANTOS
DUMONT, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Fernanda Magalhaes Duarte Rocha.

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS
2018

JANET HERNANDEZ FLORES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE
DE VIDA DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA ESPERANÇA, SANTOS
DUMONT, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Fernanda Magalhães Duarte Rocha (orientadora)

Examinador 2 – Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de Maio de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu esposo, que é a maior fonte de inspiração para lograr meus objetivos, à meus pais e irmãos pelo apoio e ao Programa Mais Médicos para o Brasil.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos para minha enfermeira Jussara Albino por todo seu apoio.

Muito obrigada a minha orientadora Fernanda Magalhães por seus conselhos, e a todas as pessoas que fizeram possível o projeto.

RESUMO

A Hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível que tem alta prevalência e mortalidade no Brasil e no mundo, pelo qual o controle desta é importante, pois é considerado o principal fator de risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares. Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalho com pacientes hipertensos que tenham risco de desenvolver eventos cardiovasculares fatais e não fatais cadastrados no programa de atenção aos pacientes com hipertensão na Unidade de Saúde Vila Esperança do município Santos Dumont, Minas Gerais. O objetivo do estudo elaborar uma proposta de Intervenção para melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Vila Esperança, Santos Dumont, Minas Gerais. Neste estudo realizou-se revisão de literatura e plano de intervenção conforme planejamento estratégico situacional. Foram planejadas palestras educativas semanalmente na UBS sobre temas relacionados com alimentação saudável, prática de exercícios físicos, abandono de hábitos tóxicos, entre outros. Durante a intervenção irá melhorar-se as capacitações dos profissionais através da educação continuada e as atividades educativas de promoção de saúde. Espera-se que a equipe de saúde trabalhe com estímulo focado na busca da melhor qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic non-transmissible disease that has a high prevalence and mortality in Brazil and in the world, whereby its control is important, since it is considered the main risk factor for the development of cardiovascular complications. This intervention project is a proposal to work with hypertensive patients who are at risk of developing fatal and nonfatal cardiovascular events enrolled in the program of care for patients with hypertension at the Vila Esperança Health Unit in the city of Santos Dumont, Minas Gerais. The objective of the study was to elaborate a proposal of Intervention to improve the quality of life of hypertensive users enrolled in the Vila Esperança Basic Health Unit, Santos Dumont, Minas Gerais. In this study a literature review and intervention plan according to situational strategic planning was carried out. Educational lectures were planned weekly at UBS on topics related to healthy eating, physical exercise, abandonment of toxic habits, among others. During the intervention will improve the qualifications of professionals through continuing education and educational activities of health promotion. It is expected that the health team will work with stimulus focused on the search for the best quality of life of the patient.

Key words: Hypertension. Family Health Strategy. Health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Breves Informações sobre o Município.....	9
1.2 O Sistema Municipal de Saúde e a Equipe de Saúde da Família.....	10
1.3 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	10
1.4 Priorização dos problemas (segundo passo).....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo Geral.....	14
3.2 Objetivos Específicos.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
REVISÃO DE LITERATURA.....	17
5.1 Hipertensão arterial e Doença Cardiovascular.....	17
5.2 Fatores de risco e estratificação do risco cardiovascular.....	18
5.3 Estratégias de saúde de tratamento não farmacológico.....	18
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	20
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	20
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	20
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	21
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves Informações sobre o Município

A cidade de Santos Dumont encontra-se a 240 km de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais e a 45 km de Juiz de Fora, cidade polo e referência regional, onde se encontra a Gerência Regional de Saúde (GRS), responsável pelo município. Possui uma população estimada de 46.208 habitantes, maioria mulheres, com predomínio da faixa etária compreendida entre 20-29 anos de idade. A grande maioria da população encontra-se em área urbana (IBGE, 2010).

O município surgiu ao longo do “Caminho Novo” criado por bandeirantes, durante o final do século XVII, tendo o processo de desenvolvimento da cidade se iniciado a partir de 1709 (IBGE, 2010). Em 1889, o município recebeu o nome de Palmira, que foi modificado em 1932, em homenagem ao seu ilustre filho, Santos Dumont, considerado o Pai da Aviação (IBGE, 2010).

As principais atividades econômicas são a agropecuária e a indústria e como indicadores demográficos importantes do município tem-se: área total de 637.373 km², concentração habitacional de 72,62 hab./km², aproximadamente 14.680 domicílios e 12.118 famílias, índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,741, renda média familiar de R\$ 1.937, percentual de abastecimento de água tratada em 80% dos domicílios e percentual de recolhimento de esgoto por rede pública de 70% dos domicílios (IBGE, 2010).

Outros dados de interesse são: taxas de crescimento anual de 0,32%; taxa de escolarização de 40.317 habitantes alfabetizados, representando um total de 85,5% da população total do município. O município ocupa a 389^a posição no Índice de Desenvolvimento Econômico (IDE) da educação no país. Destaca-se que a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 29,29% e o percentual de usuários dependentes da assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de 95% (IBGE, 2014).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde e a Equipe de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no município a partir do ano de 1994 e, atualmente, existem 10 equipes que cobrem um total de 78% da população total da cidade. Há um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o sistema de referência e contra referência funciona localmente com atendimento de consultas de especialistas existentes no município como: urologia, ortopedia, dermatologista, cardiologia e, em casos mais complexos, esse atendimento especializado é feito em Juiz de Fora, cidade referência regional. No município, o sistema de referência e contra referência é deficiente, pois não existe o retorno em tempo adequado para as necessidades da equipe e do paciente.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) Vila Esperança, objeto de estudo deste trabalho, foi criada em Setembro de 2012. Possui uma população de 2576 pessoas com cerca de 910 famílias (SIAB, 2014), com um horário de funcionamento de 07:00 às 16:00 h. Está situada na Rua Antônio Patície da Comunidade Vila Esperança, cidade Santos Dumont.

Na unidade de saúde trabalham um total de 10 pessoas: dois médicos, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS).

A área física é composta por várias dependências: uma sala de espera, uma recepção, um posto de enfermagem, uma sala de vacinação, 3 consultórios multidisciplinares, uma sala de curativos e áreas afins, como banheiros, almoxarifado.

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

A maioria da população é constituída por população carente e os principais problemas identificados pela UBS Vila Esperança são: alto número de pacientes hipertensos; tendo em vista que os óbitos na área de abrangência da equipe acometem pessoas de faixa etária mais avançada, sendo alguns relacionados ao infarto do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE) de pessoas com doenças de base, como Hipertensão Arterial (SIAB, 2014). Também alto número de pacientes diabéticos (SIAB, 2014); os transtornos nutricionais como obesidade, dislipidemias; alto número de

pacientes com uso de psicofarmacos; alto consumo de álcool e drogas ilícitas; baixa resolutividade na atenção com relação às dificuldades do município para garantir as consultas com especialistas da atenção secundária.

1.4 Priorização dos problemas (segundo passo)

Uma vez identificados os problemas, por meio do método de estimativa rápida, procedeu-se à priorização dos mesmos e o problema de maior relevância foi o alto numero de pacientes hipertensos na população.

O cuidado integral da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e suas complicações são um desafio para a equipe de saúde da família Vila Esperança, pois ela é uma doença comum e de prevalência crescente, apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida, e representa um importante problema de saúde no Brasil e no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco pra o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas.

Em uma década, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à HAS (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 (RADOVANOVIC et al, 2014)

Os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que nas últimas décadas, das 50 milhões de mortes as DCV foram responsáveis por 30% desta mortalidade, ou seja, 17 milhões por doenças cardiovasculares e segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil e atualmente o país possui 17 milhões de pessoas que sofrem de hipertensão. A doença atinge em média de 30% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade no país. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular cerebral (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (SIMAO; et al, 2013).

Em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG) estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MINAS GERAIS, 2006). Neste estado vários estudos mostram a alta prevalência de doenças cardiovasculares associadas a fatores de risco modificáveis em pacientes hipertensos com estilos de vida

inadequados e escasso controle da doença; sendo as Doenças Cardiovasculares (DCV) a primeira causa de morte desta região do Brasil.

No município de Santos Dumont, o número de pessoas com hipertensão vem crescendo a cada ano, acometendo cerca de 10% da população, com 4.042 casos já diagnosticados e cadastrados. Apesar de a maioria ser acompanhado (cerca de 87,%), faz-se necessário acompanhar os demais pacientes e avaliar o monitoramento de todos (SIAB, 2014).

A identificação dos fatores de risco modificáveis de maior prevalência populacional como: hábito de fumar, sedentarismo, alimentação inadequada, uso excessivo de álcool, obesidade, entre outros, e a elaboração de atividades programadas bem conduzidas baseadas em estratégias de intervenção para prevenir doenças cardiovasculares em hipertensos em vários países, conseguiram reduzir de forma expressiva o risco cardiovascular destes pacientes. Estabelecendo como meta a Organização Mundial da Saúde a partir do perfil epidemiológico e destes programas a redução de 25% das Doenças Cardiovasculares até o ano de 2025.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de arteriosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (BRASIL, 2013).

Considerando que a realidade epidemiológica no Brasil e do município de Santos Dumont, estado Minas Gerais, apresenta índices alarmantes de mortes por DCV dentre todas as outras causas relacionadas, a utilização de estratégias de tratamento não farmacológico baseadas nas mudanças do estilo de vida, na prevenção de fatores de risco cardiovascular dos pacientes hipertensos na atenção primária da saúde, implica num trabalho em equipe com apoio de agentes comunitários que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco.

O tratamento não farmacológico no processo terapêutico em pacientes hipertensos é de fundamental importância para diminuir o risco cardiovascular, estimando a OMS que $\frac{3}{4}$ da mortalidade podem ser diminuída com mudanças no estilo de vida como: alimentação adequada, sobre tudo quanto ao consumo de sal, prática de atividade física, controle de peso, entre outras.

Devido à alta morbimortalidade por doenças cardiovasculares faz se necessário adotar estratégias de promoção de saúde para realizar intervenções preventivas que abordem mudanças do estilo de vida em pacientes hipertensos em UBS Vila Esperança, município Santos Dumont, estado de Minas Gerais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de Intervenção para melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Vila Esperança, Santos Dumont, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

Reduzir o risco cardiovascular com estratégias de tratamento não farmacológico em pacientes hipertensos da área de abrangência.

Diminuir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares dos usuários hipertensos da UBS Vila Esperança, Santos Dumont/ Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Este é um projeto de intervenção que realizamos na UBS Vila Esperança e foi desenvolvido no período de seis meses, de junho de 2017 a novembro de 2017, para a realização do presente trabalho foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que consiste na identificação e priorização dos problemas a serem enfrentados, por meio de um processo participativo e da elaboração das soluções para o enfrentamento deste problema através de estratégias viáveis para alcançar os objetivos propostos (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). Foi preciso para desenvolver o projeto, a participação da equipe de saúde, e o apoio da Secretaria Municipal de Saúde.

A revisão da literatura sobre o tema foi feita por meio da pesquisa e análise das bases de dados Online (SciELO), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Outras fontes de consulta foram à biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON).

Para desenvolver as ações previstas, realizamos uma pesquisa ativa e o rastreamento em consultas e visitas domiciliares, mediante verificação da pressão arterial da população com fatores de riscos. Recadastramos dos hipertensos em cada área de abrangência, atualizando todos os dados necessários, tarefa esta orientada pela Enfermeira e o Técnico de Enfermagem da Atenção Primária. O monitoramento dos Hipertensos é feito mensalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde em cada área de abrangência.

Foram revisados quinzenalmente os usuários faltosos às consultas, e por causa disso, efetuou-se uma busca ativa dos mesmos. Realizaram-se exames físicos e avaliação de risco cardiovascular a cada hipertenso. Planejaram-se semanalmente atividades educativas de promoção de saúde na UBS, com prioridade aos temas sobre hábitos alimentares saudáveis e prática de exercícios físicos. Os profissionais da equipe desta UBS foram capacitados sobre o tema de hipertensão arterial.

Utilizamos como instrumentos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. A ficha espelho foi prevista para o controle das ações realizadas individualmente para o controle da HAS, anotando todas as informações necessárias, além de constante monitoramento das informações contidas. A

planilha de coleta de dados foi utilizada para a coleta sistemática dos dados de todos os usuários, no período da intervenção. Ao final de cada mês, foi feita consolidação dos dados de todos, monitorando cada item do projeto.

Para auxílio na obtenção das informações necessárias utilizou-se o prontuário da família/ usuário. Além de informações coletadas pelos ACS, e para o alcance dos objetivos propostos foi monitorado a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos assim como o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Para classificar e estratificar o risco cardiovascular neste estudo utilizou-se escala de risco de Framingham (MALACHIAS et al.,2016), que foi realizada durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receitas ou outros procedimentos. Monitoramos o número de hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão arterial e Doença Cardiovascular

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de arteriosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. (BRASIL, 2013). Considerando-se valores de PA > ou igual a 140/90mmhg. A prevalência de HAS nos últimos 20 anos está acima de 30% na população brasileira com mais de 50 anos, entre 60 a 69 anos é de 50%, e acima de 70 anos é de 75%. Entre os gêneros a prevalência é maior nos homens (38%), do que nas mulheres (32%) (MALACHIAS et al.,2016).

As doenças cardiovasculares incluem um grupo de patologias que afetam o coração e também os grandes vasos – as artérias e veias que constituem a rede de distribuição de sangue no organismo. As formas mais comuns de manifestação da doença – o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) são acontecimentos súbitos e devastadores, um primeiro sinal tardio de uma doença grave que é então impossível prevenir. (BASTO, 2009)

A associação entre a hipertensão arterial e o risco de doença cardiovascular é forte, contínua e está presente mesmo quando as cifras pressóricas ainda são consideradas normais. Nesse contexto, considerando-se que o ponto de corte de normalidade das cifras pressóricas é arbitrário, o valor numérico da pressão arterial deve necessariamente ser contextualizado e individualizado para permitir avaliar a real dimensão do problema (GOMES, 2009).

O rastreamento, diagnóstico precoce de HAS e aplicação de protocolos para manejo agressivo dos fatores de risco cardiovascular na atenção primária

de saúde, tem sido importante para reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

5.2 Fatores de risco e estratificação do risco cardiovascular

Às condições que se associam a uma probabilidade aumentada de desenvolver doença cardiovascular dá-se o nome de fatores de risco cardiovascular (BASTO, 2009) No paciente hipertenso, as variáveis clássicas associadas ao risco cardiovascular são: idade, tabagismo, dislipidemias, DM, e história familiar prematura.

A utilização dos escores de detecção de risco cardiovascular, como o diagrama de Framingham permite agrupar os pacientes hipertensos conforme o grau de risco para morbidade e mortalidade, constitui um componente fundamental da boa prática médica, tendo em vista a possibilidade de se estabelecer o status de risco para um seguimento de curto prazo, dez anos, em indivíduos sem manifestações clínicas de doença coronariana ou outra forma de doença aterosclerótica, identificando cerca de 80% daqueles sob risco de eventos (BASTO, 2009).

Acreditamos que, diante do poderoso impacto que a DCV impõe sobre os níveis de morbidade e mortalidade e ao desafio da estratificação, se torna necessária à utilização dos marcadores de risco na otimização do diagnóstico, devendo ser utilizados criteriosamente nesse complexo universo da prática clínica, no qual os indivíduos aparentemente saudáveis se confundem com aqueles verdadeiramente saudáveis e de baixo risco cardiovascular (GOMES, 2009).

5.3 Estratégias de saúde de tratamento não farmacológico

Várias iniciativas do Ministério da Saúde baseados em evidências dos estudos de intervenção foram adotadas na atenção básica para reduzir o impacto das doenças cardiovasculares no paciente hipertenso, principalmente estratégias de saúde de tratamento não farmacológico na prevenção primária de fatores de risco cardiovascular. Neste contexto deve-se realçar a importância do estilo de vida, dos comportamentos, do grau de atividade física

e do padrão nutricional, como condições que influenciam e modificam – para o bem e para o mal – os fatores de risco já mencionados (BASTO, 2009).

A Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica e reestruturar o Sistema Único de Saúde (SUS), mostra-se como modelo mais provável para alterar a realidade das DCV em pacientes hipertensos. Isso porque permite a aproximação dos indivíduos, de seu coletivo e de suas interações sociais, colaborando para a mudança de seus comportamentos e hábitos de vida (MENDES, 2011).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Objetivo do plano

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alto número de pacientes hipertensos na população”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema foi levantado ao se realizar a análise de situação de saúde e observou-se que é uma doença com uma alta prevalência na área de abrangência da equipe, comprometendo pessoas idosas e com tendência a incidir em pessoas mais jovens e na relação com alguns fatores de risco que interferem na qualidade de vida das pessoas.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O alto número de pacientes hipertensos na população é um problema que está relacionado com múltiplas causas como hábitos e estilos de vida inadequados, sedentarismo, obesidade, presença de fatores de risco cardiovascular e pouco conhecimento da doença que vai atrapalhar um controle adequado.

Uma vez identificados os problemas, por meio do método de estimativa rápida, procedeu-se à priorização dos mesmos (Quadro 1).

Quadro 1 – Priorização dos problemas

Priorização dos Problemas.				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto número de pacientes hipertensos.	Alta	7	Parcial	1
Alto número de pacientes diabéticos.	Alta	5	Parcial	2
Alto número de transtornos nutricionais, obesidade, dislipidemias.	Alta	5	Parcial	2
Alta incidência de uso de psicofarmacos.	Alta	5	Parcial	3
Alto consumo de álcool e substância proibida.	Alta	3	Parcial	3
Baixa resolutividade na atenção em posto de saúde	Alta	2	Fora	4

Fonte: autoria própria

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos relacionados ao problema são: hábitos e estilos de vida não adequados, nível de conhecimento baixo sobre hipertensão arterial, estrutura deficiente dos serviços de saúde e processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema (Quadro 2).

Quadro 2- Seleção dos “nós-críticos” relacionados ao problema: alto número de pacientes hipertensos.

Nó-crítico	Descrição do nó-Crítico
Nó-crítico 1	Hábitos e estilos de vida não adequados
Nó-crítico 2	Nível de conhecimento baixo sob hipertensão arterial
Nó-crítico 3	Estrutura dos serviços de saúde
Nó-crítico 4	Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema.

Fonte: Análise da situação de saúde da UBS Vila Esperança.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

O objetivo desse passo é descrever as operações para enfrentar os nós críticos, identificar os produtos e resultado para cada operação definida, e identificar os recursos necessários (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nos quadros abaixo estão elencadas as operações referentes à cada nó-crítico identificado, buscando o enfrentamento do problema.

Quadro 3- Operações sobre o nó crítico "hábitos e estilos de vida não adequados" relacionado ao problema "alto número de pacientes hipertensos".

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida não adequados
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida
Projeto	Por uma melhor saúde
Resultados esperados	Garantir uma população capaz de trocar os hábitos e estilo de vida, combatendo a obesidade, sedentarismo, alcoolismo, hábito de fumar outros fatores de risco.

Produtos esperados	Programa de caminhadas e campanhas educativas na comunidade, diante palestras e outras atividades junto com a equipe.
Atores sociais/ responsabilidades	Médica, Enfermeiras e Agentes de saúde comunitários.
Recursos necessários	Estrutural: Local para realizar as atividades Cognitivo: informação sobre o tema de hipertensão arterial e fatores de risco desencadeantes. Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos e panfletos educativos. Político: conseguir o espaço na rádio local, involucrar aos líderes comunitários para incentivar a participação da população. Organizacional: organizar caminhadas e agenda de trabalho.
Recursos críticos	Político: conseguir o espaço na rádio local Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Setor de comunicação social e secretaria de saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis:	Secretaria de saúde, responsáveis da rádio local (comunicador social)
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Coordenador (a) da Atenção Primária, e médica da equipe.

Fonte: próprio autor

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico nível de conhecimento baixo sobre hipertensão arterial” relacionado ao problema, alto número de pacientes hipertensos.

Nó crítico 2	Nível de conhecimento baixo sobre hipertensão arterial
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial
Projeto	Trabalhando para aprender mais
Resultados esperados	Que a população tenha mais informação e conhecimento sobre hipertensão arterial, às complicações e consequências.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão arterial, campanha educativa na radio local, capacitação dos ACS e cuidadores.
Atores sociais/ responsabilidades	Medica, Enfermeiras e Agentes de saúde comunitários.
Recursos necessários	Estrutural: Local para realizar as atividades Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Organizacional: organização da agenda, Político: articulação intersetorial (parceira com o setor educação) e mobilização social.
Recursos críticos	Político: articulação intersetorial com a secretaria de Educação e de saúde
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis:	Secretaria de Educação, Secretaria de Saúde.
Cronograma / Prazo	Início em 4 meses e termino em 12 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Coordenador (a) de Atenção Primaria e médica da equipe.

Fonte: Análise da situação de saúde da UBS Vila Esperança

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico estrutura dos serviços de saúde relacionados ao problema, alto número de pacientes hipertensos”.

Nó crítico 3	Estrutura dos serviços de saúde
Operação	Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado
Projeto	Cuidar Melhor
Resultados esperados	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para o 80% dos pacientes hipertensos.
Produtos esperados	Capacitação de pessoal compra de medicamentos, contratação de compra de exames e consultas especializadas.
Atores sociais/ responsabilidades	Medica, Enfermeiras e Agentes de saúde comunitários.
Recursos necessários	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.
Recursos críticos	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeito Municipal, secretaria municipal de saúde. Motivação: Indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de estruturação da rede.
Responsáveis:	Prefeitura Municipal, Secretária Municipal de Saúde.
Cronograma / Prazo	Cinco meses para apresentação do projeto e nove meses para aprovação e liberação.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Coordenadora de Atenção Básica e médica da equipe.

Fonte: Análise da situação de saúde da UBS Vila Esperança.

“Quadro 6 – Operações sobre o “nós crítico” processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema, relacionado ao problema, alto número de pacientes hipertensos”.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema.
Operação	Implantar a linha de cuidado para hipertensão arterial incluindo os mecanismos de referência e contra referência.
Projeto	Linha de Cuidado
Resultados esperados	Cobertura de 100% da população com hipertensão arterial
Produtos esperados	Linha de cuidado para hipertensão arterial implantada, protocolos implantados, recursos humanos capacitados; gestão da linha de cuidado implantada.
Atores sociais/ responsabilidades	Médica, Enfermeiras e Agentes de saúde comunitários.
Recursos necessários	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos (Referência e contra referência).
Recursos críticos	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamento)
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretária municipal de saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção realizada permitiu-nos realizar ganhos no trabalho com os hipertensos, a cobertura do programa foi aumentada de maneira importante em relação ao cadastro que existia antes da intervenção, organizando o cadastramento dos usuários da unidade. O exame clínico apropriado através dos protocolos agora tem a mesma uniformização para identificar, avaliar integralmente e definir os riscos dos hipertensos que pertencem à equipe.

Realizamos maior quantidade de visitas domiciliares com qualidade, o que ajudou muito na realização de outras ações como puericultura, pré-natal e puerpério, idosos e saúde da mulher.

Os profissionais da UBS adquiriram conhecimentos sobre hipertensão pelas capacitações realizadas, permitindo um incremento na preparação para melhorar o acolhimento, o rastreamento, controle e seguimento dos hipertensos de sua área de abrangência. A comunidade com a intervenção melhorou o conhecimento do agravo: Hipertensão Arterial Sistêmica, com as orientações realizadas.

As maiorias dos hipertensos que retornaram as consultas ficaram com valores de pressão arterial normal, satisfeitos com o controle da doença e com a possibilidade de obter os medicamentos gratuitos da farmácia da unidade ou a farmácia popular de referência.

Ainda temos que continuar com a sensibilização das pessoas que não conhecem o porquê das prioridades, assim como fazer com que as comunidades sejam parceiras na solução dos seus problemas de saúde.

Pensamos continuar trabalhando e precisamos da ajuda de todos para melhorar a atenção dos hipertensos e evitar a mortalidade por esta doença e suas complicações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica No. 37**, Brasília. DF, 2013

BASTO, Felipe. Doenças cardiovasculares e risco cardiovascular on-line do Portal de Saúde digital de Alert Life Science. Disponível em: <http://www.alert-online.com/br/medical-guide/doencas-cardiovasculares-e-risco-cardiovascular>. Acesso: 5 de fevereiro.2017.

CAMPOS, F. C. C.;FARIA H. P.;SANTOS,M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG - 02 ed. Belo Horizonte. 2010. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/>.

GOMES; J. et al, **Autopercepção do estilo de vida em indivíduos com hipertensão arterial**, 2009.

Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Populacional 2010**. (29 de novembro de 2010). Este texto foi retirado da URL “<http://www.ibge.gov.br/home/estadistica/populacao/censo2000>”. Visitada em 11 de outubro de 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais**. (1 de julho de 2008). Este texto foi retirado da URL “<http://www.ibge.gov.br/home/estadistica/populacao/censo2000>”. Visitada em 11 de outubro de 2014. IBGE 2014.Picon et al. Ministério da saúde PNS; IBGE, 2014

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Produto Interno Bruto dos Municípios**. Este texto foi retirado da URL “<http://www.pnud.org.br/atlas/estadistica/economia/pibmunicipios/2004-2008>”. Visitada em 11 de outubro de 2014. IBGE 2014. Picon et al. Ministério da Saúde PNS; IBGE, 2014

MALACHIAS, MVB, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** 2016; 107(3Supl.3):1-83.

MENDES, EV. **As mudanças na atenção a saúde e a gestão da clínica**. In: Mendes EV. As redes de abenço e a saúde. Organização Pan-Americana da saúde, Brasil, 2011.

MINAS GERAIS. **Linha-Guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Secretaria de estado de saúde de Minas Geria. Belo Horizonte.

RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. jul-ago. 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, SANTOS DUMONT, **SIAB. Sistema de Informação Ambulatorial**.

SIMAO, AF et al. I Diretriz Brasileira De Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Brasília, v.101, n.6, p 40-46, Dezembro 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão I**, 2010. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensão associados.pdf>.

