

**UNIVERSIDAD FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZACAO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMILIA**

ONEDY ALFONSO MARTINEZ

**INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
DOS MORADORES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE MUCURI DO MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI -
MINAS GERAIS**

**TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS
2017**

ONEDY ALFONSO MARTINEZ

**INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
DOS MORADORES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE MUCURI DO MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI -
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo.

**TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS
2017**

ONEDY ALFONSO MARTÍNEZ

**INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
DOS MORADORES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE MUCURI DO MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI -
MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araujo - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de 2017.

DEDICO

Aos meus pais, que são minha inspiração, os responsáveis pela formação de todos meus conceitos e fundamentos do que sou em pessoa.

A meu filho por ser sempre atencioso e paciente em ajudar-me.

A toda comunidade de Mucuri que me acolheu.

A minha equipe de trabalho, pela ajuda e compreensão.

A minha enfermeira pelo acompanhamento e ajuda profissional neste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por ter me concedido a oportunidade de viver e fazer tudo o que faço pela vida das pessoas.

A minha família e amigos pela compreensão e ajuda para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao coletivo de professores que ao longo deste curso de especialização, pela disposição mantida e todos os ensinamentos e contribuições oferecidas para conclusão deste trabalho.

RESUMO

A pressão arterial sistêmica, por seu perfil epidemiológico, tem sido estudada sobre diferentes perspectivas, com o intuito de desenvolver uma prática profissional que proporcione sua prevenção ou controle por meio de mudanças de hábitos de vida ou adesão ao tratamento farmacológico. Patologia reconhecida como principal fator de risco de morbimortalidade cardiovascular, possuindo elevado custo médico social, acometendo pessoas em plena fase reprodutiva da vida. Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para o controle da hipertensão arterial sistêmica na população adscrita à Unidade Básica de Saúde do Programa Saúde da Família Mucuri. Para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema. O projeto de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Com as atividades propostas no plano de ação, espera-se melhorar o controle e adesão terapêutica dos pacientes afetados e gerar conhecimentos úteis à população.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Fatores de Risco. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The systemic arterial pressure, due to its epidemiological profile, has been studied on different perspectives, aiming to develop a professional practice that provides its prevention or control through changes in lifestyle or adherence to pharmacological treatment. Pathology recognized as the main risk factor for cardiovascular morbidity and mortality, having a high medical social cost, affecting people in the full reproductive phase of life. This study aims to develop an intervention project to control systemic arterial hypertension in the population attached to the Basic Health Unit of the Mucuri PSF. To support the elaboration of the intervention project, a bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library to collect the existing evidence on the subject. The intervention project was developed following the steps of situational strategic planning. With the activities proposed in the action plan, it is hoped to improve the control and therapeutic adherence of the affected patients and generate useful knowledge to the population.

Descriptors: Primary Health Care. Hypertension. Risk factors. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
FSP	Fundação João Pinheiro
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
PNUD	Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Distribuição dos Serviços por nível de Atenção em Teófilo Otoni-MG.....	14
Quadro 2- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Mucuri, Unidade Básica de Saúde Mucuri, município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais.....	19
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência e incidência de casos de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mucuri, do município de Teófilo Otoni, Minas Gerais\distrito de Mucuri.....	35
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência e incidência de casos de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mucuri, do município de Teófilo Otoni, Minas Gerais\distrito de Mucuri.....	37
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência e incidência de casos de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mucuri, do município de Teófilo Otoni, Minas Gerais\distrito de Mucuri.....	38
Figura 1 - Panorama da área central de Teófilo Otoni-Minas Gerais.....	12
Figura 2- Avaliação diagnóstica e decisão terapêutica na Hipertensão Arterial.....	27
Figura 3- Avaliação diagnóstica e decisão terapêutica na hipertensão Arterial.....	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Breves informações sobre o município de Teófilo Otoni-MG.....	12
1.2 O sistema municipal de saúde.....	13
1.3 A Equipe de Saúde da Família Mucuri, seu território e sua população.....	15
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	18
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo).....	19
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 Geral.....	21
3.2 Específicos.....	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	33
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	33
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	34
6.3 Seleção dos “nós críticos” (quinto passo).....	35
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre a cidade de Teófilo Otoni-MG

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), os primeiros habitantes do Município de Teófilo Otoni eram indígenas descendentes dos Tapuias. Em 1922 havia uma derradeira taba de índios Machacalis, localizada nas nascentes do ribeirão Imburanas, habitada por 15 a 18 famílias. A sua origem se deve à criação da Companhia de Comércio e Navegação do Rio Mucuri, fundada pelo grande brasileiro Teófilo Otoni, com o objetivo de estabelecer comunicação mais fácil entre o nordeste de Minas e o Rio de Janeiro, por via fluvial e terrestre, e, posteriormente, o estabelecimento de um porto de mar para o escoamento da produção da Provincial.

Pelos dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população do município de Teófilo Otoni era de 134.745 mil habitantes, sendo que a população estimada para o ano de 2017 é de 141.934 para uma área territorial de 3.242,27 Km².

Figura 1 - Panorama da área central de Teófilo Otoni-Minas Gerais



Fonte: Minas Gerais -PMMG (2017).

A cidade de Teófilo Otoni encontra-se situada no Nordeste do Estado de Minas Gerais, no Vale do Mucuri é considerada centro macrorregional. O Vale do Mucuri possui 27 municípios: Águas Formosas, Ataléia, Bertópolis, Campanário, Carlos Chagas, Catuji, Crisólita, Frei Gaspar, Fronteira dos Vales, Itaipé, Itambacuri, Jampruca, Ladainha, Malacacheta, Machacalis, Nanuque, Ouro verde de Minas, Pavão, Pescador, Poté, Serra dos Aimorés, Teófilo Otoni, Umburatiba e mais quatro municípios que foram criados em 1995: Franciscópolis, Novo Oriente de Minas, Santa Helena de Minas e Setubinha (IBGE, 2010).

O município de Teófilo Otoni limita-se com os seguintes municípios: Novo Oriente de Minas, a norte; Pavão, a nordeste; Carlos Chagas, a leste; Ataleia, a sudeste; Frei Gaspar, a sul; Itambacuri, a sudoeste; Poté e Ladainha, a oeste; e Itaipé e Catuji, a noroeste.

O Município de Teófilo Otoni é composto por cinco distritos: Pedro Versiani, Crispim Jacques, Rio Pretinho, **Mucuri** e Topázio. O Distrito de Mucuri está localizado a 35Km do centro de Teófilo Otoni e tem uma população de 3.593 habitantes, sendo 1.785 homens e 1.808 mulheres, possuindo um total de 1.357 domicílios particulares.

1.1.1 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em Teófilo Otoni-MG

Conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013), o IDHM do município passou de 0,589 em 2000 para 0,701 em 2010, com uma taxa de crescimento de 19,02%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 72,75% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,167), seguida por Longevidade e por último a Renda.

1.2 O sistema municipal de saúde de Teófilo Otoni

Conforme Pires (2007), a macrorregião da qual Teófilo Otoni é polo, concentra uma população de cerca de 882.000 pessoas. Sabe-se, entretanto, que além da

população das cidades mineiras que compõem a macrorregião de saúde Nordeste, Teófilo Otoni atraem ainda, habitantes de cidades do sul da Bahia e norte do Espírito Santo que vêm para Minas Gerais, em busca de atendimento médico especializado.

A Rede de Atenção à saúde do município de Teófilo Otoni é constituída pelos seguintes serviços, distribuídos segundo os três níveis de atenção do SUS, conforme o quadro abaixo.

Quadro 1 - Distribuição dos serviços de saúde pela Rede de Atenção à Saúde no município de Teófilo Otoni-MG

Nível de Atenção	Serviços
Atenção Básica	32 Unidades de Saúde com a Estratégia Saúde da Família Uma Farmácia Distrital Um serviço de Vigilância Sanitária Um serviço de Vigilância Epidemiológica Um consultório de Rua Quatro equipes de NASF
Atenção Secundária	Oito Laboratórios Municipais (convênio); Uma Policlínica Municipal; Um Centro de Especialidades Um Centro odontológico (CEO) Um CAPS II, Um CAPS AD Um CAPSi.
Atenção Terciária	Um Hospital Municipal de ortopedia e traumatologia; Dois Hospitais particulares conveniados ao SUS Um Hospital para tratamento oncológico.
Rede de Urgência.	Uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) Um Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU)

Fonte: Produção da autora.

O município dispõe de atendimento de pediatria, ginecologia, medicina geral, cardiologia, dermatologia, urologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, alergista, entre outras especialidades.

O Sistema de referência e contrarreferência: funciona localmente com atendimento de demanda simples de especialistas existentes no município, em casos mais complexos esses atendimentos especializados são feitos em Belo Horizonte ou em cidade referência regional. No município e, mesmo em polo maior como Belo Horizonte, o sistema de referência, contrarreferência é deficitário, pois é muito difícil se ter retorno no tempo adequado à necessidade da equipe e do paciente.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Mucuri, seu território e sua população

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito de Mucuri está localizada na Avenida ao lado da BR 116 km 291, nº218, no bairro Mucuri. A UBS foi inaugurada em 6 de novembro de 2015, há cerca de dois anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. A Unidade Básica de Saúde foi reformada recentemente. A área destinada à recepção é espaçosa, sendo que nos horários de pico de atendimento (turno matutino) a humanização e acolhimento dos pacientes são favoráveis, pois existe um espaço adequado para que todos se acomodem em cadeiras e aguardem o atendimento assistindo televisão. Há água potável disponível, banheiros e acessibilidade a cadeirante com rampas e adaptações necessárias ao acesso. Existem três consultórios: um para a médica, um para a enfermeira e um consultório odontológico. Conta também com sala de vacinação, sala de curativos, cinco banheiros (servidores e de pacientes) cozinha, sala de triagem e sala de reuniões de grupos e equipe, onde se fazem as reuniões da equipe, as reuniões com a comunidade (os grupos operativos). Os consultórios contam com adequadas condições de iluminação, boa ventilação, acesso a cadeirante, idosos e pessoas com alguma restrição motora.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde que é fruto de anos de luta da associação de moradores. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Nossa área está dividida em seis microareas.

No território do PSF Mucuri há dois assentamentos de sem terras e uma comunidade local que é a de Mucuri, todas com agentes comunitários de saúde. Existe uma comunidade que se chama Bom Fim, localizada a 10 km do Distrito de Mucuri, com 87 famílias cadastradas. Já a comunidade de Degredo situado a 8 km de distância de Mucuri, tem 126 famílias cadastradas. Destas 811 famílias cadastradas, 245 equivale a 30,1% tem abastecimento de água através de poço ou nascente e 566 equivale 69,9% que são por sistema público. O tratamento desta água predomina a filtração para 245 famílias, que corresponde a 30,1% e com cloração 566 (69,9%) famílias. O tipo de estrutura das habitações ainda predomina o tijolo/adobe com 639 (78,90%) construídos e com estrutura de madeira tem-se 172 que corresponde a 21,10%. Já a disposição final dos resíduos domésticos a coleta pública, cobre 303 famílias, ou seja, 37,30%. As famílias que utilizam o método de queimar/enterrar o lixo corresponde a 62,70%. Quanto ao destino dos dejetos 240 (29,50%) famílias possuem fossa, nove (1,2%) lança os dejetos no meio aberto, e 562 (69,30%) tem saneamento pelo sistema público. Não há problemas com a energia elétrica, pois 100% das casas tem eletricidade.

A equipe de saúde da família adscrita a área do PSF Mucuri é composta por uma médica, uma enfermeira, uma Técnica de enfermagem, um auxiliar administrativo, um motorista, uma auxiliar em serviços gerais e seis Agentes Comunitários de Saúde. A equipe de saúde tem conhecimento do território local onde acontece a construção cotidiana da vida das pessoas, suas atividades religiosas, históricas e políticas, bem como os costumes e tradições culturais locais.

As famílias são cadastradas e identificados os fatores condicionantes e determinantes dos agravos de saúde dada prioridade as doenças crônicas, doenças transmissíveis, gestantes, crianças, idosos, imunização, promoção e prevenção de agravos de saúde, sendo realizados grupos operativos de hipertensos e diabéticos, palestras e eventos para sensibilização da comunidade sobre diversos assuntos que envolvem a saúde e outras atividades que são realizadas nas escolas, áreas rurais e nos grupos prioritários.

A população é em sua maioria predominantemente adulta, com uma alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica. Conforme registros da equipe dos 455 pacientes

cadastrados de 15 anos e mais são hipertensos (27,80%) com diagnóstico de Diabetes Mellitus temos 85 pacientes (5,20%). Pode-se verificar uma clara predominância de doenças crônicas degenerativas na população e a existência de muitos fatores de risco de doenças cardiovasculares com predomina de hábitos alimentares inadequados, alcoolismo, tabagismo, obesidade e hiperlipidemia, mista ou isolada, automedicação, dependência de medicamentos, entre outros fatores. Há cadastradas de 16 gestantes e dessas 16 gestantes, duas são adolescentes. Todas as gestantes são acompanhadas com pré-natal e assistência multiprofissional, bem como realizado os devidos encaminhamentos, quando necessários.

O analfabetismo é elevado, sobretudo, entre os maiores de 40 anos. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. A população conserva hábitos e costumes próprios de população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas do calendário de agosto.

No distrito de Mucuri, a maior parte da população se dedica à agricultura. Os homens trabalham como lavradores, vaqueiros, agricultores, pecuaristas. As mulheres nos serviços domésticos, nas lavouras e as crianças ajudam seus pais nas atividades diárias. Na agricultura é bastante expressiva a cultura de feijão, milho, cana-de-açúcar, mandioca e hortifrutigranjeiros. Na pecuária o destaque é o gado leiteiro. A indústria existente é artesanal como a fabricação de cachaça, queijo, requeijão e farinha de mandioca. Esses produtos são vendidos nas feiras livres. A maioria das famílias vive de aposentadoria, outras de agricultura e trabalhos em fazendas. Um fator que merece destaque é a migração da população para os centros urbanos em busca de melhores condições de vida.

O tempo da Equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da consulta agendada (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas e crianças normal. Como atividades de promoção realizadas por nossa equipe se pode mencionar palestras sobre higiene ambiental e pessoal,

importância de cumprir tratamento e controle de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus e dependência química.

A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, horta comunitária e grupos de hipertensos e diabéticos que com o tempo, se mostraram pouco produtivo pela baixa adesão da população. No início, essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho “morria”. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões. Realizam-se atividades em grupo, por exemplo, Hiperdia, Programa de saúde na escola, ginástica orientada com educador físico e atividades de vigilância sanitária pelos agentes comunitários de saúde para prevenir doenças transmissíveis como dengue tuberculose e hanseníase.

As relações pessoais entre os membros da equipe e também com a comunidade são muito boas, realmente trabalhamos como equipe e tentamos resolver os problemas todos juntos.

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

Quando realizamos a estimativa rápida para a identificação dos principais problemas existentes no território da unidade, os dados colhidos nos permitiram elaborar o diagnóstico situacional onde foram identificados os seguintes problemas, a saber: Alta incidência de pessoas com hipertensão arterial, dificuldade na adesão aos tratamentos medicamentosos, alta incidência de dislipidemia, crescente casos de pessoas com o Índice de Massa Corporal (IMC) fora dos padrões recomendados, alto risco cardiovascular, maus hábitos alimentares e sedentarismo, automedicação e farmacodependência. O levantamento dos dados foi complementado pelos registros de dados do eSUS, bem como, pelo controle de dispensação dos fármacos pelo SIGAF que é um software que auxilia na gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e utilizado pela farmácia municipal de modo a permitir o gerenciamento das ações referentes à Assistência Farmacêutica

de dispensação dos fármacos a população, através de registros da equipe e observação ativa multiprofissional.

1.5 Priorização dos problemas

No quadro 2 apresenta-se a priorização dos problemas considerando a relevância dos mesmos e a capacidade de intervenção da equipe.

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família do Distrito de Mucuri, Unidade Básica de Saúde Mucuri, município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais				
Problemas	Importância*	Urgência*	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta incidência e prevalência de casos de HAS	Alta.	8	Parcial.	1
Dificuldade na adesão ao tratamento HAS e doenças crônicas não transmissíveis	Alta.	5	Parcial.	2
Alta incidência de dislipidemia.	Alta.	4	Parcial.	3
Maus hábitos alimentares e sedentarismo	Alta	4	Parcial	3
Crescentes casos de pessoas com IMC alterado	Alta.	4	Parcial.	4
Risco cardiovascular aumentado	Alta.	3	Parcial.	5
Automedicação	Alta.	3	Parcial.	6

Fonte: Produção do autor, 2017.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho foi feito para que, através dos problemas identificados sejam realizadas ações de prevenção e promoção a população asdcria ao território do PSF de Mucuri, atuando sobre os determinantes e condicionantes que envolvem a hipertensão arterial sistêmica na comunidade, procurando inserir os atores sociais na execução do plano de ação para intervenção desse agravo de relevância para a saúde pública.

Pela alta incidência de pessoas com HAS no território da Unidade de Básica de Saúde Mucuri e pela baixa adesão dos pacientes ao tratamento e pelos hábitos inadequados de vida e doenças associadas aos riscos cardiovasculares, optou-se em consenso com a equipe, por priorizar o problema da HAS por envolver vários “nós críticos” que interferem diretamente no proceso saúde doença da população.

Entretanto, salienta-se que é de suma relevância resolver o problema identificado na área de abrangência do ESF Mucuri, pois os indicadores de saúde apontam para alta incidência de casos de HAS na população que podem gerar o comprometimento da saúde.

Os quantitativos de pessoas com HAS existente no território da unidade justifica a elaboração deste projeto de intervenção, considerando ainda que, a maioria das ações a serem propostas está sob a governança da equipe de saúde local.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para o controle da hipertensão arterial sistêmica na população adscrita a Unidade Básica de Saúde do PSF Mucuri.

3.2 Específicos

Realizar atividades de educação permanente junto à equipe da Estratégia Saúde da Família do PSF Mucuri, fomentando estudos de casos visando a melhor intervenção no controle e diminuição dos indicadores de HAS.

Realizar rodas de conversa junto aos pacientes e familiares, articulando junto a rede de saúde para proporcionar através de atividade física e recursos locais, a melhoria do estilo de vida da população para redução de fatores de riscos que envolvem a HAS.

Reativar os grupos operativos de hipertensos e diabéticos para sensibilização e troca de experiências entre os usuários do serviço, familiares e equipe multidisciplinar, fomentando a melhor adesão ao tratamento e conhecimento das doenças.

Implantar instrumentos de registros para estratificação de risco para HAS e diabetes, para organizar a agenda de atendimentos.

4 METODOLOGIA

Foi realizada a identificação e levantamento dos problemas e necessidades da população da área de abrangência do PSF Mucuri, através do diagnóstico situacional, elaborado através do método de Estimativa Rápida, com a participação da equipe de saúde do distrito de Mucuri, envolvendo diversos atores sociais e rede de saúde. Entretanto, os problemas identificados foram classificados por ordem de prioridade pela equipe, observado no processo de trabalho, visando buscar soluções conforme os critérios definidos por Campos, Faria e Santos (2010), tais como: importância do problema, urgência na busca de soluções e capacidade da equipe para o seu enfrentamento, avaliando-se a priorização em baixa, média, alta e a capacidade de enfrentamento em parcial ou fora, além da seleção prioritária ordinária do problema.

Portanto, para melhor entendimento, foram divididos e permeados o roteiro desse estudo em passos: Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo); Priorização dos problemas (segundo passo); Descrição do problema selecionado (terceiro passo); Explicação do problema (quarto passo); Seleção dos “nós críticos” (quinto passo); Desenho das operações (sexto passo) bem como análises de viabilidade, gestão do plano operativo para execução. Para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção foi também realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os seguintes descritores:

Hipertensão

Atenção Primária à Saúde

Fatores de risco

Educação em Saúde.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Estratégia Saúde da Família

A equipe de saúde da Saúde da Família tem um papel relevante e primordial nas ações e estratégias de controle da hipertensão arterial sistêmica, seja na definição do diagnóstico clínico, conduta terapêutica, esforços pretendidos para informar e educar a população de hipertenso e/ou como fazê-lo seguir e aderir ao tratamento. É necessário o entendimento que a manutenção dos ensejos do paciente em não abandonar o tratamento é talvez um dos desafios mais difíceis que os profissionais de saúde podem enfrentar em relação ao hipertenso.

Neste cenário, como se sabe, o Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu como importante instrumento de reorganização do SUS e como estratégia para reordenação do modelo assistencial.

Criado pela Portaria N° 692 de 25 de março de 1994, uma nova estratégia de atenção à saúde foi idealizada. Essa estratégia visa a reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Propõe priorizar a família e o ambiente no qual ela vive como centro da atenção à saúde, com uma visão ampliada do processo saúde-doença, insistindo-se em relacionar a saúde ao exercício pleno da cidadania (GARBOIS; VARGAS; CUNHA, 2008, p.27).

Nota-se que vários autores relatam na literatura que o ESF veio para reorganizar o modelo de atenção à saúde antes utilizada no Brasil, pois antes era uma medicina curativista e medicalocêntrica e atualmente busca-se realizar ações de promoção, prevenção de riscos e agravos de saúde, focando no social, familiar em suas singularidades e demandas.

Dessa forma, através da atuação de equipes multidisciplinares de saúde (compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), em território e com clientela adscritos, preconiza a produção social da saúde, a partir da coresponsabilidade e estabelecimento de vínculos entre os diferentes atores sociais que participam da intrincada e complexa rede de relações que sustentam a dinâmica social (CUNHA, 2012, p.47).

O estabelecimento de vínculos entre a equipe multidisciplinar e os diversos atores sociais que compõem a equipe de saúde do território adscrito a UBS traz uma relação de proximidade junto a equipe e relação de confiança que poderá ser coadjuvante em estratégias e ações voltadas a prevenção e promoção em saúde aos agravos mais predominantes e determinantes na saúde da comunidade.

Segundo Campos (2003, p. 578) o território é compreendido como:

[...] espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc.

Já o modelo de assistência efetivado pela ESF é questionado por Carli *et al.* (2014, p. 629), os referidos autores avaliam que a Estratégia Saúde da Família deveria prestar uma assistência por meio do:

Acolhimento, do vínculo entre serviço e indivíduos e vice-versa, de maneira que ocorra responsabilização na atenção aos usuários, proporcionando a autonomização dos usuários em relação ao modo de andar na sua vida, bem como, os serviços de saúde.

Dando seguimento à política de atenção aos portadores de hipertensão e aliando a proposta do Programa Estratégia da Família, cabe salientar que:

Foi lançado em fevereiro do ano de 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, por meio da Portaria N° 235/GM, mas só foi aprovado em Janeiro de 2002, por meio da Portaria N° 16/GM. O objetivo geral desse plano foi estabelecer diretrizes e metas para a organização da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no Sistema Único de Saúde, reduzir a morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares, e a vinculação dos usuários do SUS, portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, às Unidades Básicas de Saúde, garantindo acompanhamento e, tratamento sistemático, investindo-se na atualização dos profissionais da rede básica, por meio da capacitação dos profissionais e da reorganização dos serviços (BRASIL, 2006, p. 10).

Portanto, o desafio da ESF e de ampliar ações de acolhimento interdisciplinar, em que diálogo ou negociação junto ao paciente, família e equipe seja a chave para direcionar ao êxito do cuidado e assistência, onde a construção e troca de

experiências bem sucedidas é fundamental, para a eficiência, eficácia e efetividade da implantação da ESF, em que o alicerce e pilares preconizados pelo SUS fundamentam-se é o atendimento integral de qualidade.

5.2 Conceitos e Classificação da Hipertensão Arterial

Conforme Almeida (2011, p. 319) a hipertensão arterial sistêmica é um

[...] agravo de etiologia multifatorial que, devido à grande variedade de consequências, constitui a origem de várias doenças cardiovasculares, sendo o principal fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Dessa forma, assume um papel fundamental dentro da saúde pública no Brasil e no mundo, trazendo grande impacto econômico, pelo ônus imposto ao sistema de saúde, e social, pelo reflexo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

A equipe do PSF Mucuri trabalha com ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não Transmissíveis (DCNT), neste projeto de intervenção tentou-se fazer uma análise das principais causas e reduzir a alta incidência de morbidade por Hipertensão Arterial na área de abrangência e vincular toda a população à Unidade Básica de Saúde, fazendo acompanhamento, prevenção e promoção para mudança de hábitos e estilos de vida que somam aos agravos de saúde pré-existentes e favorecem ao aparecimento de novos.

Portanto, acredita-se que para acontecer transformações efetivas na vida da população hipertensa, é fundamental o comprometimento da equipe multiprofissional, devendo todos abordar aspectos de prevenção e de promoção à saúde, fornecer informações a população, implementar programas educativos e avaliá-los periodicamente, visando à melhoria das ações desenvolvidas e à adequação das mesmas às novas realidades junto ao processo de trabalho da equipe.

Em todos os níveis de atenção à saúde, percebe-se a necessidade do trabalho interdisciplinar, uma vez que é justamente a partir de tal trabalho que se almeja alcançar uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde da população (LOCH-NECKEL, *et al.*, 2009, p.1464).

A identificação dos fatores de risco no desenvolvimento de HAS, pela equipe de saúde da UBS, nos vários aspectos atribuídos a prevalência da hipertensão e que podem aumentar progressivamente com a idade e também podem estar relacionada à cor da pele, histórico familiar, hábitos comportamentais com relação ao estilo de vida, que possibilitam a indicação da realização de atividade física, para a perda de peso corporal, a diminuição da ingestão de sal e álcool e entre outros, são importantes para a definição de ações estratégicas de intervenção.

Existem fatores de risco constitucionais a idade, sexo, raça/cor e história familiar e também os fatores de risco ambientais - sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consumo de alimentos insalubres (excesso de sal, gordura animal, preferência por carboidratos simples e complexos, ingestão diária acima de 100ml de café ou de bebidas que contém cafeína, uso abusivo de álcool, estresse não gerenciado e tabagismo) (SANTOS; CAETANO; MOREIRA, 2011, p. 4386).

Portanto, justifica-se este estudo para a contribuição na melhoria do atendimento a população do distrito de Mucuri na rede básica de saúde do município de Teófilo Otoni, para que a equipe de saúde possa refletir o seu processo de trabalho no sentido de atentar para a necessidade de priorização dos problemas e do enfrentamento e superação dos obstáculos que entram a assistência no âmbito da consulta médica, enfermagem e no tocante ao portador de hipertensão arterial sistêmica.

A hipertensão arterial em sua maioria dos casos não apresenta uma causa aparente e de fácil detecção, trata-se também de um problema de saúde pública que assola grande parte da população e tem causas multifatoriais e precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, é possível controlar a hipertensão arterial.

A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica, não transmissível, e na maioria das vezes com característica assintomática. Por ser uma das afecções mais comuns da modernidade, é considerada um grave problema de saúde pública, principalmente pelo fato de ser um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais e, portanto, uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (BRASIL, 2006, p. 58).

Conforme dados do Ministério da Saúde (2008) citados por Cunha (2012, p. 19) relata que

Cerca de 18 milhões de brasileiros são portadores de hipertensão arterial, e esse número é crescente; seu aparecimento é cada vez mais precoce e estima-se que 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. Na população acima dos 40 anos, estima-se que 35% da população são hipertensas. No Brasil as patologias cardiovasculares alcançam índices de aproximadamente 30% dos óbitos no país. E que um terço desta população ainda não tem conhecimento da doença e ignora seus riscos.

Como se sabe, a hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível que é tida como um problema de saúde pública e mediante o impacto de morbidade e mortalidade gerado na sociedade, independente de sua classe social acomete a população de forma geral conforme múltiplos fatores.

Além das elevações típicas da pressão arterial, a hipertensão pode ser classificada de acordo com a causa, a gravidade e o tipo. “Os dois tipos principais são: hipertensão idiopática, também conhecida como primária ou essencial que é a mais comum (90 a 95% dos casos) e a hipertensão secundária, causada por uma doença renal ou alguma outra coisa detectável” (SILVA *et al.*, 2009, p. 12).

A hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida dos pacientes, como “ [...] na esfera psicológica, familiar, social atividades de lazer ou econômica pela possibilidade de agravos em longo prazo” (MANTOVANI *et al.*, 2008, p. 1468).

Figura 2 - Classificação da pressão arterial em adultos

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	>160	>100

Fonte: Brasil (2006).

Conforme se pode observar na figura 2, a classificação da pressão arterial em adultos, definida pelo Ministério da Saúde, sendo a classificação geral em normotenso, pré-hipertensão e estágio 1 da hipertensão e estágio 2 da hipertensão, parâmetros que auxilia no diagnóstico e controle da HAS, mas deve-se levar em consideração condições multifatoriais para um diagnóstico seguro e elaboração de um plano de cuidados.

A hipertensão arterial pode ser classificada segundo sua causa de base (primária ou secundária) e de acordo com os níveis tensionais. A hipertensão arterial primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. Já a hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária (CORRÊA *et al.*, 2005, p. 92).

Portanto, é de suma importância a realização da estratificação do risco cardiovascular que é recomendado pelas Diretrizes da Hipertensão Arterial e Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010). Para a tomada de decisão terapêutica se faz necessária a confirmação diagnóstica, seguindo-se a estratificação do risco, este levará em conta, além dos valores de pressão arterial, a presença de fatores de risco cardiovasculares, as lesões nos órgãos alvo e as doenças cardiovasculares. O risco cardiovascular poderá variar de baixo a muito alto conforme cada caso clínico.

5.3 Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial

A terminologia “risco” é utilizada por diversos autores para definir a chance de uma pessoa sadia, exposta a determinados fatores, ambientais ou hereditários, adquirir uma doença. Tais fatores associados, podem estar relacionados ao aumento do risco de se desenvolver uma doença, entendendo-se como chamados fatores de risco, mas em contrapartida, há também fatores que dão ao organismo a capacidade de se proteger contra determinada doença, que são fatores de proteção que conferem imunidade.

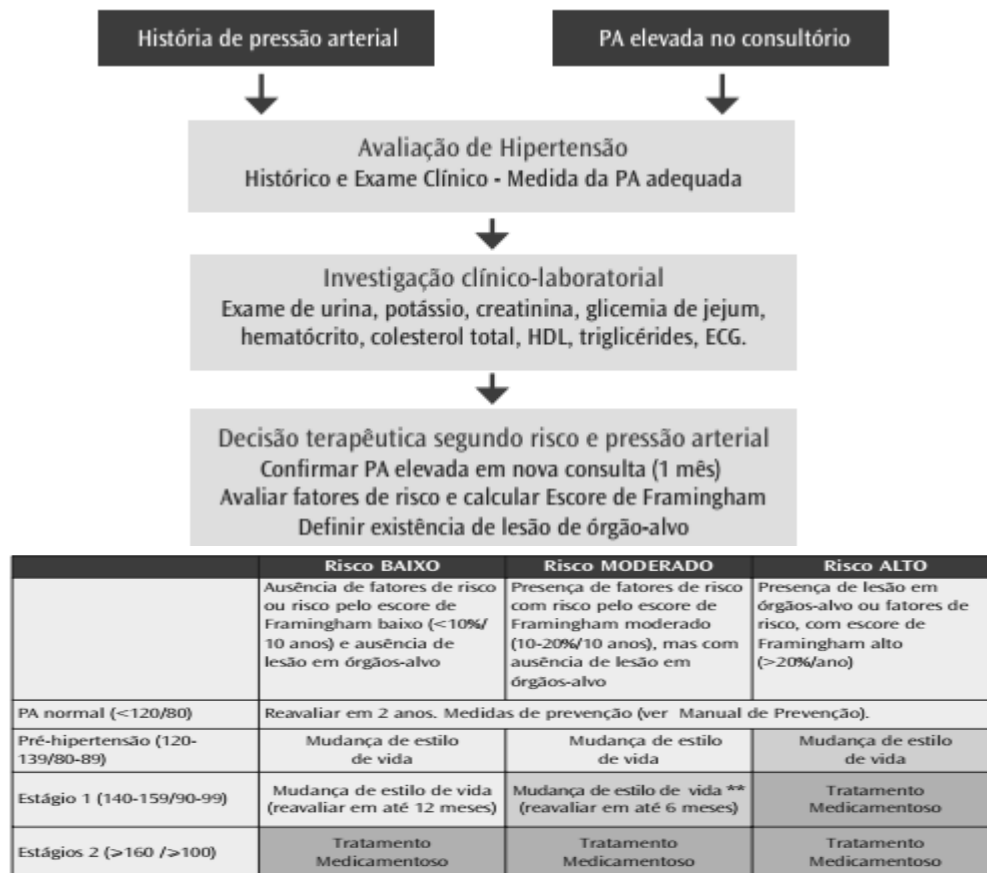
Conforme Muriel *et al.* (2006), há fatores ambientais, comportamentais e genéticos que possuem uma grande participação no desenvolvimento da HAS. Acrescentam

como fatores de risco a genética, e os fatores ambientais como a obesidade, inatividade física e abundância de consumo de sódio.

A literatura demonstra como fatores de risco para a hipertensão arterial: idade, sexo, raça, história familiar de hipertensão, tabagismo, dislipidemias ingestão de álcool, diabetes e o estresse, podem interagir com a PA e aumentar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (CUNHA, 2012, p.31).

Na figura 3, avaliação diagnóstica e decisão terapêutica na hipertensão arterial apresenta o fluxo das condutas propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) indicando como proceder na avaliação de hipertensão, investigação clínico laboratorial, decisão terapêutica segundo risco e pressão arterial, bem como os escores de riscos baixo, moderado e alto conforme parâmetros pressóricos para indicação do tratamento adequado.

Figura 3 - Avaliação diagnóstica e decisão terapêutica na hipertensão arterial



* Tratamento Medicamentoso se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes.
 ** Tratamento Medicamentoso se múltiplos fatores de risco.

OBS: Escore de Framingham: ver Caderno Atenção Básica nº14-Prevenção Clínica de DCV e DRC.

Fonte: Brasil (2006, p.19).

Verificou-se que estudos epidemiológicos como o de Kannel (2006), têm associado a HAS a diversas características sócio-demográficas (faixa etária, grupo étnico, nível socioeconômico), consumo de álcool, ingestão de sódio, estresse, obesidade e sedentarismo. Alguns fatores de risco (tabagismo e dislipidemias) podem interagir com a PA e aumentar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Carneiro *et al.* (2007, p. 306) chamam a atenção sobre os estudos observacionais realizados que mostraram:

[...] que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices de 35 prognósticos importantes de hipertensão arterial, e a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado.

Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras associações de comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.

As Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2010) relatam que há associação entre a ingestão de álcool e alterações de PA dependente da quantidade ingerida. Claramente, uma quantidade maior de etanol eleva a PA e está associada às maiores morbidade e mortalidade cardiovascular. Por outro lado, as evidências de correlação entre uma pequena ingestão de álcool e a conseqüente redução da pressão arterial ainda são frágeis e necessitam de comprovações mais apuradas e estudos aprofundados.

Já Segundo Castro, Rolim e Maurício (2005, p. 188):

O fumo, entre outras maneiras de contribuir para o desenvolvimento das doenças coronarianas, deflagra a liberação de catecolaminas, que elevam a frequência cardíaca e a pressão arterial, através do ácido nicotínico e presente no tabaco. Os fumantes apresentam um aumento de 10 vezes o risco de morte cardíaca súbita, sendo que aquelas pessoas que pararam de fumar têm seu risco de cardiopatia

diminuído em 30% a 50% dentro do primeiro ano, tendo esse risco em contínuo declínio enquanto elas se abstiverem de fumar.

Portanto, para a prevenção e promoção em saúde da HAS é importante a inserção de outros profissionais da rede de saúde, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, profissionais de educação física, para fortalecer e enriquecer, as ações interdisciplinares ofertadas a comunidade para a prevenção e controle do DM e da HAS.

5.4 Controle da Hipertensão Arterial

O controle da hipertensão arterial no mundo ocorre de maneira insatisfatória e os mecanismos para ampliar o controle dos níveis pressóricos vêm sendo cada vez realizados na prática clínica (COLÓSIMO; SILVA; PIERIN, 2008).

Já em estudo apontados por Marin *et al.* (2016, p.62), a OMS considera que mais de 50% dos medicamentos prescritos ou dispensados são inadequados e que 50% dos pacientes tomam medicamentos de maneira incorreta levando a alto índice de morbidade e mortalidade.

As Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010) definem como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Ainda de acordo com as VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão de 2010 *apud* Cunha (2012), a dieta habitual do brasileiro contém 10 a 12 g de sal/dia. É saudável ingerir até 6 g/dia de sal (duas colheres de chá rasas equivale a 4g/sal) e 2 g de sal presente nos alimentos naturais.

Outro fator que Brandão *et. al.* (2006) destacam é que o excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. A obesidade é considerada uma doença crônica de caráter multifatorial, bem como um fator de risco para

ocorrência de várias outras doenças crônicas, cerebrovasculares, a hipertensão arterial, o diabetes e várias outras.

Segundo Hasselmann *et al.* (2008), a avaliação antropométrica incluindo o Índice de Massa Corpórea (IMC) e a circunferência abdominal contribuem para identificar alterações para se desenvolver uma doença cardiovascular.

Entretanto Ciolac e Guimarães (2004) enfatizam que os programas de atividade física têm demonstrado a redução da pressão arterial sistólica e diastólica, tanto de indivíduos hipertensos como de normotensos. Em uma metanálise de 54 estudos longitudinais randomizados controlados esses dados foram demonstrados.

Silva (2010, p.172) acrescenta que:

O controle inadequado das cifras tensoriais na maioria das vezes relaciona-se à falta de adesão ao tratamento, por diversos motivos, dentre os quais podemos destacar: a característica assintomática da doença, tratamento prolongado, custo alto dos medicamentos e seus efeitos colaterais, relação equipe de saúde-paciente insatisfatória e a falta de motivação, podendo estar associada, principalmente, a fatores externos, como a carência de sistema de apoio, dificuldades financeiras e de acesso ao sistema de saúde.

Dessa forma, o controle da pressão arterial tendo como premissa que hipertensão arterial é uma doença multifatorial o controle e a prevenção da hipertensão arterial deve envolver a implementação e o desenvolvimento de estratégias não só voltadas à educação com abordagem interdisciplinar, mas também aos mecanismos facilitadores do controle dos níveis tensionais, como o exercício físico, dieta pobre em sal, entre outros.

Pelas leituras realizadas foi possível verificar que as ações de promoção e prevenção e o uso contínuo da terapêutica medicamentosa são capazes de reduzir os riscos cardiovasculares em portadores de HAS.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema priorizado “Alta prevalência e incidência de casos de Hipertensão Arterial nos moradores do território da UBS Mucuri, para o qual se registra a descrição, a explicação e a seleção de seus “nós críticos”, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Na unidade Mucuri, realizando uma estimativa rápida dos principais problemas encontrados no diagnóstico situacional realizado, identificou-se: Alta incidência e prevalência de casos de hipertensão arterial, dificuldade na adesão aos tratamentos medicamentosos e doenças crônicas não transmissíveis, alta incidência de dislipidemia, crescente casos de pessoas com o IMC fora dos padrões recomendados, alto risco cardiovascular, maus hábitos alimentares e sedentarismo, automedicação e farmacodependência.

Em relação às operações sobre os “nós críticos 1, 2, 3” relacionado ao problema “Alta prevalência e incidência de casos de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mucuri estão apresentados nos quadros n. 3, 4 e 5. Três principais “nós críticos” selecionados foram: Inadequação e ausência de padronizações das ações do processo de trabalho da equipe multidisciplinar no tocante a HAS; Deficit nos níveis de conhecimento da comunidade sobre a HAS. e adesão ao tratamento; Hábitos alimentares, costumes e estilos de vida sedentário da comunidade.

6.1 Descrição do problema selecionado

Através da observação ativa do território da equipe Mucuri e da observação dos registros existentes, percebeu-se o grande impacto da hipertensão arterial relacionada a doenças cardiovasculares. O problema da alta prevalência e incidência de Hipertensão Arterial foi evidenciado mediante a observação direta e durante o processo de trabalho, durante consultas médicas, atendimentos à demanda espontânea. Além de relevante e pelo alto número de hipertensos adstritos

ao território da equipe, uma das ferramentas utilizadas para reconhecer o número de hipertensos foi a estratificação do risco clínico para hipertensão arterial. Desta forma elaborou-se esta proposta visando modificar hábitos e estilos de vida a fim de promover ações para enfrentar os problemas existentes no território da unidade.

6.2 Explicação do problema selecionado

O elevado número de pessoas com HAS, associado ou não a fatores riscos modificáveis constitui um grande problema de saúde pública em nosso país e no mundo. Para os indivíduos, a família e a comunidade devido ao elevado números de sequelas e complicações cardiovasculares, perdas econômicas, familiares, dentre outros, a HAS encontra-se diretamente relacionada aos fatores de exposição não modificáveis, conhecidos, como a idade, hereditariedade, sexo, etnia e raça.

A gênese das causas dos “nós críticos” do problema principal elencado neste projeto é evidenciado pela ausência de um nível de entendimento da comunidade acerca do seu processo saúde-doença, não tendo consciência do seu estado de saúde, onde fatores culturais locais, aliados a baixa, pouca ou nenhuma alfabetização predispõe a uma não adesão, tratamento correto da HAS, somado a fatores alimentares, sedentários e hereditários que se agravam por um deficit de cuidados e recursos públicos não ofertados pelo governo. Se fossem ofertados poderia ser coadjuvante ao controle das doenças crônicas não transmissíveis e melhor prestação de atendimento contínuo e integral com uma participação mais efetiva dos pacientes no acompanhamento do seu estrado de saúde, permitindo ações mais efetivas na promoção da saúde e prevenção da HAS. Contudo, a Inadequação e ausência de padronizações das ações do processo de trabalho da equipe multidisciplinar no tocante a HAS, torna-se um fator preponderante para contribuir na alta prevalência e incidência de casos de hipertensão arterial e riscos cardiovasculares no território adscrito a unidade de saúde.

6.3 Seleção dos nós críticos

As causas ou situações que geram o problema prioritário, cuja resolução terá grande impacto também na solução do mesmo é a alta incidência de morbidade de Hipertensão Arterial nos usuários da comunidade do distrito de Mucuri. Sabendo que existe na unidade:

- Inadequação ou mesmo ausência de padronizações das ações do processo de trabalho da equipe multidisciplinar no tocante a HAS.
- Deficit nos níveis de conhecimento da comunidade sobre a HAS e sobre a adesão ao tratamento tanto medicamentoso como não medicamentoso.
- Hábitos alimentares inadequados, estilos de vida sedentário da comunidade.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência e incidência de casos de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mucuri, Distrito de Mucuri do município de Teófilo Otoni, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Inadequação e ausência de padronizações das ações do processo de trabalho da equipe multidisciplinar no tocante a HAS
Operação (operações)	Implantar instrumentos de registros e procedimentos operacionais padrão seguindo linha guia de cuidados para o hipertenso e estratificação de risco.
Projeto	Desenvolver educação permanente com a equipe e rodas de conversa com a população
Resultados esperados	Capacitar em 100% os profissionais da equipe de saúde, para reduzir em 40% os indicadores da HAS.
Produtos esperados	Triagem, seleção, busca ativa de casos e estudo de casos junto a equipe multiprofissional para implantar ações para minimizar os riscos cardiovasculares.
Recursos necessários	Estrutural: Profissional para acompanhar os grupos. Cognitivo: Discussão sobre os casos clínicos e trocas de experiências

	<p>Financeiro: Impressão de materiais didáticos, instrumentos de registros padronizados.</p> <p>Político: Reunir outros atores da rede de atenção em saúde/parcerias institucionais.</p>
Recursos críticos	<p>Cognitivo: Internalização e corresponsabilização da proposta pela equipe</p> <p>Político: Adesão da equipe e parceiros institucionais</p> <p>Financeiro: Para aquisição de lanche nos momentos das reuniões de grupo.</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Enfermeira coordenadora da unidade de saúde junto à médica. Motivação favorável.</p>
Ações estratégicas	<p>Apresentar a proposta do projeto a equipe e esclarecer dúvidas, prazos.</p>
Prazo	<p>2 meses</p>
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	<p>Médica</p>
Processo de monitoramento e avaliação das operações	<p>Utilização de instrumentos de registros da equipe, confecção de gráficos, comparação de indicadores, incidência e prevalência dos índices registrados e correção de rumos junto a equipe, realizando verificações mensais e pactuando estratégias conforme a demanda.</p>

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência e incidência de casos de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mucuri, Distrito de Mucuri do município de Teófilo Otoni, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Deficit nos níveis de conhecimento da comunidade sobre a HAS, a falta de adesão ao tratamento e uso de medicação.
Operação (operações)	Implantar grupo operativo de usuários e familiares para educação em saúde, abordagens sobre o problema, formas de controle, responsabilização/autocuidado sobre doença e adesão ao tratamento.
Projeto	Desenvolvendo, sensibilizando e internalizando o autocuidado, resiliência.
Resultados esperados	Sensibilizar 100% dos casos perfis, predisponentes e portadores da HAS
Produtos esperados	Grupo Operativo Implantado
Recursos necessários	<p>Estrutural: ACS, Técnicos de enfermagem, enfermeiro, médico (equipe multiprofissional).</p> <p>Cognitivo: Rodas de conversas, informações sobre educação alimentar, autocuidado, tomada de medicamentos e adesão ao tratamento.</p> <p>Financeiro: Recursos para xerox, reprodução de pôster, panfletos, brindes, visitas educativas em outros setores da rede.</p> <p>Político: Secretaria de Saúde, setores de saúde e parceiros institucionais.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Corresponsabilização da equipe multidisciplinar</p> <p>Cognitivo: Entendimento e associação da teoria e prática pela população.</p> <p>Político: Adesão dos profissionais e parceiros institucionais.</p> <p>Financeiro: Liberação de recursos ou disponibilidade imediata dos recursos necessários para ações efetivas.</p>
Controle dos recursos críticos	Coordenador da unidade/ médico. Motivação Favorável.
Ações estratégicas	Fortalecimento de vínculos junto a família, usuários e rede de saúde

	com escuta qualificada, humanizada, fomentando utilização de recursos presentes na comunidade.
Prazo	3 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira/Médica
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Utilização de instrumentos de registros da equipe, confecção de gráficos, comparação de indicadores, incidência e prevalência dos índices registrados e correção de rumos junto a equipe, realizando verificações mensais e pactuando estratégias conforme a demanda.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência e incidência de casos de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mucuri, Distrito de Mucuri do município de Teófilo Otoni, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Maus hábitos alimentares, costumes e estilos de vida deficitários e sedentarismo da comunidade.
Operação (operações)	Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de riscos
Projeto	Desenvolver hábitos saudáveis de vida
Resultados esperados	Reduzir inicialmente 10% do número de obesos em cada micro área adscrita ao PSF.
Produtos esperados	Programa de caminhada e atividades físicas semanais implantadas.
Recursos necessários	Estrutural: Profissional que irá acompanhar será a enfermeira/médica e ACS da área, podendo ser convidado outros profissionais da rede. Cognitivo: Repassar as informações via material pedagógico impresso, rodas de conversa “método paidéia”, palestras e entre outros. Financeiro: gastos com material didático/impressões. Político: Secretaria de Saúde, setores de saúde e parceiros institucionais.
Recursos críticos	Estrutural: Disponibilidade de profissionais especializados como profissional da educação física e nutricionista disponível na rede. Cognitivo: Aceitação e entendimento dos objetivos da proposta e em realizar atividades físicas por resistência inerentes a hábitos culturais

	<p>ou desinteresse.</p> <p>Político: Adesão ao gestor local e parceiros.</p> <p>Financeiro: Compra de alguns Equipamentos esportivos (bola,bastão, alteres)</p>
Controle dos recursos críticos	Gestor local, coordenador da unidade, profissionais da equipe. Motivação Indiferente
Ações estratégicas	<p>Ampla divulgação, realização de eventos na praça, unidade de saúde, SESC, universidade.</p> <p>Implantar ações de promoção de práticas corporais/atividade física e modos de vida saudáveis para a população, em parceria com o Programa Academia da Saúde e outros.</p> <p>Estimular a construção de espaços urbanos ambientalmente sustentáveis e saudáveis.</p> <p>Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável.</p> <p>Promover ações de regulamentação para promoção da saúde.</p> <p>Avançar nas ações de implementação e internalização das medidas legais para o Controle do Tabaco.</p> <p>Articular ações para prevenção e para o controle da obesidade.</p> <p>Fortalecer ações de promoção da saúde e de prevenção do uso prejudicial do álcool.</p> <p>Implantar um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo.</p>
Prazo	4 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Toda a equipe
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Utilização de instrumentos de registros da equipe, confecção de gráficos, comparação de indicadores, incidência e prevalência dos índices registrados e correção de rumos junto a equipe, realizando verificações mensais e pactuando estratégias conforme a demanda. Avaliação médica periódica do quadro clínico dos pacientes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste projeto de intervenção foi fundamentar a necessidade de se utilizar o planejamento estratégico que permitisse compreender a complexidade do processo de trabalho para o enfrentamento do problema prioritário buscando ferramentas e instrumentos operacionais para a elaboração de planos de ação.

A literatura revisada destaca a importância das ações de promoção e prevenção serem realizadas na atenção básica, dada a proximidade da população com os serviços de saúde, neste nível de atenção.

Portanto, na construção do plano de ação buscou-se nessa proposta de intervenção a participação ativa da equipe de saúde multidisciplinar de Mucuri, distrito de Teófilo Otoni, Minas Gerais. Notou-se ao longo desse estudo, que a qualidade de vida e os níveis pressóricos podem ser recuperados e normalizados pela redução dos fatores de risco modificáveis através da organização do processo de trabalho, da informação ao usuário sobre a doença, qualidade e hábitos saudáveis de vida, alimentação e atividades físicas regulares.

A reorganização da agenda de trabalho é muito relevante para o bom andamento do processo de trabalho. Proporcionar reuniões entre a equipe e entre os usuários, rede de assistência em saúde, grupos operativos voltados aos agravos de saúde predominante, desenvolvendo uma escuta qualificada, humanizada e uma comunicação sem falhas com contatualização no território e vínculos entre a equipe e os usuários é de essencial importância para a melhoria do cuidado aos hipertensos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev APS.** v. 14, n.3, p. 319-326, 2011.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2013. [internet]. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/2306IDH Acesso em: 07 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo a perspectiva da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 11 nov. 2017.

CARLI, R.; COSTA, M. C.; SILVA, B. E.; RESTA, G. D.; COLOMÉ, I. C. S. **Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde.** Artigo. Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2014 Jul-Set., p. 629. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00626.pdf > Acesso em: 07 de out. 2017.

CARNEIRO, G. *et al.* Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de Hipertensão Arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos em obesos. **Rev Assoc Med Bras.** v.49, n. 3, p. 306-311, 2007.

CASTRO, M. E.; ROLIM, M. O.; MAURÍCIO, T. F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul Enferm.** Fortaleza -CE, Universidade Estadual do Ceará. 2005, p. 188. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf> > Acesso em: 09 de out. 2017.

CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev. Bras de Med Esporte.** vol.10 no.4 Niterói July/Aug. 2004, p. 13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000400009 > Acesso em: 11 out.. 2017.

COLÓSIMO, F. C. C.; SILVA, S. S. B. E.; PIERIN, A. M. G. Medida residencial da pressão arterial (MRPA) e programa de educação para hipertensos: ferramentas de incremento do controle. **Rev Hipertensão**. v.11, n. 2, p. 55-60, 2008.

CORRÊA, T. D. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arq Med ABC**. v. 31, n. 2, p. 91-101, 2005.

CUNHA, N. M. **A atenção ao hipertenso na estratégia saúde da família: um estudo das características clínico-epidemiológicas e de organização dos serviços em João Pessoa – Paraíba.** Tese (doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. João Pessoa, 2012.

GARBOIS, J. A.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. O Direito à Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 18, n. 1, p. 27-44, 2008.

HASSELMANN, M. H. *et al.* Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública**. v. 24, n. 5, p. 1187-1191, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasília, [online], 2010. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico - PNSB**. IBGE: Teófilo Otoni, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. [online], 2007. **Enciclopédia dos Municípios Brasileiros**. Histórico: Teófilo Otoni – MG, 2007. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/teofilootoni.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2017.

LOCH-NECKEL, G. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, Suppl.1, p.1463-1472, 2009.

MANTOVANI, M. F. *et al.* Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial. **Online Brazilian journal Nursing**. v. 7, n. 2, 2008. Disponível em: www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/downloadSuppFile/j.1676.../162. Acesso em: 11 out. 2017.

MARIN, N. S.; SANTOS, M. F.; MORO, A. S. Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos. Universidade de Marília, Marília, SP. **Rev Esc Enferm USP**. 2016, vol. 50, p.62. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0061.pdf> Acesso em: 09 out. 2017.

MINAS GERAIS. Polícia Militar de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.policiamilitar.mg.gov.br/portalpm/19bpm/conteudo.action?conteudo=325&tipoConteudo=subP>. Acesso em: 08 out. 2017.

MURIEL, D. M. A. *et al.* Estudo comparativo do nível de ansiedade, personalidade do tipo A e fatores de riscos associados a hipertensão arterial em pacientes hipertensos e não hipertensos. **Arch Med.** v. 6, n. 13, p. 339-46, 2006.

PIRES, C. A. A. **Estratégia de saúde da família na cidade de Teófilo Otoni-MG: perspectivas geográficas de uma rede de saúde no espaço intra-urbano.** Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2007.

SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A.; MOREIRA, F. G. A. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial uma tecnologia educativa em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.** v.16, n.11, p.4385- 4394, 2011.

SILVA, C. B.; LAGE, L. D. C.; NASCIMENTO, M. M.; NOGUEIRA, T. A. **A importância das mudanças no estilo de vida após a diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica:** revisão bibliográfica. Universidade. Monografia. Vale do Rio Doce. Curso de Ciências Biológicas e da Saúde, Governador Valadares, Minas Gerais, 2009, p.12.

SILVA, G. C. A. **Uso da medida da pressão em casa como estratégia de controle na pressão arterial de um grupo de hipertensos de Peruíbe – SP.** São Paulo, 2010, p. 172. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Parâmetros para controle, diagnóstico e tratamento HAS. **Rev.Bras. de Hipertensão.** v. 17, n. 1, p. 4-62, 2010.