

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

ROSANGELA DE CARVALHO REIS GRAVINA

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DR. RONALDO FURTADO DE TOLEDO**

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS
2019**

ROSANGELA DE CARVALHO REIS GRAVINA

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DR. RONALDO FURTADO DE TOLEDO**

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

Orientador: Professor (a). Ana Mônica Serakides Ivo

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2019

ROSANGELA DE CARVALHO REIS GRAVINA

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DR. RONALDO FURTADO DE TOLEDO**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a) Ana Mônica Serakides Ivo

Examinador 2: Professor Christian Emmanuel Torres Cabido

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda Equipe da Estratégia Saúde da Família Dr. Ronaldo Furtado de Toledo, que não mediram esforço em me ajudar na construção e conclusão deste trabalho, em especial a enfermeira Renata Evangelista Tavares. Aos pacientes aos quais nos dão motivação para continuar nos dedicando na busca de novas estratégias para melhor os atender.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade, ao meu marido pelo incentivo e força, aos meus filhos que são motivo principal desta busca em me aperfeiçoar e a minha orientadora pela paciência e orientação.

(Epígrafe)

**“Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que
você conquista”.**

Aldo Novak

RESUMO

A Hipertensão Arterial constitui um grave problema de saúde pública, sendo também um fator de risco para outras comorbidades e eventos agudos. O presente trabalho tem como objetivo elaborar um plano de ação para prevenção e controle da hipertensão na área de abrangência da equipe de Estratégia Saúde da Família Dr. Ronaldo Furtado de Toledo, na cidade de Piraúba, Minas Gerais. Foi realizado um diagnóstico situacional utilizando método de estimativa rápida em que foi identificado o elevado número de pacientes cadastrados hipertensos. Além disso, identificou-se que estes usuários possuem baixo nível de informação sobre o problema e prevenção um modo de vida não saudável e conseqüentemente, baixa adesão aos grupos de hiperdia, atividade física e alimentação, concomitante com a falta de estratégia de cuidado na Estratégia de Saúde da Família(ESF) . Por meio de planejamentos de ações dos profissionais especializados de forma multidisciplinar esperamos alcançar melhores respostas ao tratamento e controle das doenças nestes pacientes através de projetos como : População informada povo consciente, Mais saúde mais vida e Mantendo a linha do cuidado. Espera-se que a população no final dos projetos estejam mais informadas sobre seus problemas e riscos, melhorem seus hábitos de vida, aumente a aderência nos grupos operativos e consigamos a cobertura de 70%dos hipertensos controlados com risco cardiovascular aumentado.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, Planejamento em Saúde, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Hypertension is a serious public health problem and is also a risk factor for other comorbidities and acute events. The present work aims to elaborate a plan of action for the prevention and control of hypertension in the area of comprehension of the Family Health Strategy team Dr. Ronaldo Furtado de Toledo, in the city of Piraúba, Minas Gerais. A situational diagnosis was made using a rapid estimation method in which the high number of hypertensive patients was identified. In addition, it was identified that these users have low level of information about the problem and prevention of an unhealthy lifestyle and, consequently, low adherence to the hyperdia, physical activity and feeding groups, concomitant with the lack of care strategy in the Strategy Family Health Program (FHS). Through the planning of actions of specialized professionals in a multidisciplinary way we hope to achieve better responses to the treatment and control of the diseases in these patients through projects such as: Informed population informed people, More health more life and Keeping the line of care. It is expected that the population at the end of the projects will be more informed about their problems and risks, improve their life habits, increase adherence in the operating groups and achieve the coverage of 70% of hypertensive patients with increased cardiovascular risk.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde |
| CRAS | Centro de Referência a Assistência Social |
| DASH | Abordagem dietética para parar a hipertensão |
| DC | Débito Cardíaco |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| ER | Estimativa Rápida |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| PA | Pronto Atendimento |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |
| RVP | Resistência Vascular Periférica |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Priorização e seleção dos problemas segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento. | 16 |
| Quadro 2,3 e 4- Desenho das operações | 27. |

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

| | |
|---|----|
| 1.1. Informações sobre o município de Piraúba. | 12 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde. | 12 |
| 1.3 A Equipe de Saúde da Família Dr. Ronaldo Furtado de Toledo e seu território | 14 |

Excluído:

| | |
|--|----|
| 1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade..... | 15 |
| 1.5 Priorização dos problemas. | 17 |

| | |
|----------------------|----|
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 18 |
|----------------------|----|

| | |
|-----------------|----|
| 3 OBJETIVO..... | 19 |
|-----------------|----|

| | |
|--------------------|----|
| 4 METODOLOGIA..... | 20 |
|--------------------|----|

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

| | |
|--|----|
| 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica. | 21 |
| 5.2 Hipertensão arterial sistêmica e a atividade física..... | 23 |
| 5.3 Hipertensão arterial sistêmica e alimentação equilibrada. | 24 |

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

| | |
|--|----|
| 6.1 Descrição do problema selecionado..... | 26 |
| 6.2 Explicação do problema. | 26 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos. | 27 |
| 6.4 Desenho das operações. | 27 |

Excluído:

Excluído:

Excluído:

Excluído:

| | |
|------------------------------|----|
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS. | 34 |
|------------------------------|----|

| | |
|---------------------|----|
| 8 REFERÊNCIAS. | 35 |
|---------------------|----|

1 INTRODUÇÃO

1.1 Informações sobre o município de Piraúba

Excluído:

Piraúba é uma cidade com população de 11.080 (IBGE, 2016), localizada na Zona da Mata Mineira, a 240 Km da capital Belo Horizonte. A cidade vive basicamente da fruticultura e confecção e facções de roupas, cuja produção, quase em sua totalidade, é encaminhada para a Centrais Estaduais de Abastecimento (CEASA) e varejistas dos centros maiores.

A cidade tem uma forte tradição na área cultural, movimentando a região com seu carnaval e festas religiosas que traz pessoas de cidades vizinhas e outros estados. A política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm revezando á frente da administração municipal ao longo de décadas.

Há nove anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), atingindo a cobertura de 100% da população residente. Os estabelecimentos de atenção à saúde englobam quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Pronto Atendimento (PA). A demanda para média ou alta complexidade é encaminhada para a cidade de Ubá/MG e Juiz de Fora/MG.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

1.2.1 Financiamento da saúde

- Transferências Fundo a Fundo que são repasse do governo (janeiro a agosto/17): R\$ 806.946.42
- Recursos do próprio município aplicados até agosto/17: 19,3% do orçamento equivalente a R\$ 2.137.606.26. Este valor é superior aos 15% exigido por lei.
- Gasto *per capita*/ano: 265,51.

1.2.2 Rede de Serviços

- Atenção Primária: são quatro (UBS); Dr. Armando Xavier Vieira localizada no Bairro Piraubinha; UBS Prefeito André Carlos Ferreira Xavier localizada no bairro João Gonçalves da Neiva; UBS DR. Ronaldo Furtado de Toledo

localizada no bairro João Groppo; UBS Dr. Ana Lúcia Boim de Freitas localizada no bairro Boa Vista.

- Atenção Especializada: Tratamento fora do Município (TFD) cidade de Ubá: Pneumologista, Nefrologista, Endocrinologista, Gastroenterologista, Urologista, Ortopedista, Saúde Auditiva, Infectologista, Psiquiatria, Otorrinolaringologista. TFD/PPI (Programação Pactuada Integrada) cidade de Juiz de Fora: Mastologista, Oncologista, angiologista, cardiologista, dermatologista, endocrinologista, gastroenterologista, infectologista, infertilidade, nefrologista, oftalmologista, ortopedista, otorrinolaringologista, proctologista, psiquiatria, pneumologista, neurologista, reumatologista, oncologista e urologia.
- Atenção Urgência e Emergência: Pronto Socorro Municipal com poucos recursos, apenas para transferências quando necessário exames, internação ou atenção de média e alta complexidade, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU), UBS.
- Atenção Hospitalar: os pacientes que necessitam deste nível de atenção são encaminhados para cidade de Ubá.
- Apoio Diagnóstico: a cidade apresenta convênio com Telessaúde para auxiliar na condução de casos na unidade, assistência de um cardiologista, um ginecologista /obstetra uma vez na semana na Unidade e encaminhamento para serviço especializado fora da cidade em casos especiais. Possui um Laboratório Municipal, com exames de Raio X.
- Assistência Farmacêutica: existe a Farmácia Municipal que atende as quatro UBS, porém há insuficiência de medicações no estoque. A maior parte das medicações é dispensada por meio da Rede de Farmácia Popular.
- Relação entre os pontos de Atenção: englobam UBS, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Escolas Municipais e no Pronto Atendimento. Não existem protocolos para relação entre os pontos de atenção. Na verdade, essa relação depende exclusivamente do profissional que está exercendo a função. A comunicação basicamente é feita por telefone e o sistema de contra referência não funciona.
- Relação com outros Municípios: existe convênio de saúde com o Hospital Santa Isabel na cidade de Ubá que atende os casos de média e alta

complexidade, consultas e exames, e com o município de Juiz de Fora que é referência em oncologia.

- Consórcio de Saúde: Sim Saúde.
- Modelo de Atenção: Básico e Secundário.

1.3 A Equipe de Saúde Dr. Ronaldo Furtado de Toledo, seu território e sua população

A equipe de (ESF) da UBS Dr. Ronaldo Furtado de Toledo possui abrangência de aproximadamente 2.855 pessoas, em um total de 981 famílias. Apresenta sete microáreas, sendo cinco da zona rural. Por ser uma UBS que atende toda zona rural é uma unidade com elevada demanda. A UBS foi inaugurada em julho de 2009, localizada no centro da cidade e construída pensando na acessibilidade do usuário com dificuldade funcional, com presença de rampas de acesso e banheiros padronizados.

A área destinada à recepção é ampla e bem arejada. Algumas salas acabaram tendo outra finalidade por falta de espaço físico.

A Equipe da UBS Dr. Ronaldo Furtado de Toledo possui 17 integrantes: 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, um auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar de saúde (repcionista).

Microárea 1- corresponde zona rural, e é dividida entre dois ACS. O primeiro é responsável por 14 famílias, que totalizam oito hipertensos adscritos. A abrangência contempla as comunidades Brejão e Córrego das Posses. O segundo ACS é responsável por 90 famílias, com 65 hipertensos adscritos. A abrangência corresponde a Vargem Grande, Trevo, Córrego Vermelho e Graminha.

Microárea 2- corresponde a zona rural, e é dividida entre dois ACS. O primeiro atende 42 famílias, com 26 hipertensos, e abrange trecho específico do Córrego dos Ferreiras. O segundo ACS atende 86 famílias, com 46 hipertensos, abrangendo o Córrego dos Zuícas.

Microárea 3- corresponde a zona rural, e é dividida entre dois ACS. O primeiro é responsável por 65 famílias com 63 hipertensos. A região compreende trecho do Córrego dos Ferreiras e Taquaruçu. O segundo atende 50 famílias, com 38 hipertensos, abrangendo os Gravinhas e Órfãos.

Microárea 4- corresponde a zona rural, e conta com um ACS responsável por 111 famílias, com 46 hipertensos. Compreende as regiões de Volta da Ferradura, Quebra Canzil, São Domingos, Mangueiras e parte do Córrego Fundo.

Microárea 5- corresponde a zona rural, e conta com um ACS responsável por 155 famílias, com 107 hipertensos. Abrange Pirapitinga, Córrego dos Toledos, Córrego Fundo e Bom Jardim.

Microárea 6- corresponde a zona urbana, e conta com um ACS responsável por 180 famílias, com 140 usuários hipertensos. Abrange Bairro João Groppo e parte do Centro.

Microárea 7- corresponde a zona urbana, e conta com um ACS responsável por 193 famílias, com 145 hipertensos. Abrange Bairro Esplanada e parte do Centro.

O horário de funcionamento da UBS é de 7:00 às 16:00 horas, desde a sua implantação. A comunidade considera o horário de fechamento insuficiente, pois muitos estão trabalhando. Portanto o acesso ao serviço é limitado. Desta forma, quando a população necessita de atendimento fora do horário de funcionamento da UBS, a porta de entrada acaba sendo o PA da cidade com demandas que são sensíveis a atenção básica.

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

Após diagnóstico situacional foi possível identificar diferentes problemas como, por exemplo:

- Baixo nível de informação dos usuários quanto aos problemas de saúde e a forma de prevenção e tratamento;
- Descontinuidade ou falta de adesão ao tratamento;

- Dificuldade de aderência e continuidade em grupos cooperativos;
- Grande número de usuários com hipertensão arterial;
- O horário de preferência de grande parte da população trabalhadora não corresponde com a disponibilidade da UBS e dos grupos cooperativos;
- Pouca utilização do serviço de contra-referência;
- Aumento da demanda no serviço de saúde;
- Ausência de recursos como exames de emergência, levando ao deslocamento para cidade de Ubá para realização dos mesmos;
- Ausência de atendimento hospitalar na cidade;
- Rotatividade de profissional médico;
- Judicialização;

1.5 Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas de saúde do território, eles foram colocados em uma ordem de prioridade (Quadro 1).

Excluído:

Quadro 1 - Priorização e seleção dos problemas segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, identificados no diagnóstico situacional da população adscrita a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Dr Ronaldo Furtado de Toledo, Piraúba, Minas Gerais.

Excluído: ¶

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|---|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Elevado número de usuários com hipertensão arterial | Alta | 10 | Dentro | 1 |
| Baixo nível de informação dos usuários quanto aos problemas de saúde e a forma de prevenção e tratamento. | Alta | 10 | Dentro | 1 |
| Descontinuidade ou falta de adesão ao tratamento | Alta | 9 | Parcial | 2 |
| Dificuldade de aderência e continuidade em grupos cooperativos | Alta | 8 | Parcial | 2 |
| O horário de preferência de grande parte da população trabalhadora não corresponde com a disponibilidade da UBS e dos grupos cooperativos | Médio | 7 | Parcial | 3 |
| Pouca utilização do serviço contra-referência | Médio | 7 | Parcial | 4 |
| Aumento da demanda no serviço de saúde. | Médio | 6 | Fora | 5 |
| Ausência de recursos como exames de emergência, levando ao deslocamento para cidade de Ubá para realização dos mesmos | Médio | 6 | Fora | 6 |
| Ausência de atendimento hospitalar na cidade | Médio | 6 | Fora | 7 |
| Rotatividade do profissional médico | Médio | 6 | Fora | 7 |
| Judicialização | Médio | 5 | Fora | 8 |

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que as DCNT são responsáveis por 68% de um total de 38 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2012. No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, tendo sido responsáveis, em 2011, por 68,3% do total de mortes, com destaque para doenças cardiovasculares (30,4%) (VIGITEL, 2017). A mortalidade por doenças cardiovasculares aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (BRASIL, 2014).

Os modos de vida saudáveis têm uma associação direta com a redução dos riscos relacionados Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que em sua fase inicial não manifesta sintomas. A prevenção primária é a forma mais efetiva de controle desse agravo e a atenção primária tem um papel importante nesse aspecto (BRASIL, 2014).

Desse modo, são necessários esforços que visem o controle da HAS e a prevenção de comorbidades relacionadas a este agravo. Portanto, o presente estudo justifica-se por contribuir para o planejamento de intervenções em uma UBS, capaz de impactar positivamente na redução da incidência e de comorbidades da HAS, melhorando a qualidade de vida da população adscrita.

Além disso, a temática investigada está em consonância com o Plano de Ação Global para Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis, aprovado na Assembléia Mundial de Saúde em Genebra, que apresenta a meta de reduzir em 25% a prevalência de pressão arterial elevada, até 2025 (WHO, 2013).

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação para prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da equipe de Estratégia Saúde da Família Dr. Ronaldo Furtado de Toledo.

4 METODOLOGIA

Este estudo trata-se da elaboração de um plano de intervenção com vistas a redução da prevalência e incidência das HAS na área de abrangência da equipe de Estratégia de Saúde da Família Dr. Ronaldo Furtado de Toledo.

Para conhecimento da dimensão dos problemas da referida comunidade, foi primeiramente, realizado o diagnóstico situacional utilizando o método de Estimativa Rápida (ER) proposto por Campos, Faria, Santos (2010). Foram identificados diversos problemas na comunidade (Quadro 1), porém o elevado número de usuários com HAS foi o problema priorizado para enfrentamento neste estudo.

Após a seleção da elevada incidência de HAS como principal problema a ser enfrentado, foi realizada uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Estabeleceu-se como critérios de inclusão textos completos, publicados em português no período entre 2003 a 2018, disponíveis gratuitamente para leitura na íntegra. Foram consultados ainda documentos e manuais do Ministério da Saúde sobre o tema. Utilizou-se as palavras-chave e descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica, tratamento, sintomas, modos de vida saudáveis, estilo de vida saudáveis e termos correlatos.

Com base nestas informações foi possível desenvolver plano de ação por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES), representado pelos seguintes passos: definição dos problemas; priorização dos problemas; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos nós críticos e desenho das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2017), a HAS é uma doença crônica não transmissível, de alta prevalência, considerada um dos principais fatores de risco cardiovasculares modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública nacional e internacional.

Trata-se da principal causa de óbito prevenível no mundo, sendo responsável por 13,0% das mortes. Em 2000, a prevalência mundial era estimada em torno de 26,0%, devendo passar para 29,0% em 2025. Esse percentual equivale a aproximadamente 1,56 bilhão de pessoas acometidas (KARAKURT; KASILÇI, 2012).

Os homens apresentam maior prevalência de HAS quando comparado com as mulheres. Estudo da Organização Mundial de Saúde estimou globalmente maiores prevalências entre os homens (29,2%) em comparação com as mulheres (24,8%) (WHO, 2015). O mesmo ocorreu na região das Américas: 26,3% para o sexo masculino e 19,7% para o feminino; e no Brasil: 25,8% da população adulta masculina e 20,0% no feminino (MALTA; SANTOS; PERILLO, 2016; VIGITEL, 2018).

A elevada prevalência da hipertensão arterial tem ainda relação direta com a idade, pois as alterações fisiológicas do envelhecimento, como maior enrijecimento dos vasos sanguíneos, causam maior resistência vascular periférica e comorbidades em idosos (MALTA et al., 2018).

A hipertensão arterial pode ser definida como uma disfunção de um ou mais elementos controladores da pressão arterial, caracterizada por níveis constantemente elevados. O diagnóstico da HAS realiza-se com base na elevação sustentada dos níveis pressóricos sistólico ≥ 140 mmHg e/ou 90 mmHg na diástole (BRASIL, 2014).

A HAS pode estar associada às alterações metabólicas e morfofuncionais de órgãos-alvos, como coração, rim e cérebro (ANDRADE; LIRA, 2016). Frequentemente pode ser agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes *mellitos* (SBC, 2017).

O tratamento medicamentoso é indicado, associado a adoção de um estilo de vida mais saudável, com mudança de hábitos alimentares, redução do consumo de sódio, atividade física regular, abandono do tabagismo, consumo de álcool com moderação, entre outros (ANDRADE; LIRA, 2016).

Na terapia farmacológica existem sete classes de medicamentos para tratar a HAS. Os anti-hipertensivos são divididos pelo mecanismo farmacológico de ação: diuréticos, vasodilatadores diretos, bloqueadores de canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II, inibidores direto da renina e inibidores adrenérgicos (BRASIL, 2014). A prescrição é exclusiva do médico (BRASIL, 2014).

As principais complicações da hipertensão são derrame cerebral, também conhecido como Acidente Vascular Cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica. Além disso, a hipertensão pode levar a uma hipertrofia do músculo do coração, causando arritmia cardíaca. O tratamento de hipertensão de forma contínua, amplia a qualidade e expectativa de vida das pessoas (SBC, 2017).

Estabelece-se como porta de entrada preferencial para os usuários com HAS a Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente por meio da ESF, que tem como propósito reduzir as desigualdades de acesso, integralizar as ações de saúde e manejar as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde preconiza estratégias de promoção da saúde, de caráter educativo, esquemas terapêuticos baseados em consultas médicas regulares e ações multiprofissionais, para o cuidado da pessoa com hipertensão (BRASIL, 2014).

Estudo que analisou a satisfação acerca da acessibilidade ao tratamento de pessoas com HAS acompanhadas na ESF, revelou que há insatisfação dos usuários com relação à pouca ou nenhuma frequência de visitas domiciliares, sendo um dos indicadores com pior avaliação (REGO et al., 2018). A visita domiciliar pode ser multidisciplinar e configura-se como estratégia oportuna para compreender como as pessoas cuidam de si e a dinâmica familiar, o que influencia diretamente no processo de adesão ao tratamento medicamentoso (REGO et al., 2018).

Ainda no referido estudo, o tempo de espera para ser atendido superior a 60 minutos, foi outro resultado insatisfatório relatado pelas pessoas com HAS. Esse

resultado está articulado ao acolhimento, que deve ser de caráter humanizado, planejado pela equipe de saúde e ofertar serviços eficazes (REGO et al., 2018).

A assistência da pessoa com hipertensão na atenção básica deve ter como premissa o compartilhamento de informações, ou seja, a equipe/profissional de saúde deve viabilizar o conhecimento sobre os principais aspectos e implicações da doença e a importância de seguir as orientações para o autocuidado, viabilizando a autonomia. Essa postura auxilia a pessoa a reorganizar-se emocionalmente e adaptar-se diante da condição crônica vivenciada (PEREIRA; LANZA; VIEGAS, 2019).

É imprescindível o investimento em capacitação da equipe de saúde para melhoria da atenção dispensada à população com HAS, para assistência integral e resolutiva.

5.2. Hipertensão arterial sistêmica e a atividade física

A prática de atividade física regular tem sido considerada um grande aliado na prevenção e tratamento da hipertensão (SBC, 2017). O treinamento físico aeróbio promove um importante efeito hipotensor em pacientes hipertensos e, por esse motivo, tem sido recomendado no tratamento da hipertensão arterial (FORJAZ et al., 2003). Assim, os exercícios de baixa intensidade, que promovem melhora da resistência muscular localizada (RML), causam aumentos modestos da pressão arterial durante sua execução, reduzem essa pressão após sua realização, e, em longo prazo, podem promover uma pequena diminuição da pressão arterial de hipertensos.

Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão a inatividade física tem sido considerada “o maior problema de saúde pública” por ser o mais prevalente dos fatores de risco e a segunda causa de morte no mundo. A sobrevivência é menor em pessoas que passam a maior parte do tempo sentadas do que naquelas que passam pouco tempo sentadas (SBC, 2017).

Como a pressão arterial é determinada pela interação entre débito cardíaco (DC) e a resistência vascular periférica (RVP), a redução da PA após um período de treinamento deve estar intimamente relacionada com diminuição simultânea ou isolada dessas duas variáveis (ANDRADE; LIRA, 2016). Os exercícios aeróbicos

para pacientes hipertensos devem envolver grandes grupamentos musculares em movimentos cíclicos (andar, correr, pedalar), ser de longa duração, ter frequência de três ou mais vezes por semana e intensidade de 50% a 70% do consumo máximo de oxigênio ou da frequência cardíaca de reserva (ANDRADE; LIRA, 2016).

Fica evidente a necessidade de diferentes abordagens intervencionistas na tentativa de se prevenir e tratar a HAS. Além do tratamento medicamentoso, a adoção de um estilo de vida mais saudável tem sido amplamente recomendada sendo a prática regular de exercícios físicos uma das mais eficazes. O baixo custo de uma simples caminhada, a natureza não farmacológica e os benefícios psicossociais de uma vida menos sedentária aumentam ainda mais o apelo dessa terapêutica (REIS et al., 2012).

5.3 Hipertensão arterial sistêmica e alimentação equilibrada.

Entre os hábitos de vida, alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela morbidade e pela alta prevalência das doenças crônicas. Dentre eles os hábitos e atitudes que contribuem para o aumento do sobrepeso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral, alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes juntamente ao padrão alimentar baseado em alimentos industrializados (BRASIL, 2014, p.63).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2017) o padrão alimentar deve ser resgatado por meio do incentivo à alimentação saudável, juntamente da orientação sobre a seleção dos alimentos, o modo de preparo, a quantidade e as possíveis substituições alimentares, sempre em sintonia com a mudança do estilo de vida. Observa-se que o excesso de massa corporal pode ser responsável por 20% a 30% dos casos de HAS, sobretudo quando a deposição de gordura se concentra na região abdominal. Adicionalmente, denota-se que a boa qualidade da dieta relaciona-se intrinsecamente ao controle dos níveis pressóricos (SBC, 2017).

Uma alimentação saudável deve fazer parte de qualquer programa de prevenção de doenças. Preocupados com os casos de hipertensão nos Estados Unidos, cientistas do Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue dos Estados

Unidos (NHLBI, na sigla em inglês) criaram a dieta Dash no final dos anos 90, como um guia alimentar para melhorar esses índices (ABN, 2019).

A dieta (DASH) (Dietary Approaches to stop Hypertension significa “Abordagem dietética para parar a hipertensão” na tradução livre do inglês, preconiza o consumo de frutas, verduras, produtos lácteos com baixo teor de gordura, cereais integrais, peixe, aves e nozes, ao mesmo tempo que incentiva um menor consumo de carne vermelha, doces e açúcares. Seu consumo resulta em aumento na ingestão de potássio, magnésio, cálcio e fibras, que contribuem para redução dos níveis pressóricos. A dieta DASH também contribui para uma menor incidência de insuficiência cardíaca e tem se mostrado uma alternativa de prevenção e tratamento da HAS pela redução de níveis pressóricos de pacientes hipertensos (PIPER et al., 2012).

Em um recente estudo observacional realizado por Fung et al. (2012), 47 mulheres com boa aderência à dieta DASH tiveram uma redução de 24% no risco de doença coronariana e 18% no risco de AVC. A dieta DASH parece ser uma estratégia não medicamentosa promissora, de baixo custo e sem efeitos colaterais, para a prevenção do AVC.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “grande número de usuários com hipertensão arterial”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

| DESCRITORES | VALORES | FONTES |
|--------------------------|---------|--------------------|
| Hipertensos cadastrados | 684 | Registro de equipe |
| Hipertensos acompanhados | 651 | Registro de equipe |
| Hipertensos controlados | 274 | Registro de equipe |

6.2 Explicação do problema selecionado

O elevado número de pacientes cadastrados com diagnóstico de hipertensão arterial que possuem baixo nível de informação sobre o problema e sua prevenção, concomitantemente com a baixa adesão aos grupos de hiperdia, atividade física e alimentação saudável aumentam os fatores de risco cardiovasculares provenientes do sedentarismo, obesidade, dislipidemia, tabagismo.

Devido ao baixo nível de informação os usuários não entendem a importância do controle e da prevenção de fatores de risco, muitas vezes modificáveis por mudanças de hábitos, como alimentação equilibrada, início de uma atividade física e cessação do tabagismo.

6.3 Seleção dos nós crítico

Depois desta análise selecionamos como "nós críticos" para o grande número de usuários com hipertensão arterial:

- Baixo nível de informação sobre hipertensão arterial.
- Hábitos e modos de vida não saudáveis.
- Falta de estratégias de cuidado na ESF, referência e contra referência para esta finalidade.

Excluído:

6.4 Desenho das operações

| Nó Crítico | Operação/Projeto | Resultados Esperados | Produto | Recursos Necessários |
|--|---|--|---|---|
| Baixo nível de informação sobre hipertensão arterial | Operação: "População informada, povo consciente". Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial | População mais informada sobre hipertensão arterial | Programa de rádio local - levar informação a fábricas, escolas público Infantil, Jovens e Adultos. Panfletos, palestras e capacitação dos Agentes comunitários de saúde. | Cognitivo: Conhecimento sobre estratégia de informação Organizacional. Organização de agenda para adequar os horários das escolas e fábricas Político: Articulação e parceria com estratégia de saúde da família Financeiro: financiamento de recursos áudio visuais, e panfletos informativos. |
| Modo de vida não saudáveis | Projeto: "Mais saúde mais vida". Melhorar e/ou modificar o estilo de vida | População com melhores hábitos, como prática de atividade física, alimentação controlada | Caminhadas, aulas de atividade variadas (zumba, alongamento | Organizacional: Divulgação dos grupos, locais para atividade, mobilização social . Financeiro: Recursos para culinária e som decisão de aumentar a carga horária ou contratar mais |

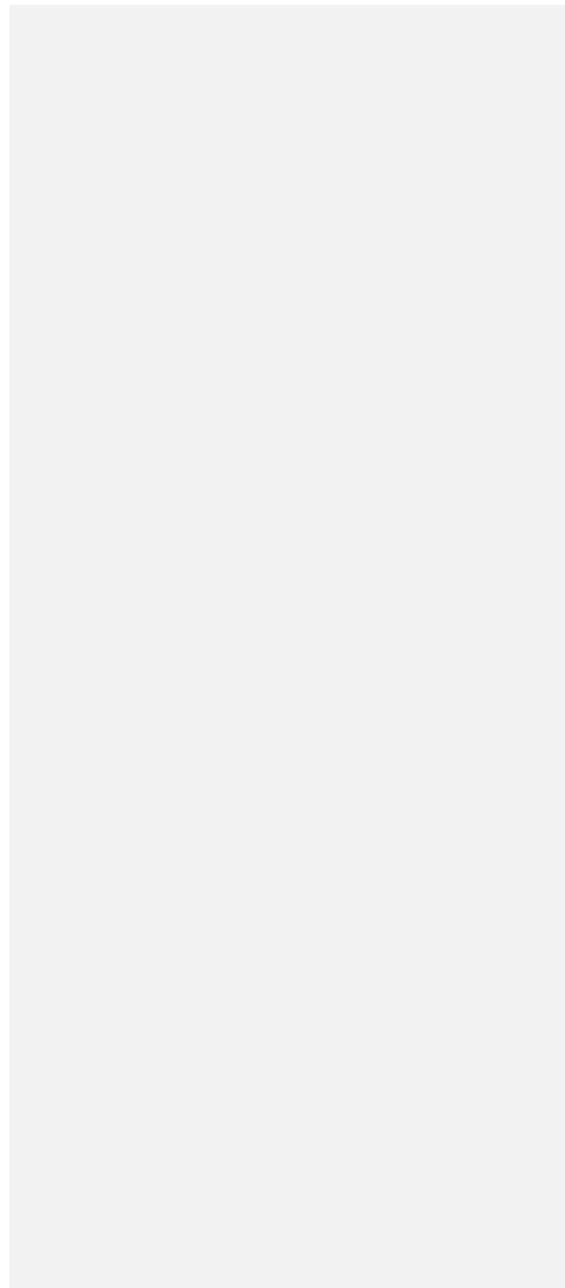
Excluído:

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | | | localizada) em vários horários e locais da cidade. Grupo de alimentação saudável nas UBS e nos locais onde ocorre atividade física. Oficina de culinária saudável. Organização e planejamento de método de acompanhamento antropométrico | profissional ou de outros setores Político: articulação e parceria com a Equipe de Estratégia de Saúde da Família e de mais secretarias, locais para as atividades. |
| Falta de estratégias de cuidado na ESF | Operação: Mantendo na linha do cuidado. Implantar a linha de cuidado para hipertensos | Cobertura de 70% dos hipertensos com risco cardiovascular aumentado | Capacitação do pessoal e protocolos e linha de cuidado implantados, capacitação da | Político: Articulação entre setores a saúde e adesão dos profissionais adequação do fluxo de referência e contra referência Financeiro: Automóvel disponível da equipe fazer visitas à população com grau |

Excluído:

Excluído:

| | | | | |
|--|--|--|--------|--|
| | | | equipe | de risco aumentado principalmente na zona rural. |
|--|--|--|--------|--|



Quadro2- Operações sobre o “nó crítico ” relacionado ao problema “.Baixo nível de informação ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Ronaldo Furtado de Toledo , do município Piraúba , estado de Minas Gerais.

| | |
|--|---|
| Nó crítico | Baixo nível de informação sobre hipertensão arterial |
| Operação | Aumentar o nível de informação e conhecimento da população sobre hipertensão arterial |
| Projeto | População informada povo consciente |
| Resultados esperados | População mais informada sobre seu problema, hipertensão arterial, novas atitudes como: aderência ao um grupo de atividade física, e ao grupo de alimentação saudável. |
| Produtos esperados | Programa de radio local ,levar informação as fábricas, escolas público infantil ,jovens e adultos. Panfletos, palestras . Educação permanente para agentes comunitários de saúde e equipe de Estratégia de Saúde da Família |
| Recursos necessários | Estrutural: Equipe responsável para elaboração de conteúdos, panfletos e falas no programa de rádio. Cognitivo:Conhecimento sobre estratégia de informação Financeiro: Financiamento de recursos áudio visuais, e panfletos informativos. Político: Articulação e parcerias com Estratégia de Saúde da Família, Radio local e Secretaria de Educação e Saúde |
| Recursos críticos | Político: Adesão do Gestor local |
| Controle dos recursos críticos | Gestores (Favorável), Secretaria de saúde (Favorável) |
| Ações estratégicas | Reunião de equipe, elaboração de tarefas e divisão da mesma, reunião intermunicipal (Direção Rádio Local , Secretaria de Educação, Coordenadora da Atenção Básica e NASF) capacitação dos ACS. |
| Prazo | Prazo de quatro semanas para reunião de equipe e divisão e elaboração de tarefas . Prazo de quatro meses para as atividades como: sala de espera , palestras, panfletagem e programa de radio. E prazo de dois meses para verificação 'de novas adesões aos grupos operativos e aplicação de questionário de avaliação .Prazo de dois mês para reuniões e discussão de novas estratégias se necessário. Total 12 meses. |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Enfermeira da Unidade Básica , Coordenadora da Atenção Básica e Equipe NASF |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Campanha educativa na rádiol local. Elaboração panfletos , e palestras para escolas e salas de espera. Observação do aumento ou não de pessoas com hipertensão nos grupos operativos , e questionário de avaliação. |

Quadro 3– Operações sobre o “nó crítico ” relacionado ao problema “.Modo de vida não saudável ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Ronaldo Furtado de Toledo , do município Piraúba , estado de Minas Gerais.

| | |
|--|---|
| Nó crítico | Modo de vida não saudável |
| Operação | Melhorar ou modificar o estilo de vida |
| Projeto | Mais saúde mais vida |
| Resultados esperados | População com melhores hábitos, como prática de atividade física, alimentação controlada. |
| Produtos esperados | Programas de caminhada e aulas com atividades variadas como : zumba , alongamento, exercícios resistidos. Grupo de alimentação saudável na UBS Oficina de culinária ,organização e planejamento de método de acompanhamento antropométricos em todos os grupos. |
| Recursos necessários | Estrutural:Divulgação dos grupos, locais para atividades Cognitivo: Informações a população sobre a importância dos grupos de atividade física e alimentação e como será realizado, dias horários e como será importância da assiduidade. Financeiro: Recursos para culinária e aparelho de som decisão de aumentar a carga horária ou contratar mais profissionais ou de outros setores. Político: Articulação e parcerias com a Equipe de Estratégia de Saúde da família e de mais secretarias, locais para as atividades. |
| Recursos críticos | Político: Adesão do gestor local Financeiro: Contração de mais profissionais |
| Controle dos recursos críticos | Prefeito (Favorável) Gestores (favorável) |
| Ações estratégicas | Reunião de equipe e intersetorial (Cras, Secretaria de Educação, NASF, Secretaria de Saúde Coordenadora de Atenção Basica) Divulgação dos grupos |
| Prazo | Seis meses para estruturação da equipe, divulgação e organização dos horários dias e locais dos grupos operativos e início das atividades. E seis meses de execução com avaliação antropométrica de mês a mês . |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Equipe NASF , Coordenadora de Atenção Básica e Coordenadora de Saúde |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Reuniões, frequência nos grupos operativos, avaliações e controle de peso e circunferência e pressão e questionário avaliativo. |

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico ” relacionado ao problema “Falta de estratégia de cuidado ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Ronaldo Furtado de Toledo , do município Piraúba , estado de Minas Gerais.

| | |
|--|---|
| Nó crítico | Falta de estratégia de cuidado na ESF |
| Operação | Implantar a linha de cuidado para hipertensos |
| Projeto | Mantendo na Linha do cuidado |
| Resultados esperados | Cobertura de 70% dos hipertensos com risco cardiovascular aumentado . |
| Produtos esperados | Capacitação da equipe através de educação permanente reunião de equipe para elaboração do protocolos e linha de cuidado |
| Recursos necessários | Estrutural: Adequação do protocolo de referência e contra referência Cognitivo: Adesão dos profissionais Financeiro: Automóvel disponível da equipe para fazer visita à população com grau de risco aumentado principalmente na zona rural. Político:Articulação entre setores da saúde. |
| Recursos críticos | Cognitivo: Adesão dos profissionais Político: Adesão do gestor local Financeiro: Automóvel disponível |
| Controle dos recursos críticos | Favorável |
| Ações estratégicas | Reunião intersetorial(Pronto Atendimento, Enfermeiras , Médicos e Secretaria de Saúde(gestores e coordenação), agentes comunitários, Coordenadora de Atenção Básica e NASF. |
| Prazo | 6 meses para reuniões, construção de um protocolo de referência e contra referência e implantação. |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Enfermeira da UBS, Coordenadora de Atenção Básica e Coordenadora de Saúde |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Planejamento das ações através de reuniões, execução dos planos de cuidado e avaliação do número de casos efetivos . |

6.5 Avaliação e Monitoramento

Tem o propósito de subsidiar a gestão dos programas com informações mais aprofundadas e detalhadas sobre o funcionamento e os efeitos do programa, levantadas nas pesquisas de avaliação. Após o levantamento e planejamento das ações e execução dos planos e projetos, cabe a equipe monitorar e avaliar para possíveis correções e modificações necessárias controlando a efetivação dos resultados. Com isso o monitoramento será realizado através de coletas dos dados do número quantitativo de palestras, informativos e população participativa. Controle através de avaliações de peso, circunferência, aferição de pressão, teste de aptidão física e frequência nos grupos operativos. Controle quantitativo de consultas na UBS e agravos. Tudo isso fotografado e registrado na periodicidade de quatro meses. Após informações geradas pelos indicadores dos resultados, reunião de equipe e gestores para acompanhamento físico-financeiro que visa verificação da situação da execução daquilo que foi planejado e inserido na peça orçamentária que disciplina os gastos e investimentos de programas, ações e projetos e apuração e análise de pontos positivos e negativos para implantação de novas estratégias de cuidados para efetivação do objetivo traçado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é um dos grandes desafios da saúde pública em todo o mundo. A dificuldade de mudança de comportamento e a aderência a um estilo de vida mais saudável, além da falta de conhecimento da população sobre os riscos cardiovasculares e as formas de cuidado envolvendo a mudança do estilo de vida, configuram-se como uma das principais barreiras para a prevenção e tratamento desta doença.

O planejamento de ações por profissionais especializados pode contribuir para mudança de estilo de vida, maior adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Almeja-se que, melhorando os conhecimentos da equipe de saúde de nosso PSF, tais profissionais atuem de forma multidisciplinar, para que possamos alcançar uma orientação adequada e a redução e o controle da HAS na população através dos projetos que serão desenvolvidos para esse propósito de aumentar o entendimento e a compreensão do usuário sobre as formas de cuidado e a participação efetivas nos grupos aderindo um estilo de vida mais saudável e um controle consciente da sua doença.

A equipe se mostra favorável a novas proposta de organização dos trabalhos a fim de poder proporcionar melhor efetividade no cuidado da saúde do seu usuário e adquirir novos conhecimento e novos olhares.

8 REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. S.; LIRA, C. A. B. **Fisiologia do Exercício**. 1 ed. São Paulo. Manole, 2016.

Excluído: .

ABN. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. Dieta DASH, 2019. Disponível em: <http://abran.org.br/2019/01/14/dieta-dash/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2017 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_saude_suplementar.pdf.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 3. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

FORJAZ, C. L. M.; REZK C. C.; MELO, C. M.; SANTOS, D. A.; TEIXEIRA, L.; NERY, S. S.; TINUCCI, T. Exercício resistido para o paciente hipertenso: indicação e contra-indicação. **Rev Bras Hipertens**. v.10, n.2, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades do Brasil**. IBGE, 2016 Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/tras/nome.php>.

KARAKURT, P.; KASILÇI M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. **J Vasc Nurs**. v.30, n.4, p.118-126, 2012.

MALTA, D. C., SANTOS, N. B., PERILLO, R. D., SZWARCOWALD C. L. Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population National Health Survey. **São Paulo Med J.** v.134, n.2, p.163-170, 2016.

MALTA, D. C. et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos. Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. bras. Epidemiol.** v.21, supl.1, e180021, 2018.

PEREIRA, N. P. A; LANZA, F. M.; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. Vidas em tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: sentimentos e comportamentos. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.72, n.1, p.102-110, fev., 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n1/pt_0034-7167-reben-72-01-0102.pdf.

Excluído:

PIPER, V. A. et al. Dieta DASH na redução dos níveis de pressão arterial e prevenção do acidente vascular cerebral. **Scientia Medica.** v.22, n. 2, p.113-118, 2012.

REIS, S. M. et al. Análise de resposta pressórica mediante exercício físico regular em indivíduo normotenso, hipertensos e hipertensos-diabéticos. **Rev Bras Cardiol.** v.25, n.4, p.290-298, 2012.

REGO, A. S. et al. Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 39, e20180037, 2018.

Excluído:

Excluído:

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.109, n.2.sup1., 2017

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020.** Geneva: World Health Organization, 2013.