

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

SOLANGEL PERÓ FAVIER

INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO TERRITÓRIO
DE TOMBADOURO/MINAS GERAIS

DIAMANTINA/MINAS GERAIS

2017

SOLANGEL PERÓ FAVIER

**INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO TERRITÓRIO
DE TOMBADOURO/MINAS GERAIS**

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

Orientador: Dra. Maria Marta Amancio Amorim.

DIAMANTINA/MINAS GERAIS

2017

SOLANGEL PERÓ FAVIER

**INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL
NO TERRITÓRIO DE TOMBADOURO/MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim.

Examinador 2: Professora Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 12 de outubro de 2017.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

À minha família, por seu contínuo apoio.

À Revolução Cubana por dar-me a possibilidade de estudar medicina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço

À minha equipe de saúde por sua colaboração na realização deste trabalho.

À minha professora Daniela Coelho Zazá por suas orientações e conselhos.

Ser internacionalista é saldar nossa própria dívida com a humanidade. Quem não seja capaz de lutar por outros não vai ser nunca suficientemente capaz de lutar por si mesmo.

Fidel Castro Ruz.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo um problema grave de saúde pública no Brasil, cuja prevalência varia entre 22% e 44% para adultos. Identificamos mediante o diagnóstico situacional da comunidade Tombadouro, localizado no município Datas, Minas Gerais, elevada prevalência de Hipertensão Arterial decorrente da interação de fatores genéticos predisponentes com determinantes sociais de saúde desfavoráveis para a população. A Hipertensão Arterial foi escolhida como o problema prioritário devido ao impacto na morbimortalidade da população. Assim este estudo objetivou apresentar um projeto de intervenção para modificar os principais fatores de risco de hipertensão arterial e diminuir a morbimortalidade na comunidade de Tombadouro. Realizou-se uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual Saúde, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica, utilizando os descritores Estratégia Saúde da Família, Hipertensão arterial, Fatores de risco. Mediante o planejamento estratégico situacional foi elaborado o plano de intervenção no qual se pretende mudar hábitos e estilos de vida inadequados, aumentar o conhecimento dos usuários sobre hipertensão, além de promover o autocuidado, melhorar a qualidade dos serviços de saúde e o trabalho da equipe, para dar cumprimento a nosso objetivo que é a diminuição da morbimortalidade por hipertensão.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão arterial. Fatores de risco.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is one of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases, being a serious public health problem in Brazil, whose prevalence ranges from 22% to 44% for adults. We identify in the situational diagnostic of health of Tombadouro community, located in the municipality Datas, Minas Gerais, high prevalence of arterial hypertension caused by genetics factors associated to social determinants of health into population. The Arterial Hypertension was selected as main problem because of impact in the morbimortality of Tombadouro. This study aimed to develop an intervention project for to modify the main risk factors of hypertension for to reduce the morbimortality of the Tombadouro community. For this was made a bibliography of research in Library Virtual of Saúde, Latinoamerican's Literature in Science of Health, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online and with descriptors health family strategy, arterial hypertension, and risk factors. By means of strategic situational plain was elaborated a plan of intervention that pretend to realize education in health, to increase of knowledge about hypertension and to promote self-care, modify styles of life for to complete our objective that is a reduction of morbimortality by hypertension.

Key words: Family Health Strategy. Hypertension. Risk Factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação para Saúde na Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Breves informações sobre o município Datas	12
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 A Equipe de Saúde da Família de Tombadouro, seu território e sua população.	15
1.4 Aspectos demográficos	17
1.5 Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF	18
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	21
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	23
4 METODOLOGIA	24
5 REFERENCIAL TEÓRICO	27
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS.	49

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos grandes problemas para a saúde pública no Brasil, agravada por sua prevalência e detecção quase sempre tardia, além de constituir um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (RONDON; BRUM; 2003).

A HAS, considerada assassina silenciosa, é o maior problema social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo sendo conhecida a eficácia e efetividade de várias das medidas preventivas e de controle disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a HAS continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde (RONDON; BRUM; 2003).

A prevalência da hipertensão no Brasil, realizada em algumas cidades do Brasil varia de 22,3% a 43,9%, aumenta com a idade e os indivíduos negros são afetados duas vezes mais que os brancos (RONDON; BRUM; 2003).

Devido a sua elevada prevalência na população brasileira, vem tornando-se um problema de saúde pública de grande importância, pois reduz a expectativa de vida e traz muitas complicações, cardíacas, renais, além de elevado custo econômico e social (RONDON; BRUM; 2003)

Segundo o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Sistema único de Saúde (SUS), em 2000 os gastos com internações por HAS foram de R\$ 17 milhões, sendo que esse valor não reflete o real problema, pois não contemplam as internações por outras causas cardiovasculares, em que a HAS atuaria como coadjuvante (RONDON; BRUM; 2003).

O município Datas/MG, especialmente a comunidade de Tombadouro, não fica fora dessa realidade, sendo a principal causa de morbimortalidade no território.

1.1. Breves informações sobre o município Datas

Datas é um município do Estado de Minas Gerais e os habitantes são denominados datenses. O município possui 310,1 km², com 5 210 habitantes no último censo e densidade demográfica de 16,8 habitantes por km². Gouveia, Presidente Kubitschek e Diamantina são os municípios vizinhos. Situa-se a 24 km a Sul - Oeste de Diamantina a maior cidade nos arredores (DATAS, 2010).

1.1.1. História da cidade de Datas

O início do povoamento desta localidade foi em 1825, origem idêntica das demais cidades influenciadas pelas descobertas do ouro e diamante da região do Tijuco (IBGE, 2010).

Os garimpeiros foram para Datas em busca da riqueza dos solos ainda inexplorados. Para garimpá-lo tinham que ter uma autorização do Rei de Portugal, e recebiam uma DATA, ou seja, um lote de terra marcada para a sua exploração (IBGE, 2010).

Nas terras de Datas encontraram, com abundância, diamante nos veios dos rios, sobretudo no veio do Rio de Datas. O número de garimpeiros aumentou consideravelmente nas "Datas do Rei", que a região, mais tarde, ficou conhecida por "DATAS D'EL REI" (IBGE, 2010).

A descoberta das pedras preciosas atraiu para o local, garimpeiros mais abastados com escravos e comerciantes de origem portuguesa, que levaram os primeiros carpinteiros, pedreiros, ourives, barbeiros, alfaiates. Em 1870 foi erigida a Igreja do Divino Espírito Santo, padroeiro da localidade (IBGE, 2010).

O primeiro nome dessa localidade foi Datas D'El Rei e mais tarde, com a separação da Coroa de Portugal, "DATAS", permanecendo este mesmo nome quando foi elevada à categoria de vila, em 1891 (IBGE, 2010).

Atualmente a cidade vive basicamente da agricultura do morango, milho e batata, com desenvolvimento industrial escasso. A atividade política partidária é comandada pelo partido dos trabalhadores. Têm uma forte tradição cultural com festivais de forró, de música sertaneja, do morango, do milho verde e festas religiosas. A religião predominante é o cristianismo, com maior número de seguidores nas igrejas católica apostólica romana – 4406 e evangélica – 627 (IBGE, 2010).

Com respeito aos dados econômicos mais relevantes temos que o Produto Interno Bruto (PIB) é de R\$ 26 411 169 e o PIB *per capita* a preços correntes - 2014: R\$8.682,90. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - 2010 (IDHM) é 0,616 (DATAS, 2010).

1.2. O sistema municipal de saúde

1.2.1 Financiamentos da saúde.

O financiamento da saúde no município é feito em grande parte por transferências do governo federal e outra parte menor com recursos próprios. O gasto *per capita* anual é de R\$ 3020.93 (DATAS, 2017).

1.2.2 Redes de serviços.

O município conta com serviço de atenção primária que tem implementada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com duas equipes, uma na zona urbana e outra na zona rural. Não conta com serviços de atenção especializada, nem hospitais. Os atendimentos de urgência e emergência são feitos numa Unidade Básica de Saúde (UBS) mista. O pólo regional é Diamantina onde são encaminhados os pacientes para serviços especializados. Conta com um laboratório da prefeitura e outro particular. O laboratório do Sistema Único de Saúde (SUS) começou a prestar serviços há somente dois meses, as vagas são poucas, o que provoca a insatisfação dos usuários. O laboratório particular tem o assento em Gouveia uma cidade vizinha, isso traz como consequência

que alguns exames como o teste oral de tolerância a glicose tenha que ser feito em outra cidade, o que é difícil para algumas pessoas pelo fato de não contar com transporte para essas cidades. Não conta com outros centros de apoio diagnósticos.

Conta com uma farmácia do SUS que, na maioria das vezes não dá conta da demanda pela falta de medicamentos incluídos, como os de uso contínuo. Tem mais duas farmácias populares.

A relação entre os pontos de atenção está centrada em encaminhamento desde as UBS para a unidade mista, dos casos que precisem de atendimento de urgência, e desta para o hospital de Diamantina se precisam de atenção especializada urgente.

Os casos não urgentes são encaminhados para os serviços especializados com os que contam a rede como é o caso do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e Centros Viva Vida, entre outros.

As maiores dificuldades estão se apresentando com as especialidades de oftalmologia, que os pacientes não conseguem vagas e alguns estão na fila por mais de um ano. O modelo de atenção predominante é o modelo contra hegemônico, mas continua sendo centrado na doença e não na pessoa.

As ações de vigilância em saúde na área epidemiológica são escassas ou nulas, sem estratégias bem planejadas no nível do gestor. Não existe bom controle de doenças de notificação compulsória, nem investigações de epidemias locais.

A vigilância ambiental também é deficiente, não existindo controle de resíduos, nem de vetores nem da qualidade da água de consumo na zona rural. A vigilância sanitária também é muito pouca ou nula. Não estão sendo

fiscalizados com a frequência adequada locais de venda de alimentos, escolas, clubes, centros comerciais. A vigilância a saúde do trabalhador não é feita.

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

1.3.1 Aspectos gerais da Comunidade de Tombadouro.

É uma comunidade de 974 pessoas, que tem origem há mais de 100 anos. A origem é igual a de Datas pela migração de pessoas em busca de pedras preciosas. A população tem grande número de desempregados e subempregados, os que trabalham dedicam-se ao plantio de milho, morango, e batata, assim como a produção de queijo e os outros trabalham fora do município. Uns poucos são empregados públicos. O saneamento básico é muito bom. O lixo é coletado e tem sistema de esgoto. A água é do sistema público, mas não tem tratamento com cloro, estando pouco apta para o consumo humano. Todas as residências têm ótimas condições construtivas e higiênicas. Tem duas escolas, uma estadual e outra municipal, 4 igrejas, sendo que delas 3 evangélicas. Não existem iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja nem Organizações Não Governamentais (ONGs). Não tem associações de moradores. Conta com escassos centros de comércio e serviços.

1.3.2 Unidade básica de saúde

A UBS Tombadouro foi inaugurada há perto de 14 anos e está situada na rua principal do bairro e no centro da cidade. É uma edificação de mais menos 80 m². A área destinada à recepção é ótima e acolhedora e tem um pequeno local onde fica uma técnica de enfermagem fazendo acolhimento. Esse local tem privacidade, para maior satisfação dos usuários. Conta com 15 cadeiras que geralmente dá para todos se sentarem e aguardarem o atendimento, para melhor humanização. Tem um local de aferir sinais vitais onde fica a outra técnica de enfermagem, bem estruturado com balança de adultos e crianças,

aparelho de pressão de adultos. Além disso, está o arquivo organizado das famílias.

O local de atendimento médico conta com uma sala de atendimento e um banheiro. Tem boas condições de iluminação e privacidade. Existe um local de atendimento da enfermagem que conta com um computador com os dados de vacinação do território. Há uma sala de curativos, um banheiro para os funcionários e uma cozinha equipada com geladeira, fogão, filtro de água.

Há uma sala de odontologia onde trabalha a equipe de saúde bucal. Conta também com uma garagem para a ambulância de serviços de urgência e emergência e um carro para serviços não urgentes. As reuniões e palestras com a comunidade são realizadas no salão de reuniões da escola municipal, que fica a 70 metros da unidade de saúde. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde. A Unidade, atualmente, não está equipada com todos os recursos adequados para o trabalho da equipe.

1.3.3 Funcionamento da unidade básica de saúde.

A UBS da comunidade de Tombadouro funciona das 7 até as 16 horas de forma contínua. Conta com a presença de 2 técnicas de enfermagem e 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) os quais fazem um rodízio para ficar na hora do almoço, para que a unidade esteja sempre aberta durante o horário de trabalho. Como é uma zona rural as técnicas de enfermagem fazem rodízio, e ficam à disposição nos fins de semana, no caso de acontecer alguma urgência.

Os atendimentos médicos são feitos 3 vezes por semana, de segunda a quarta. Após as 2 horas da tarde faço visitas médicas programadas. Toda quinta-feira é feito o atendimento médico em outras comunidades distantes da UBS. Onde não tem instituições de saúde e os atendimentos são feitos na igreja ou na casa. Aqui os ACS também têm um papel importante, já que eles pesquisam primeiro as famílias com necessidades de visita e logo depois fazem a

programação, tendo em conta quem tem mais necessidade para priorizar a estas pessoas.

1.3.4 O trabalho da equipe de saúde de família.

Nossa equipe tem se reunido cada mês para organizar a agenda de trabalho. Essa reunião está fixada na última sexta-feira de cada mês. Discutimos nosso processo de trabalho do mês que acabou e avaliamos os resultados do mesmo e fazemos a comparação com os meses anteriores. Aproveitamos esse espaço para planejar as ações de promoção e prevenção para o próximo mês, assim como a organização de consultas programadas de hipertensos, diabéticos, puericultura, pré-natal, hebicultura e senicultura. Também fazemos a programação de exames de prevenção de câncer de colo de útero, mamografias de rastreamento e Antígeno de Superfície Prostático (PSA) a fazer no mês. Nesta atividade tem um papel fundamental os ACS que são os que conhecem melhor sua população.

A equipe está fazendo palestras, utilizando como local o salão de reuniões da escola municipal e tentando organizar um grupo operativo com diabéticos. Temos aumentado consideravelmente o número de visitas domiciliares realizadas pelo médico e a enfermagem, assim como o número de consultas individuais.

1.4-Aspectos demográficos

1.4.1 População

Na tabela 1 de distribuição da população por idade e sexo e faixa etária apresentada predominou o sexo feminino, com 52.8%, e o grupo de idade de 20 a 29 anos.

Tabela 1 - Distribuição da população por idade e sexo.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0-1	13	19	32

1-4	42	28	70
5-14	65	64	129
15-19	44	48	92
20-29	59	95	154
30-39	58	73	131
40-49	57	61	118
50-59	52	63	115
60-69	35	33	68
70-79	25	25	50
80 e mais	9	6	15
Total	459	515	974

Fonte: livros de cadastro.

O índice da ONU foi de 13.2% (população envelhecida).

1.4.2 Fecundidade

A taxa de natalidade geral foi de 3.2 por cada 100 habitantes (alta), explicada pelo pouco uso de métodos contraceptivos e o predomínio da população em idade fértil.

A taxa de fecundidade geral foi de 11,5 nascidos vivos por cada 100 mulheres em idade fértil. A taxa de crescimento natural da população foi de 2.1(acelerada), a qual gera dificuldade em lugares com pouco desenvolvimento econômico.

1.5. Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF.

Na tabela 2 é apresentado o perfil epidemiológico da comunidade Tombadouro/Minas Gerais, uma comunidade com população envelhecida, na qual predominam as doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a HAS.

Tabela 2 - Perfil epidemiológico Tombadouro/Minas Gerais.

Indicadores	Total
Proporção de idosos	13.4

Pop. 60 anos e mais/pop total.	
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama.	101
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo.	352
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata.	182
Portadores de hipertensão arterial esperados:	506
Portadores de hipertensão arterial cadastrados: →SISAB	447
Relação hipertensos esperados /cadastrados.	1.13
Portadores de diabetes esperados:	121
Portadores de diabetes cadastrados: →SISAB.	99
Relação diabéticos esperados/cadastrados.	12

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB, 2016).

1.5.1 Mortalidade

No período de estudo aconteceram 11 óbitos. Assim a taxa de mortalidade geral foi de 1.1 por cada 100 habitantes (considerada média).

O índice de Swaroop foi de 100%, o que quer dizer que todos os falecidos foram maiores de 50 anos. A principal causa de óbito foi hemorragia cerebral devido à ruptura de aneurisma, seguido de infarto do miocárdio, todos no curso de emergências hipertensivas. Não tiveram casos de óbito infantil.

1.5.2 Morbidade

Não se diagnosticaram casos de doenças de notificação compulsória.

1.5.3 Hospitalizações

Ocorreram 51 casos de internações 32 por gravidez, parto e puerpério, 12 por doenças cardiovasculares, 5 por doenças respiratórias e as outras 2 por intervenções cirúrgicas programadas.

1.5.4 Doenças crônicas não transmissíveis

Na tabela 3 é mostrada a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no Tombadouro/Minas Gerais.

Tabela 3 – Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis Tombadouro/Minas Gerais

Doenças Crônicas não Transmissíveis	Número	Taxa
Hipertensão Arterial (*)	447	45.8
Diabetes Mellitus	99	10.1
Asma Bronquial	19	1.9
Câncer	3	0.3
Acidente cerebrovascular	12	1.2
Alcoolismo	20	2,0

Fonte: SISAB (2016)

A doença que mais predominou foi a HAS com uma prevalência de 45.8%, ficando acima da estimativa nacional de referência (40.3 %), além disso, o número de hipertensos esperados foi maior. É importante conhecer esses dados, já que permitem planejar ações específicas para evitar as complicações tardias desta doença. É de esperar que ao aumentar o número de pessoas com a doença, aumentam também o número de morte de causa cardiovascular, assim como o número de internamentos devido a complicações.

A segunda doença em número de frequência foi o Diabetes Mellitus (DM) com uma incidência de 9%, abaixo da estimativa nacional de referência, o que quer dizer que poderia ter um sub registro, pelo qual temos que aumentar o rastreamento da doença na população com risco.

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

1.6.1 Lista geral de problemas

Ausência de meios de transporte entre as comunidades e a zona urbana.

Alto número de desempregados e subempregados.

Deficiente equipamento e insumos médicos.

Elevada prevalência de HAS.

Possível subregistro de diabéticos.

População envelhecida.

Insuficiente número de atividades educativas de promoção e prevenção por parte da equipe de saúde.

Ausência de participação social.

Ausência de intersectorialidade.

1.6.2 Priorização dos problemas (segundo passo)

O problema priorizado tendo em conta os critérios de urgência, importância, e capacidade de enfrentamento foi a elevada prevalência de HAS, como mostrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Tombadouro, Unidade Básica de Saúde Tombadouro, município de Datas, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Elevada prevalência de HAS	Alta	7	Parcial	1

Deficiente equipamento e insumos médicos.	Alta	6	Fora	2
Alto número de desempregados e subempregados	Alta	5	Parcial	3
Insuficiente número de atividades educativas	Alta	5	Dentro	3
População envelhecida	Alta	4	Fora	4
Possível subregistro de diabéticos.	Alta	3	Parcial	5

Fonte: Diagnostico situacional de saúde do território (2017).

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos30

***Total, parcial ou fora

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é, sabidamente, uma doença de alta prevalência nacional e mundial. Em 1998, no Brasil, ocorreram 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de 475 milhões de reais, correspondendo, a aproximadamente 400 milhões de dólares (DIAZ; ANDRADE; 2002).

Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada à agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis (DIAZ; ANDRADE, 2002).

Da população do território de abrangência com mais de 15 anos 45,8% tem diagnóstico de HAS, ficando acima da estimativa nacional de referência (40.3 %). Esse foi o problema definido como prioridade número 1 devido à sua grande relevância desde o ponto de vista da morbimortalidade, reportando o maior número de causa de mortes, assim como a maior causa de invalidez por sequelas. Também temos que ressaltar que o problema atinge a quase a metade da população, sendo causa frequente de internações e complicações crônicas.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para modificar os principais fatores de risco de HAS e diminuir a morbimortalidade na comunidade de Tombadouro.

Objetivos específicos

Identificar os principais fatores de riscos para o desenvolvimento de HAS na comunidade.

Desenvolver um plano estratégico de intervenção para modificar os principais fatores de risco modificáveis.

4 METODOLOGIA

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional de saúde onde foram identificados os principais problemas da comunidade através da estimativa rápida (CORREA, VASCONSELOS, SOUZA, 2013). Depois foi elaborado o plano de ação através do planejamento estratégico situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Primeiro passo. Definição dos problemas: extraídos do diagnóstico situacional através da estimativa rápida.

Segundo passo. Priorização de problemas: para o qual foram utilizados os critérios de importância, urgência, capacidade de enfrentamento.

Foi construída uma planilha na qual os problemas identificados foram analisados e selecionados quanto à prioridade, segundo os critérios mencionados, ou seja:

- atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema;
- distribuindo pontos conforme sua urgência;
- definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto;
- numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (seleção).

Assim foi selecionada a elevada prevalência de HAS como o principal problema.

Terceiro passo. Descrição do problema selecionado

Para descrição do problema priorizado, utilizou se alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados à HAS (número de diabéticos, obesos, sedentários, tabagistas e outros), da ação da equipe frente a esses problemas

(cobertura, controle e acompanhamento de hipertensos e outros) e também indicadores que podem nos dar uma idéia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos). Para facilitar o processo de descrição utilizaram-se informações que foram resumidas no Quadro - Descritores do problema elevada prevalência de hipertensos, Tombadouro/ 2017.

Quarto passo. Explicação do problema.

Para explicar nosso problema de saúde priorizado foi utilizado o método de Ishikawa (1943) onde são relacionadas as causas com os efeitos.

Quinto passo. Seleção dos “nós críticos”: selecionou se como “nós críticos” situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido.

Sexto passo. Desenho das operações:

Para descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos” identificaram-se os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações.

Sétimo passo. Identificação dos recursos críticos

Foram identificados os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, e que não estão disponíveis, para que se possa viabilizá-los.

Oitavo passo. Análise de viabilidade do plano

Foram identificados os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação; foi feita o análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano; foram desenhadas ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Nono passo. Elaboração do plano operativo.

Foram designados os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definidos os prazos para a execução das operações.

Décimo passo. Gestão do plano.

Foi desenhado um modelo de gestão do plano de ação e discutido e definido o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica para obter maior fundamentação teórica na organização do plano de intervenção. A pesquisa se deu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como nas bases de dados Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS) utilizando os Descritores em Ciências da Saúde hipertensão arterial, fatores de risco, estratégia de saúde da família.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica (FIGUEREDO, 2015). Possui os seguintes objetivos: organizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação. É baseada no princípio da vigilância a saúde, inter e multidisciplinaridade e integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (FIGUEREDO, 2015).

A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS), responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2015).

As equipes de saúde da família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e resolubilidade da atenção. Além disso, tem como estratégia de trabalho: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta; e prestar assistência integral (BRASIL, 2014).

5.2 Hipertensão arterial. Conceito. Epidemiologia.

A HAS é, geralmente, uma afecção sem sintomas na qual a elevação anormal da pressão dentro das artérias aumenta o risco de perturbações como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), a ruptura de um aneurisma, uma insuficiência cardíaca, um infarto do miocárdio e lesões do rim (MERCK *et al.*, 2012).

A palavra «hipertensão» sugere uma tensão excessiva, nervosismo ou *stress*. No entanto, em termos médicos, a HAS refere-se a um quadro de pressão arterial (PA) elevada, independentemente da causa. É chamada «a assassina silenciosa» porque, geralmente não causa sintomas durante muitos anos (até que leciona um órgão vital) (MERCK *et al.*, 2012).

A HAS afeta milhões de pessoas com uma diferença notória conforme a origem étnica. Por exemplo, nos Estados Unidos, onde afeta mais de 50 milhões de pessoas, 38% dos adultos negros sofrem de HAS, em comparação com 29 % de brancos. Perante um nível determinado de PA, as consequências da HAS são mais graves nas pessoas de raça negra (MERCK *et al.*, 2012).

Quando se mede a PA, registram-se dois valores. O mais elevado produz-se quando o coração se contrai – sístole; o mais baixo corresponde à relaxação entre um batimento e outro – diástole (MERCK *et al.*, 2012).

A PA elevada define-se como uma pressão sistólica em repouso superior ou igual a 140 mm Hg, uma pressão diastólica em repouso superior ou igual a 90 mmHg, ou a combinação de ambas. Na HAS, geralmente, tanto a pressão sistólica como a diastólica estão elevadas. (MERCK *et al.*, 2012).

A HAS é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular. Primeiro, por apresentar alta prevalência, segundo por ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores. Cerca de 30% da população adulta apresenta níveis de PA acima de 140/90 mmHg, porém riscos cardiovasculares começam a existir em níveis ainda menores (SERRANO *et al.*, 2008 *apud* YAMADA; LAVRAS; DEMUNER, 2011, p.11).

As vantagens de se reduzir a PA foram a princípio demonstradas após tratamento da HAS maligna por curtos períodos, e posteriormente, em todos os níveis de PA (DUSTAN *et al.*, 1958).

Estudos de pacientes com HAS em estágios iniciais mostram que uma diminuição de pressão arterial de 5 a 6 mmHg reduzem o risco de AVC em 40%, doença arterial coronariana (DAC) em 16% e morte por evento cardiovascular em 20% (COLLINS *et al.*, 1990).

Por tratar-se de uma doença pouco sintomática e em ocasiões assintomáticas, seu diagnóstico é difícil, sendo muitas vezes tardio. No estudo brasileiro no Rio Grande do Sul apenas 50,8% dos hipertensos conhecem sua condição; 40,5% deles estão sendo tratados e apenas 10,4% estão controlados (SERRANO *et al.*, 2008).

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos tiveram como causa as doenças cardiovasculares, atingido 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e violentas (YAMADA; LAVRAS; DEMUNER; 2011).

Das mortes por AVC a HAS é responsável por 40% e por 25% e esta porcentagem aumenta enquanto mais altos são os valores pressóricos (THE JNC REPORT, 2003).

Nos estudos epidemiológicos realizados em Cotia/SP mostram prevalência de PA acima de 140/90 mmHg entre 22,3 a 44% da população (YAMADA; LAVRAS; DEMUNER, 2011).

5.3 Fatores de risco

- Idade:

O envelhecimento populacional no Brasil está acontecendo de forma rápida. Enquanto aumenta a idade, aumenta a incidência de doenças crônicas, dentre elas, a HAS, que afeta mais de 60% dos indivíduos nesta faixa etária e atingindo mais mulheres e a raça negra. *The Framingham Heart Study* demonstrou que indivíduos normotensos entre 55 e 65 anos tiveram 90% de risco de se tornarem hipertensos a longo prazo. Na cidade de São Paulo o índice de prevalência de hipertensos foi de 60% entre os idosos e, destes, mais de 60% apresentavam hipertensão sistólica isolada (YAMADA; LAVRAS; DEMUNER, 2011)

- Sexo e etnia

O sexo não representa fator de risco para HAS, já que a prevalência global entre homens (26,6%; IC 95% 26,0-27,2%) e mulheres (26,1%; IC 95% 25,5-26,6%) é muito similar. O índice de incidência é maior em homens até 50 anos e em mulheres a partir de 60 anos. Os afrodescendentes apresentam prevalência consideravelmente maior que indivíduos brancos (YAMADA; LAVRAS; DEMUNER; 2011).

- Fatores socioeconômicos:

Estudos mostram maior prevalência de HAS entre indivíduos de nível socioeconômico baixo, isto pode estar associado ao menor acesso aos cuidados de saúde, hábitos dietéticos como maior consumo de sal e álcool; sobrepeso ou obesidade; menor nível de escolaridade e maior estresse psicossocial (YAMADA; LAVRAS; DEMUNER; 2011).

- Ingestão de sal

O uso exagerado de sal está associado ao aumento do risco de HAS e aproximadamente 50% dos hipertensos são sensíveis ao sal. Os que consomem dieta com menor quantidade de sal têm menor prevalência de HAS e a PA não se eleva com a idade. A restrição de sal a 6g/dia produz uma

diminuição média da pressão sistólica de a 2 a 8mmHg (YAMADA; LAVRAS; DEMUNER; 2011).

- Obesidade:

O *Nurses Health Study* mostra que o sobrepeso aumenta consideravelmente o risco de HAS. Para cada 1 kg/m² de aumento do índice de massa corpórea (IMC), o aumento no risco relativo para hipertensão foi de 12%. Os estudos Intersalt e o *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) demonstraram a correlação entre IMC e PA. Esta relação pode ser explicada pela ativação do sistema nervoso simpático e aumento da resistência vascular periférica; pelo aumento e/ou resistência à insulina e aumento da absorção renal de sódio. Entre um 20 a 30% dos casos de HAS estão diretamente associados ao excesso de peso e 75% dos homens e 65% das mulheres apresentem HAS diretamente atribuível ao sobrepeso ou obesidade (YAMADA; LAVRAS; DEMUNER; 2011).

- Álcool:

O consumo de álcool tem um duplo efeito na PA. Pequenas quantidades diminuem seus valores, causando vasodilatação; no entanto, o uso contínuo e crônico aumenta os níveis de PA e diminui a eficácia dos anti-hipertensivos. Os mecanismos envolvidos são: estimulação dos sistemas nervoso simpático, renina-angiotensina-aldosterona e endotelina; resistência à insulina e do cortisol; inibição de substâncias vasodilatadoras, depleção de cálcio e magnésio, aumento do cálcio intracelular no músculo liso vascular e aumento do acetaldeído (YAMADA; LAVRAS; DEMUNER; 2011).

- Sedentarismo:

O sedentarismo contribui com a epidemia crescente de obesidade e aumento da prevalência de doenças como HAS. Os mecanismos envolvidos no efeito

anti-hipertensivo da atividade física são vários e incluem mecanismos diretos (redução da atividade simpática; incremento da atividade vagal e melhora da função endotelial), e mecanismos indiretos (redução da obesidade e melhora do perfil metabólico). Os sedentários têm um risco de desenvolver HAS em 30% dos casos quando comparado com indivíduos ativos, e a atividade aeróbica tem maior efeito hipotensor em indivíduos hipertensos do que em normotensos (YAMADA; LAVRAS; DEMUNER; 2011).

- Tabagismo:

A nicotina é prejudicial ao organismo, promovendo a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a PA e a resistência periférica. Aumenta a capacidade de formar coágulos e diminui a função de destruí-los. Reduz o oxigênio nos glóbulos vermelhos, pois o monóxido de carbono se liga à hemoglobina (KLEIN; ARAUJO, 1985).

No quadro 2 é mostrado a HAS como fator de risco para outras doenças, e os próprios fatores que podem agravá-la.

Quadro 2 - Fatores de risco, causais e agravantes da hipertensão arterial.

É CAUSA OU FATOR DE RISCO PARA: insuficiência cardíaca esquerda, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, aneurisma e dissecção de aorta, retinopatia hipertensiva
--

É AGRAVADA POR: Diabetes Mellitus, obesidade/sobrepeso, sedentarismo tabagismo, ingestão de sal, anti-inflamatórios (AINES).
--

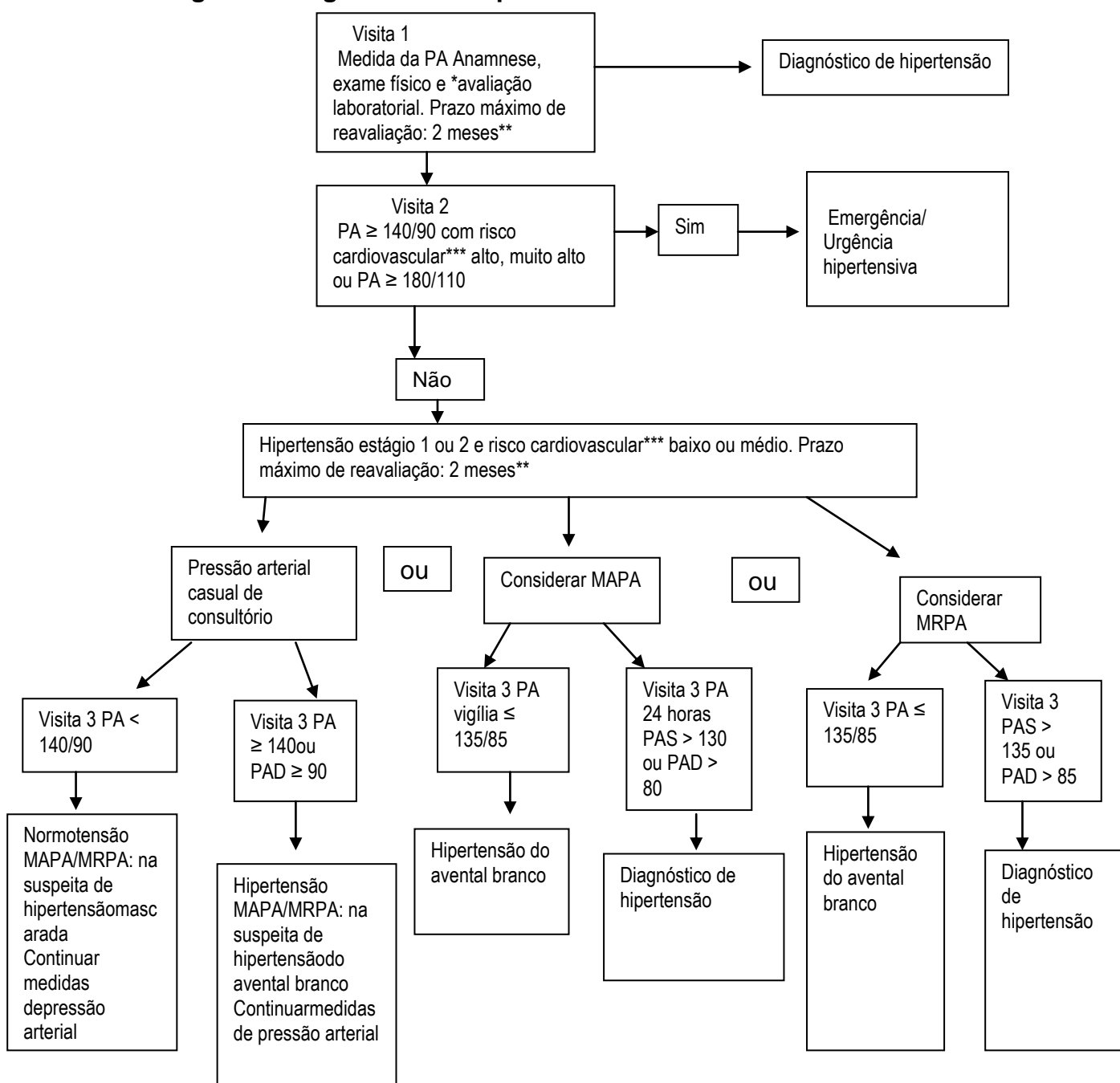
É AINDA MAIS GRAVE SE ASSOCIADA A: LDL elevado, HDL baixo, obesidade abdominal, hiperuricemia, alcoolismo ou abuso de drogas, raça negra, idade avançada, pobreza.
--

Fonte: YAMADA , LAVRAS, DEMUNER (2011).

5.4 Diagnóstico

Na Figura 1 é mostrado como fazer o diagnóstico de HAS no consultório (YAMADA; LAVRAS; DEMUNER, 2011).

Figura 1. Diagnóstico de hipertensão arterial no consultório



Quadro 3. Recomendações para seguimento (prazos máximos para reavaliação)*

PRESSÃO ARTERIAL INICIAL (mmHg)**		SEGUIMENTO
Sistólica	Diastólica	
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano. Estimular mudanças no estilo de vida.
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses***. Insistir em mudanças no estilo de vida.
140-159	90-99	Confirmar em 2 meses***. Considerar MAPA/MRPA
160-179	100-109	Confirmar em 1 mês***. Considerar MAPA/MRPA Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em 1 semana***
≥ 180	≥ 110	Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em 1 semana***

Fonte: YAMADA, LAVRAS, DEMUNER (2011).

* Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente ** Se as pressões sistólica ou diastólica forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível de pressão. *** Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, co-morbidades e lesão em órgãos-alvo).

5.4.1 Medida ambulatorial da pressão arterial

A Medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA) é a medida indireta da PA de forma intermitente, durante 24h, enquanto o paciente realiza suas atividades rotineiras, durante a vigília e o sono. São consideradas anormais na MAPA as médias de PA de 24 horas, vigília e sono acima de 130/80, 135/85 e 120/70mmHg, respectivamente. No quadro 4 é apresentado os valores da pressão arterial no consultório, MAPA e Medida Residencial de Pressão Arterial (MRPA) que caracterizam efeito do avental branco, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada).

Quadro 4 - MAPA e MPRA.

PRESSÃO ARTERIAL	
	Consultório MAPA MRPA
Normotensão	< 140/90 ≤ 130/80 Média 24h ≤ 135/85
Hipertensão	≥ 140/90 > 130/80 Média 24h > 135/85

Hipertensão do avental branco	$\geq 140/90 < 135/85$ Média Vigília $\leq 135/85$
Hipertensão mascarada	$< 140/90 > 135/85$ Média Vigília $> 135/85$
Efeito do avental branco	Diferença entre a medida da pressão arterial no consultório e a da MAPA na vigília ou MRPA, sem haver mudança no diagnóstico de normotensão ou hipertensão.

Fonte: YAMADA, LAVRAS, DEMUNER (2011).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Por ser uma doença crônica ainda incurável, a HAS exige várias mudanças no estilo de vida/conduitas com vistas ao seu controle. Contudo, estas alterações dependem de decisão individual. Como é notório, fatores de diversas ordens contribuem para a manutenção dessa decisão, enquanto outros são dificultadores. As mudanças no estilo de vida impõem cuidados com a dieta, controle na ingestão de álcool, cessação hábito de fumar, manutenção do peso, realização de atividade física regular (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “elevada prevalência de HAS e sua incidência na morbimortalidade do território de Tombadouro”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

Da população com mais de 15 anos 45,8% tem diagnóstico de HAS no território de Tombadouro.” Esse foi o problema definido como prioridade número 1. Para descrição do problema priorizado, utilizaram-se alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados à HAS (número de diabéticos, obesos, sedentários tabagistas e outros.), da ação da equipe frente a esses problemas (cobertura, controle e acompanhamento de hipertensos e outros) e também indicadores que podem nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos). Para facilitar o processo de descrição utilizaram-se as informações do quadro 5.

Quadro 5 - Descritores do problema elevada prevalência de hipertensos. Tombadouro, Minas Gerais, 2017.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	506	Estudos

Hipertensos cadastrados	447	SIAB
Hipertensos acompanhados conforme	313	Registro da equipe
Hipertensos controlados	279	Registro da equipe
Diabéticos esperados	121	Estudos
Diabéticos cadastrados	99	SIAB
Diabéticos acompanhados conforme	79	Registro da equipe
Diabéticos controlados	58	Registro da equipe
Pacientes com doença renal crônica	31	Registro da equipe
Portadores de dislipidemia	432	Registro da equipe
Sobrepeso	512	Registro da equipe
Tabagista	109	Registro da equipe
Sedentários	810	Registro da equipe
Alcoólatras	20	Registro da equipe
Internações por complicações da HAS	35	Registro da equipe
Pacientes com complicação AVC por HAS.	12	Registro da equipe
Pacientes com complicação de retinopatia hipertensiva	41	Registro da equipe
Pacientes com outras complicações de HAS.	57	Registro da equipe
Óbito por hipertensão	3	Registro da equipe

Fonte: SISAB (2016).

6.2 Explicação do problema selecionado

Para explicar nosso problema de saúde priorizado vamos utilizar o método de Ishikawa (1990), descrito na Figura 2.

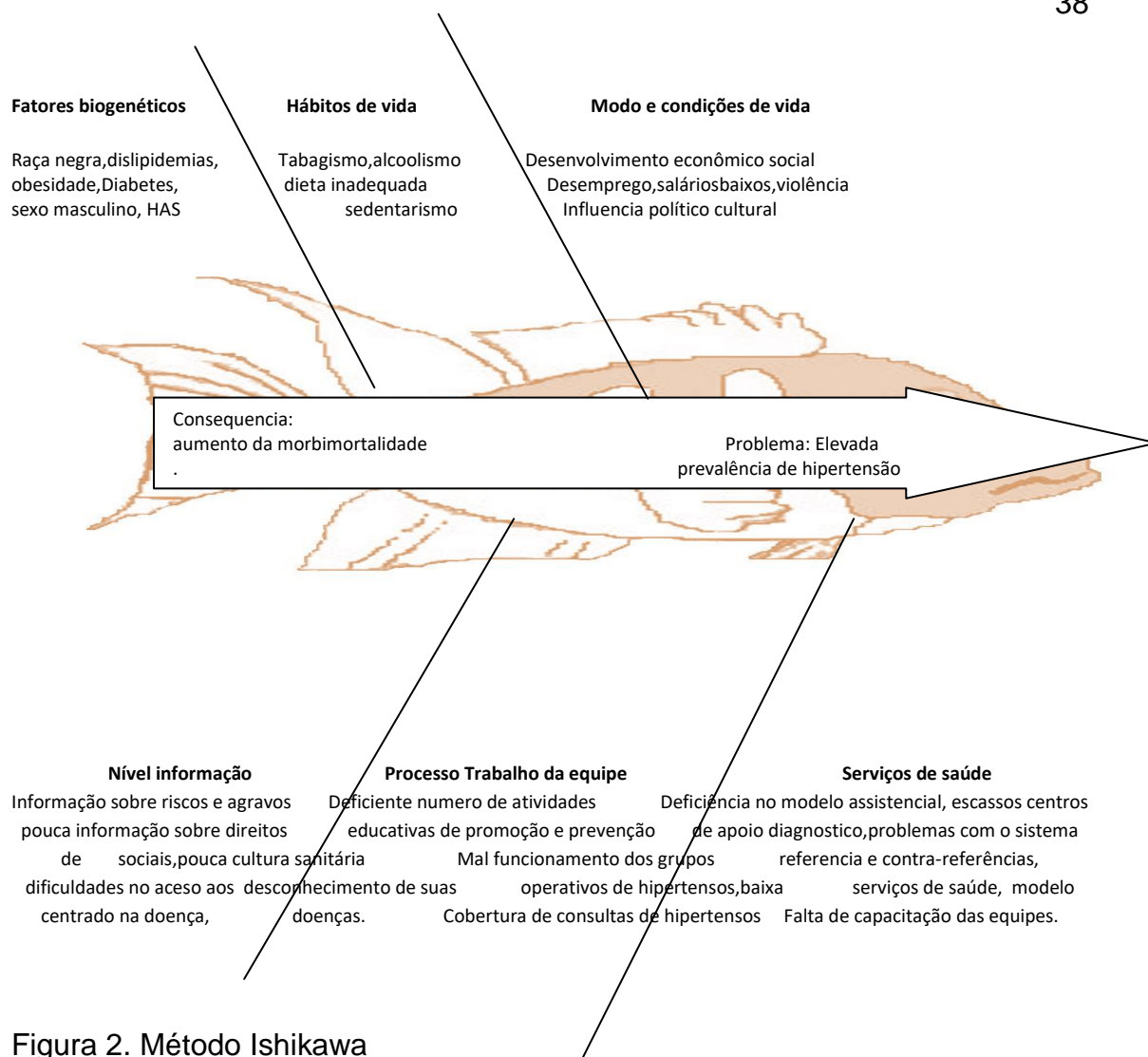


Figura 2. Método Ishikawa

A elevada prevalência de HAS na comunidade de Tombadouro está relacionada com a interação de fatores genéticos e os determinantes psicossociais do processo saúde doença.

Os determinantes sociais da saúde são as condições sociais, econômicas ou comportamentais que influenciam positiva ou negativamente a saúde, e que podem ser influenciados por decisões políticas ou individuais, ao contrário dos fatores genéticos como a idade, sexo, que também influenciam a saúde, mas não são modificáveis (FARIA *et al*, 2010).

Os indivíduos com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial para

desenvolver HAS. Por outro lado, a correlação também se apresenta quando se consideram marcadores bioquímicos de risco cardiovascular, como o nível sérico de colesterol, triglicérides, glicose ou de fibrinogênio (MERCK *et al.*, 2012).

O comportamento e os estilos de vida individuais, relacionados às doenças cardiovasculares, como o tabagismo, o sedentarismo, a limitação nas relações pessoais, atribuídos ao comportamento de livre escolha individual, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos determinantes sociais da HAS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer e outros (FARIA *et al.*, 2010).

Os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado e maior de sofrer de HAS, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais causas do problema (FARIA *et al.*, 2010).

Essa elevada prevalência traz como consequências um aumento do risco para doenças cardiovasculares determinando a ocorrência de eventos como infarto agudo do miocárdio, doença cerebrovascular, doença renal crônica que a sua vez determinam um aumento do número de pessoas com sequelas e complicações que causam invalidez, aposentadoria precoce, desemprego, perdas econômicas e o pior, causa principal de morte na comunidade.

6.5 Seleção dos nós críticos

- Hábitos e estilos de vida.
- Nível de informação.
- Estrutura dos serviços de saúde.
- Processo de trabalho da equipe de saúde.
- Modo e condições de vida.

6.6 Desenho das operações

No quadro 6 é mostrado o desenho das operações sobre o nó crítico 1, estilos de vida inadequados.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevada prevalência de hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Tombadouro, do município Datas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Estilos de vida inadequados.
Operação	Vida nova
Projeto	Modificar estilos de vida inadequados.
Resultados esperados	1.Redução do sedentarismo em 45% dos pacientes com sobrepeso e obesidade. 2.Redução do 30% de tabagistas obesos. 3.Incorporação de 45% de alcoólatras a grupos de ajuda.
Produtos esperados	1.Programa de caminhadas e corridas;”Programa+ Energia.” 2.Programa de campanha na radio local;”Programa pulmão livre de fumo.” 3.Programa de criação de grupo de apoio”;Programa de AA.”
Recursos necessários	Organizacional: para caminhadas e coordenar as reuniões de grupo de AA. Cognitivo: informação sobre os temas, conhecimentos sobre estratégias de comunicação e sobre dinâmicas de grupo de apoio. Financeiro: materias educativos (folhetos e material audiovisual). Político: conseguir local para a reunião, articulação com a rádio, mobilização social.
Recursos críticos	Político: conseguir o espaço na rádio local e o local para as reuniões de grupo apoio AA. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e outros.
Controle dos recursos críticos	Político - Setor de comunicação social - Motivação favorável Financeiro - Secretário de saúde – Motivação favorável.
Ações estratégicas	Não precisa
Prazo	5 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermagem
Processo de	Avaliação trimestral após implementação.

monitoramento e avaliação das operações	Novo prazo de 2 meses, se após a data programada de implementação ainda não foi implementado.
--	---

O quadro 7 é mostrada as operações sobre o nó crítico 2, modo e condições de vida.

Quadro 7– Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevada prevalência de hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Tombadouro, do município Datas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Modo e condições de vida inadequadas.
Operação	Menos pressão mais vida.
Projeto	Aumentar a oferta de emprego
Resultados esperados	Diminuição do desemprego.
Produtos esperados	Programa de geração de emprego e renda.
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda. Político-+ mobilização social em torno das questões, aprovação de projetos. Financeiro: financiamento dos projetos.
Recursos críticos	Político: articulação intersetorial e aprovação dos projetos, mobilização social em torno das questões do desemprego Financeiro: financiamento do projeto.
Controle dos recursos críticos	Político- Associações de bairro.-Motivação favorável -Ministério de ação social – Motivação indiferente Financeiro- Secretários de saúde, educação, ação social, planejamento, cultura e lazer, ONGs, Defesa social, sociedade civil – Motivação: a maioria favorável.
Ações estratégicas	Apresentação do projeto. Apoio das associações.
Prazo	7 meses para apresentar o projeto, 4 meses para o início das atividades.
Responsável (eis) pelo acompanhamento	Enfermagem

das operações	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliações trimestrais. Novo prazo de início de 3 meses após a data programada.

No quadro 8 é mostrada as operações sobre o nó crítico 3, nível de informação insuficiente.

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevada prevalência de hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Tombadouro, do município Datas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Nível de informação insuficiente.
Operação	Conhecimento é saúde
Projeto	Aumentar os níveis de informação da população sobre hipertensão arterial.
Resultados esperados	População mais informada e educada sobre a hipertensão arterial.
Produtos esperados	Campanha educativa com palestras comunitárias; “Conheça de hipertensão.” Programa educativo na radio local; “Conheça de hipertensão.”
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre os temas, conhecimentos sobre estratégias de comunicação. Organizacional: organizar agenda,organizar recursos humanos. Político: conseguir local para as palestras, articulação com a rádio e o setor educação, mobilização social. Financeiro: recursos para materias educativos das palestras.
Recursos críticos	Político: articulação intersetorial.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de educação – favorável.
Ações estratégicas	Apresentar projeto. Apoio das associações
Prazo	4 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico

Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliações trimestrais. Novo prazo de início 1 mês após a data programada se ainda não tiver começado.
--	--

No quadro 9 é mostrada as operações sobre o nó crítico 4 , serviços de saúde.

Quadro 9 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevada prevalência de hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Tombadouro, do município Datas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Serviços de saúde
Operação	Rede de AB e enfrentamento a hipertensão arterial.
Projeto	Melhorar a estrutura da rede de atenção para o atendimento de pacientes com hipertensão e com risco de sofrer dela.
Resultados esperados	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 85% dos pacientes hipertensos.
Produtos esperados	Capacitação de pessoal; contratação de compras de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos, equipamento da rede. Elaboração dum programa de reestruturação de serviço.
Recursos necessários	Político: decisão de recursos para estruturar os serviços. Financeiros: aumento de ofertas de exames, compra de consultas especializadas, de medicamentos. Organizacionais: organização da rede de assistência, seus recursos humanos, equipamentos. Cognitivo: profissionais capacitados, com conhecimentos e informação.
Recursos críticos	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros: aumento de ofertas de exames, compra de consultas especializadas, de medicamentos
Controle dos recursos críticos	Político - Prefeito municipal, Secretário de saúde, Fundo nacional de saúde.- Motivação favorável por parte do prefeito e secretário.Indiferente por parte do Fundo Nacional de saúde. Financeiro - Prefeito municipal, Secretário de saúde, Fundo nacional de saúde. – Motivação favorável por parte do prefeito e secretário.Indiferente por parte do Fundo Nacional de saúde.
Ações estratégicas	Apresentação do projeto e aprovação do mesmo
Prazo	10 meses para aprovação, 3 meses após aprovação para o início das atividades.
Responsável (eis) pelo	Médico

acompanhamento das operações	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliações semestrais. Novo prazo de 6 meses se após o prazo dado não foi aprovado.

O quadro 10 é mostrada as operações sobre o no critico 5, trabalho da equipe de saúde.

Quadro 10 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Elevada prevalência de hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Tombadouro, do município Datas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 5	Trabalho da equipe de saúde
Operação	Linha de cuidado
Projeto	Implantar a linha de cuidado para os pacientes com hipertensão e os que têm risco. Melhorar o processo de trabalho da equipe para garantir efetividade do cuidado
Resultados esperados	Cobertura de 85% dos pacientes com hipertensão e de 80% dos que tem risco dela.
Produtos esperados	Linha de cuidados implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidados.
Recursos necessários	Cognitivo: elaboração dum projeto de linha de cuidado e protocolos. Político: mobilização social, articulação entre os sectores da saúde, adesão dos profissionais, intersectorialidade. Organizacional: organizar recursos humanos, organizar agenda, adequado fluxo de referencia e contra-referências
Recursos críticos	Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Controle dos recursos críticos	Político e financeiro - Secretário municipal de saúde – Motivação Favorável
Ações estratégicas	Implantação da linha de cuidado
Prazo	4 meses
Responsável (eis) pelo	Médico

acompanhamento das operações	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação trimestral. Novo prazo de 2 meses se ainda não tiver iniciado após a data programada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas não transmissíveis, entre elas as do aparelho circulatório, são a principal causa de morte no Brasil. No Brasil HAS constitui uma das primeiras causas de hospitalização no sistema público de saúde.

No território de Tombadouro há uma elevada prevalência de pacientes hipertensos, acima da estimativa nacional de referência, mostrando uma necessidade de conhecer mais sobre essa doença, e propor ações de controle neste grupo de pacientes, para diminuir a morbimortalidade por complicações decorrentes desta.

A elevada prevalência de HAS na comunidade de Tombadouro está relacionada com a interação de fatores genéticos e os determinantes psicossociais do processo saúde doença.

Os determinantes sociais da saúde são fatores sociais, econômicos ou comportamentais que influenciam a saúde, positiva ou negativamente, e que podem ser influenciados por decisões políticas ou individuais, ao contrário da idade, sexo e fatores genéticos, que também influenciam a saúde, mas não são modificáveis por essas decisões.

Espera-se com este estudo e esta proposta de plano de intervenção contribuir para a diminuição da morbimortalidade, trabalhando em equipe, estratificando o risco desses pacientes e brindando uma atenção integral para diminuir internações, complicações e melhorar a qualidade de vida das pessoas que sofrem dessa doença.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Saúde da família: O que é?**2014. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/saude-da-familia>. Acesso em 19 dez, 2017.
- BRASIL. **Estratégia Saúde da Família**. Portal saúde. 2015. Disponível em: <http://www.saude.assis.sp.gov.br/index.php/atencao-basica/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em 8 jun, 2017.
- 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 avaliação das ações de saúde 2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_dasacoes_de_saude_2/3)>. Acesso em : 7 jun 2017.
- CAVALCANTE, G.M.V. *et al*. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm.**, v.64, n. 6, ;p.1042 -1043, 2011.
- COLLINS, R., *et al*. Blood pressure, stroke and coronary disease. Short term reduction in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. **Lancet**, v. 335, n. 8693, p 827-838, 1990.
- CORRÊA, E.J, VASCONSELOS, M., SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 7 jun 2017.
- DATAS. **Histórico de Datas**. Disponível em <http://wwwm.cidade-brasil.com.br>municipto-datas.wikipedia> 2010 . Acesso em 8 jul.2017
- DIAZ, R.O., ANDRADE, P. L.Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo.**Rev Bras de Hipertensão**, v.9, n.1. p 2-23, 2002.
- DUSTAN, H.P. *et al*. The effectiveness of long term Treatment of malignant hypertension. **Circulation**, v. 18, n.1, p. 644-651. 1958.
- FIGUEREIDO, E.N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio á Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. 2015. Disponível em <<https://www.unasus.unifesp.br>> Acesso em 19 dez, 2017.
- FARIA, H. P. *et al*. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª Ed. Belo Horizonte:

NESCON/UFMG/COOPEMED, 2010.

IBGE. Minas Gerais. **Datas**. 2010. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 8 jun 2017.

ISHIKAWA, K. **Introduction to Quality Control**. Montgomery, 1990.

KLEIN, C. H., ARAUJO, J. W. G. Fumo, bebida, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, **Cad. Saúde Pública**, v. 1, n.1, p. 160-76, 1985.

MERCK, H. *et al.* **Manual de diagnóstico e tratamento em medicina interna**. 2012. Disponível em <http://vidaesaude-nascimento.blogspot.com.br/2012/09/hipertensao-arterial.html>. Acesso em 8 jun 2017.

RONDON M.U.P.B.; BRUM P.C.. Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. **Rev Bras de Hipertensão**, v. 10, n. 2, p.134-139, 2003.

SERRANO JR *et al.* Como Tratar. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v.109, n.3, p. 83-95, 2008.

SISAB. Sistema de Informação para Saúde na Atenção Básica, 2016. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siab>. Acesso em : 7 jun 2017.

The JNC Report. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evolution and treatment of high blood pressure. **JAMA**, v. 289, n.19, p.2560-72, 2003.

YAMADA A.T., LAVRAS C., DEMUNER S.M. **Manual de orientação clínica: hipertensão arterial sistêmica**. São Paulo:SES/SP, 2011.