

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

YANARA HERNANDEZ DELGADO

**O CONTROLE E O SEGUIMENTO DOS PACIENTES
HIPERTENSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NELSINA GUILHERMINA DO MUNICÍPIO
DE TABULEIRO, MINAS GERAIS.**

**TABULEIRO – MINAS GERAIS
2018**

YANARA HERNANDEZ DELGADO

**O CONTROLE E SEGUIMENTO DOS PACIENTES
HIPERTENSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NELSINA GUILHERMINA DO MUNICÍPIO
DE TABULEIRO, MINAS GERAIS.**

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

Orientador: Professor (a): Verônica Amorim Rezende

**TABULEIRO – MINAS GERAIS
2018**

YANARA HERNANDEZ DELGADO

**O CONTROLE E SEGUIMENTO DOS PACIENTES
HIPERTENSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NELSINA GUILHERMINA DO MUNICÍPIO
DE TABULEIRO, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora:

Examinador 1: Professora Verônica Amorim Rezende

Examinador 2: Professora. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim. Centro
Universitário Una. Belo Horizonte/MG.

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, pois, sem ele nada seria possível.

A meu filho Raynol o mais importante e o que mais amo na vida. A minha mãe e meu pai fundamentais em minha caminhada. Em especial a toda minha família, colegas e amigos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por ter me ungido todos os dias dessa caminhada.

A minha família que sempre me deu força e apoio.

Aos meus colegas e amigos que me ajudaram muitas vezes, em especial (Rosimeire, Luciano, Josiele e Elisangela).

A Tayllany Zimmerer Silveira, pela oportunidade que tive de tê-la como tutora.

A minha Equipe de Saúde da Família, tão importante que ajudou a selar mais essa conquista.

Enfim, a todos.

Muito obrigada.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é considerada uma doença silenciosa, o que dificulta o diagnóstico que é feito quando os níveis pressóricos se apresentam acima de 140x90 mmHg, de modo sustentado, em indivíduos maiores de 18 anos. Trata-se de um problema de saúde pública e observa-se que na comunidade rural do município de Tabuleiro/Minas Gerais há uma alta prevalência de hipertensos com níveis pressóricos não controlados. Este estudo tem como objetivo apresentar um projeto de intervenção para o controle e seguimento adequado dos hipertensos, da área de abrangência da Equipe Saúde da Família Rural “Nelsina Guilhermina”, em Tabuleiro, Minas Gerais. Como referencial metodológico utilizou-se como embasamento o Planejamento Estratégico Situacional. Realizou-se também uma revisão narrativa de literatura, no período de 2006 a 2016, nos bancos de dados *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e publicações do Ministério da Saúde. Os resultados da análise produziram informações que serão úteis para a Unidade Básica de Saúde do Município e para o planejamento das ações por parte da equipe de saúde. Pode-se perceber que as estratégias e ações propostas podem impactar positivamente na comunidade. Evidenciou-se a relevância de se atuar coletivamente desde a escolha do projeto de intervenção, com o envolvimento da equipe, até sua execução com articulação com outros profissionais de saúde.

Descritores: Hipertensão. Doença Crônica. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is considered a silent disease, which makes it difficult to diagnose when the pressure levels are above 140x90 mmHg, in a sustained way in individuals older than 18 years. It is a public health problem and it is observed that in the rural community of the municipality of Tabuleiro there is a high prevalence of hypertensive patients with non-pressure levels. The objective of this study was to present an intervention Project for the control and adequate follow-up of the hypertensive individuals, from the scope of the Rural Family Health Team: Nelsina Guilhermina in Tabuleiro, Minas Gerais. As a methodological reference, the Strategic Situational Planning. A narrative review of literature was also carried out in the Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Literature in the Health Science, and editions of the Ministry of Health. The results of the analysis produced information that will be very useful for the Basic Health Unit of the Municipality and for planning by the health team. It can be seen that the proposed strategies and actions can positively impact the community. It was evidenced to act collectively from the choice of the project of relevance intervention, with the involvement of the team, until its execution with articulation with other health professionals.

Descriptors: Hypertension. Chronic disease. Family Health. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro Especializado Odontológico
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
CISMEJE	Consórcio Intermunicipal do Médio Jequitinhonha

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Breves informações sobre o município de Tabuleiro.....	10
1.2 O Sistema Municipal de Saúde	14
1.3 A ESF Rural seu território e população.....	17
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde da comunidade.....	19
1.5 Priorização dos problemas	20
2 JUSTIFICATIVA.....	21
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos	22
4 METODOLOGIA.....	23
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	32
6.1 Descrição do problema selecionado	32
6.2 Explicação do problema	32
6.3 Seleção dos nós críticos	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Tabuleiro.

O Município Tabuleiro está localizado na Macrorregião da Zona da Mata, a uma distância de 274 km da capital Belo Horizonte, tendo como limites as cidades de Rio Pomba, Mercês, Aracitaba, Santos Dumont, Piau, Rio Novo e Guarani. Rio Pomba é o município mais próximo (13 km de distância), estando a 58,8 km de Juiz de Fora e a 52,2 km de Ubá (TABULEIRO, 2017).

A cidade teve origem nas paradas de tropeiros dando origem ao povoado de Bom Jesus da Cana Verde da Pomba. Em 1841 foi elevado a distrito do município de Rio Pomba. Em 1911 passou a se chamar Tabuleiro, vindo a emancipar-se da cidade de Rio Pomba no ano 1953 (IBGE, 2017).

A região na qual se localiza o município de Tabuleiro foi povoada inicialmente pelas tribos Croatos e Cropós. Provavelmente, a origem do nome de Tabuleiro tem relação com a maneira que os viajantes tropeiros e mascates nomearam a região, pois, quando passavam no local, eram recebidos pelos moradores vendendo alimentos em tabuleiros de madeira que eram colocados nas janelas das casas (IBGE, 2017).

Tabuleiro, assim como outros municípios da região, passou pelo regime de patriarcalismo. Grandes fazendeiros exerceram influência política e econômica na região na segunda metade do século XIX e início do século XX. O município destacou-se na produção de café, sendo comum, tropas de burros com sacas de café das fazendas distantes e dos carros de bois que entravam nas ruas de Tabuleiro (IBGE, 2017).

Em relação à formação administrativa, em 02/01/1866, foi criado o distrito de Tabuleiro, pela lei provincial nº 1275 e pela lei estadual nº 2, de 14/09/1891, sendo subordinado ao município de Pomba. Após, em 1948, o município de Pomba teve sua denominação alterada para Rio Pomba, pela lei nº 336, de 27/12/1948. E em 1953, Tabuleiro é elevado à categoria de município e perde a denominação de Tabuleiro, pela lei nº 1039, de 12/12/1953, desmembrando-se de Rio Pomba. Há no

município, a comunidade rural do Botafogo que possui comunidade quilombolas e encerram um grande patrimônio cultural do município (IBGE, 2017).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Tabuleiro possuía no ano de 2010, aproximadamente 4079 habitantes e uma extensão territorial de 211,084 km²(IBGE, 2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Tabuleiro é 0,681, em 2010, o que o situa na faixa Médio de desenvolvimento na qual enquadram os municípios que estão com o índice entre 0,600 e 0,699. O IDHM é composto por três dimensões: renda; longevidade e educação. A longevidade é a que possui melhor avaliação (0,821), seguida de renda, com índice de 0,666, e de Educação, com índice de 0,578. (IBGE, 2017).

A figura 1 apresenta a evolução do IDHM, segundo seus componentes.

Figura 1- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Tabuleiro – MG

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Tabuleiro - MG			
IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,150	0,388	0,578
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	10,07	21,14	34,39
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	22,36	75,95	93,18
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	28,68	68,65	89,75
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	16,57	45,16	65,86
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	5,00	21,06	50,68
IDHM Longevidade	0,715	0,759	0,821
Esperança de vida ao nascer (em anos)	67,88	70,52	74,27
IDHM Renda	0,498	0,578	0,666
Renda per capita (em R\$)	177,35	292,68	503,88

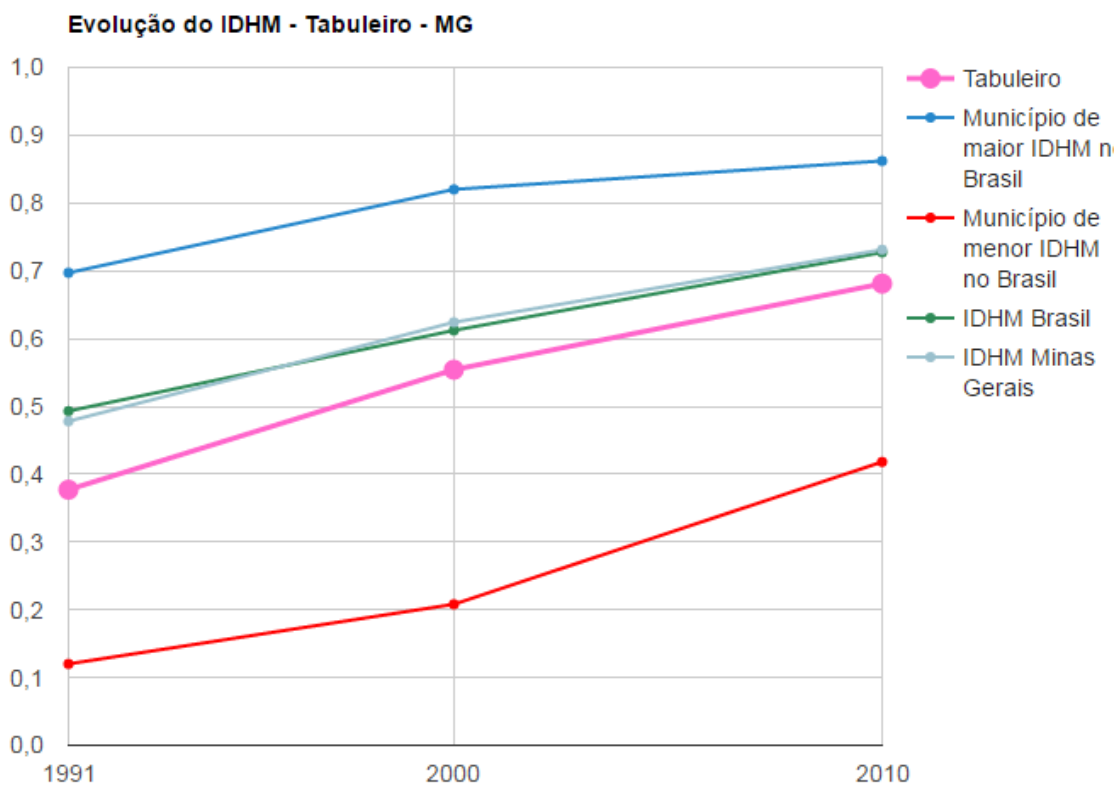
Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Fonte: IBGE (2017).

Entre 2000 e 2010 o IDHM passou de 0,554 em 2000 para 0,681 em 2010. Nesse período, o índice que mais avançou foi Educação (com crescimento de 0,190), seguida por Renda e por Longevidade (IBGE, 2017).

A figura 2 apresenta a evolução do IDHM entre 1991 a 2010, com comparativo entre Tabuleiro, o município de maior e menor IDHM, o estado e o país.

Figura 2- Evolução do IDHM- Tabuleiro- MG.



Fonte: IBGE (2017).

Observa-se que Tabuleiro está com IDHM abaixo do município com melhor desempenho, do estado e do país, ocupando a 2412ª posição entre os 5565 municípios.

A taxa de escolarização de 6 a 14 anos foi de 99,6% em 2010. Em 2015 os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4,6 no Índice de

Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Nos anos finais, essa nota foi também de 4.6. Ao comparar cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 812 de 853. Enquanto isso, de acordo com a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 393 de 853. O IDEB é um índice que reúne o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado a crianças da 4ª e 8ª séries, podendo variar de 0 a 10 (IBGE, 2017).

O município possui cinco escolas municipais: a Escola Municipal João XXIII criada em 1998 e localizada na Praça Coronel João Floriano no centro da cidade; Escola Municipal “Afonso Lamounier de Andrade”, localizada na zona rural de Botafogo e cujo nome homenageia o idealizador da escola inaugurada em 1995; Escola Municipal “São Francisco”, localizada em Passa Cinco também na zona rural; Escola Municipal “Último de Carvalho”; e Escola Municipal “Cláudio Gomes”, localizada em igrejinha e criada em 1924. Há ainda a Escola Estadual “Menelick de Carvalho” que atende o ensino fundamental e médio (TABULEIRO, 2017).

Em 2015, o salário médio mensal dos trabalhadores formais foi de 1,6 salários mínimos, tendo um percentual de 13,3% de população ocupada e 35,9% da população com rendimento nominal mensal per capita de até meio salário mínimo (IBGE, 2017).

O abastecimento de água para a maioria dos domicílios da área urbana é feito por rede geral, aproximadamente 80%. Na área rural predomina a alternativa poço/nascente. O esgoto não é tratado ou transportado corretamente, sendo lançado nas ruas ou cursos d’água. Praticamente metade da população não possui instalação sanitária. E quase a totalidade dos domicílios contam com esse tipo de instalação, utilizando o sistema de esgotamento por fossas (TABULEIRO, 2017).

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, o município tinha cadastrado no final de 2013, 399 portadores de hipertensão arterial, 122 portadores de diabetes, dois portadores de tuberculose e foram feitos 280 registros de dengue. Em relação às causas de internação, no ano de 2013, foram notificadas: complicações do diabetes, Acidente Vascular Encefálico e câncer. Já as principais causas de óbitos, segundo levantamento realizado a partir dos dados das

Declarações de Óbitos foram: Pneumonias; Infarto Agudo do Miocárdio e acidentes de trânsito. A taxa de mortalidade infantil foi de 23/1000 nascidos vivos que, apesar de bastante elevada, apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior, tendência observada nos últimos anos.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

A Assistência em Saúde no município de Tabuleiro, assim como no Brasil, é essencialmente curativa, o que traz prejuízos tanto financeiros quanto sanitários. Com a Unidade Básica de Saúde (UBS) eficiente, os Programas de Saúde (Vacinação, Pré-natal, Hanseníase, Saúde Mental, entre outros) podem ser gerenciados de maneira mais organizada e assim evitar a internação hospitalar numa fase mais grave.

Tabuleiro passa por uma reestruturação visando uma Atenção a Saúde Primária, sem, no entanto, descuidar de todos os elos que compõem a rede de saúde. Pretende-se retomar o crescimento da atenção em saúde deixado de lado durante anos, com investimento na rede como um todo.

O financiamento em saúde é realizado por meio de transferências fundo a fundo que se caracterizam pelo repasse de verbas diretamente de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal e do Distrito Federal, dispensando os convênios. As transferências fundo a fundo são utilizadas nas áreas de assistência social e de saúde. O quadro 01 descreve a distribuição dos valores repassados fundo a fundo ao município de Tabuleiro. Há também aplicação de recursos próprios do município, o que correspondeu a 25% do orçamento municipal em saúde, no ano de 2016 (TABULEIRO, 2017).

Quadro 1- Valores repassados fundo a fundo para o município de Tabuleiro, por setor, no período de 01/01/2013 a 19/04/2013.

Setor	Valor Absoluto
Atenção básica	134782,16
Média e alta complexidade	-
Vigilância à saúde	5.871,06
Assistência farmacéutica	7.797,90
Gestão do SUS	-
Investimentos	8,478,00
Total	156,929,12

Fonte: TABULEIRO (2017).

A rede de Média e Alta Complexidade está distribuída nos municípios de Tabuleiro, Rio Pomba e Ubá.

O município de Tabuleiro não possui hospital, as urgências e emergências do município são tratadas no Centro de Saúde Municipal, que possui quatro leitos de observação e funciona em regime de plantão de enfermagem 24 horas e com encaminhamento ao município de Rio Pomba, no Hospital São Vicente de Paulo. O suporte hospitalar do município se dá através do encaminhamento para o Hospital São Vicente de Paulo e, quando necessário, com a transferência para Ubá, Juiz de Fora e Muriaé, sendo reguladas via Sistema Único de Saúde (SUS).

O município dispõe de um sistema de atendimento móvel de urgência (SAMU) e conta com duas ambulâncias próprias. Em relação ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) há um serviço que presta atendimento em conjunto com as Equipes de Saúde das Famílias (ESF).

O Hospital de Rio Pomba consolidou-se como referência em saúde secundária na microrregião por possuir estrutura física, localização geográfica e série histórica possível para os atendimentos. Há 18 leitos disponíveis para o SUS, distribuídos em: uma obstetrícia cirúrgica; duas obstetrícias clínicas; uma pediatria cirúrgica; duas pediatrias clínicas; duas de cirurgia geral; duas de ginecologia, uma de

cardiologia, cinco de clínica geral e duas de neonatologia. Possui ainda, sala de parto, bloco cirúrgico, laboratório de patologia clínica e oferece o serviço de Raios-X (TABULEIRO, 2017).

A Secretaria Municipal de Saúde de Tabuleiro não dispõe de uma central de leitos e as internações ocorrem com acesso direto do usuário ao hospital ou encaminhamento pelas UBS. Existe mecanismo para o retorno do paciente internado para a UBS, com garantia de continuidade do cuidado, quando necessário.

Nas UBS, os agendamentos para consultas especializadas ocorrem através de cotas pré-estabelecidas por UBS ou por procura direta dos usuários. O agendamento ocorre por critério de classificação de risco e priorização de atendimento. Existe ficha de referência e contra referência, utilizada pelos profissionais. Os munícipes são encaminhados via Programa de Pactuação Integrada e pelo Consórcio Intermunicipal do Médio Jequitinhonha (CISMEJE) que oferece especialidades como cardiologista, neurologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, tecnólogo em radiologia, fonoaudiólogo, médico em radiologia e diagnóstico por imagem, urologista, nefrologista, psiquiatria, ortopedista e dermatologista. Estes médicos especializados e os procedimentos pactuados são realizados em outros municípios como Ubá, Rio Pomba, Juiz de Fora e Belo Horizonte. A Secretaria Municipal de Saúde oferece transporte gratuito para que os pacientes possam se locomover para estes procedimentos.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com um laboratório de patologia clínica próprio do município de Rio Pomba e um laboratório de patologia clínica contratado. Os exames são coletados no próprio laboratório.

Aproximadamente 90% da população do município é completamente dependente do SUS e a cobertura da ESF está em aproximadamente 76,54% da população.

A rede de Atenção Básica do Município conta com uma UBS, localizada na Rua Sinval Borges, dentro da mesma Cidade.

Há duas equipes, sendo uma pertencente à zona rural, na qual o autor do presente trabalho faz parte, e outra à zona urbana, o que está dentro da lógica de descentralização e universalização do atendimento SUS. Cada equipe é composta por: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS). Tem-se ainda que cada equipe ESF seja responsável por 2000 a 2500 pessoas, sendo 4572 habitantes, o total da população do município. Estas equipes são responsáveis pela classificação de risco dos pacientes. Existe protocolo clínico para o atendimento dos casos de urgência e emergência.

Em relação à Equipe de Saúde Bucal (ESB), há duas equipes de referência, uma da modalidade I e outra da modalidade II, que cobrem 16,2% da população. A modalidade I possui como estrutura de equipe um dentista e um auxiliar de saúde bucal, enquanto isso, a modalidade II é composta por um dentista, um técnico de saúde bucal e um auxiliar de saúde bucal. O município de Tabuleiro não possui Centro Especializado Odontológico (CEO).

Há também uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) implantada em outubro de 2013. A equipe é composta por um nutricionista, uma psicóloga, duas fisioterapeutas, um farmacêutico e uma fonoaudióloga. Há também um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que presta atendimento também em conjunto com as equipes da ESF.

Consta no quadro contratual de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde 96 funcionários com a carga horária de trabalho de 40 horas semanais, das 07:00 horas da manhã às 17:00 horas, com intervalo de 2 horas de almoço.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Rural “Nelsina Guilhermina”, seu território e sua população.

A ESF Rural “Nelsina Guilhermina” não tem estrutura própria, fica em um local adaptado a 53 km do município de Tabuleiro, na zona rural. A equipe atende um total de 2072 habitantes, sendo dividida em 4 micro áreas: micro área 1 (Igrejinha, Matinha, Agua Limpa e Ribeirão), micro área 2 (Botafogo e Pedra de Chifre), micro área 3 (Vendinha e BR), micro área 4 (Passa Cinco). Há no total 714 famílias,

distribuídas da seguinte forma: a micro área 1 tem 151 famílias; a micro área 2: 260 famílias; a micro área 3: 94 famílias; e a micro área 4: 209 famílias.

O local da UBS é de fácil acesso para a maioria da população. Tem como horário de funcionamento o período de 7:00 horas às 11:00 horas e de 13:00 às 17:00 horas. Possui um espaço físico suficiente para atender as duas equipes existentes. A unidade possui uma sala de espera com recepção, uma sala de acolhimento, dois banheiros para usuários, um consultório médico, dois consultórios odontológicos, um consultório ginecológico, duas salas de enfermagem, uma sala de vacinação, uma sala de observação, uma sala destinada para realização de curativos, uma sala de reuniões para grupo educativo, uma sala para os ACS, dois banheiros para funcionários, uma copa, uma sala utilizada para armazenamento de materiais de limpeza, uma sala de expurgo, uma sala utilizada para realização de exame eletrocardiograma. Como recursos materiais tem-se uma maca, seis cadeiras, uma mesa ginecológica, balança para adultos, balança infantil, otoscópio, esfigmomanômetro, estetoscópios.

A equipe conta com seis ACS, um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem. As consultas geralmente distribuem-se em 30 por dia para o médico, sendo divididas entre livre demanda e pré-agendamentos, todos passando por uma triagem prévia. Semanalmente, há uma reunião de equipe em que se elabora a agenda diária a entrar em vigor na próxima semana. Esta agenda procura intercalar, demanda espontânea e programada, de acordo com as linhas de cuidado (puericultura, pré natal, prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, diabetes, hipertensão arterial, doenças mentais, entre outras).

O nível de alfabetização da comunidade é de 54%. Existem muitas pessoas sem nenhum grau de escolaridade. Em relação à taxa de emprego é de 32%. Predominam os lavradores, por ser zona rural, com atividades agropecuárias (cana, feijão, mandioca, milho, banana, manga, coco, bovinos, aves, equinos e caprinos) e atividades industriais (mineração).

Tem-se na área de abrangência a seguinte distribuição da população, por faixa etária, conforme apresentado no quadro2.

Quadro 2- População da Equipe de saúde da Família (ESF) Rural “Nelsina Guilhermina” por Faixa Etária, subdividido em micro áreas.

FAIXA ETÁRIA	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	TOTAL
0-1 Ano	3	2	1	2	8
1-4 anos	23	19	18	20	80
5-14 anos	85	55	40	71	251
15-19 anos	66	45	35	43	189
20-29 anos	74	69	49	58	250
30-39 anos	99	95	76	101	371
40-49 anos	89	78	66	75	308
50-59 anos	69	49	59	59	236
60-69 anos	59	49	38	55	201
70-79 anos	54	45	15	36	150
80 anos e mais	10	5	4	9	28
TOTAL					2072

Fonte: IBGE (2017).

Observa-se uma predominância da população adulta jovem. As principais causas de morte na área têm relação com as Doenças Cardiovasculares.

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

Os seguintes problemas foram eleitos pela equipe de saúde da família, após analisado e realizada discussão do diagnóstico situacional de saúde da comunidade rural do município de Tabuleiro.

- 1-Elevada prevalência de Hipertensos, sem controle e acompanhamento adequado.
- 2- Elevada incidência de cardiopatia chagásica.

3- Alto consumo de benzodiazepínicos.

4-Aumento do número de usuários com transtornos mentais para acompanhamento psiquiátrico.

5- Dificuldades de autocuidado pelos usuários com Diabetes Mellitus (DM) para prevenção de úlceras por pressão.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Após diagnóstico situacional do município foi elaborado o segundo passo do Planejamento Estratégico Situacional que consiste na priorização dos problemas de acordo com a: Importância do problema, sua urgência e capacidade de enfrentamento da equipe (Quadro 3).

Quadro 3- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família “Nelsina Guilhermina”, área rural, 2017.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência de hipertensos, sem controle e acompanhamento adequado.	Alta	7	Dentro	1
Elevada incidência de cardiopatia chagásica.	Alta	6	Dentro	2
Alto/consumo de benzodiazepínicos	Alta	5	Dentro	3
Aumento do número de usuários com transtornos mentais para acompanhamento psiquiátricos.	Alta	4	Dentro	4
Dificuldades de auto-cuidado pelos usuários com DM para prevenção de úlceras por pressão.	Alta	3	Dentro	5

Fonte: TABULEIRO (2017).

A partir disso, elegeu-se o controle inadequado dos hipertensos para o enfrentamento por parte da equipe, com elaboração de um projeto de intervenção

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública quando se avalia a magnitude, riscos e dificuldade no controle. Trata-se de uma doença que atinge a população sem distinção de cor, gênero, idade e outros. A doença atinge um a cada quatro pessoas adultas, alcançando mais de 50% da população acima de 60 anos. Responsabiliza-se por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vasculares encefálicos e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. Estas e outras consequências graves da doença podem ser evitadas se houver tratamento adequado com controle da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Na comunidade rural do município de Tabuleiro observa-se no cotidiano que há uma alta prevalência de hipertensos com níveis pressóricos não controlados. Assim, com o intuito de prevenir fatores de riscos e futuras complicações que podem levar à morte, elegeu-se como problema para intervenção na comunidade o controle inadequado de hipertensos pela equipe de saúde da família.

3 OBJETIVO

Objetivo geral:

Apresentar um projeto de intervenção para o controle e seguimento adequado dos hipertensos, da área de abrangência da ESF Rural “Nelsina Guilhermina”, em Tabuleiro, Minas Gerais.

Objetivos específicos:

Modificar hábitos e estilos de vida inadequados dos pacientes com (HAS) na comunidade rural, especialmente os maiores de 40 anos.

Estruturar um processo de revisão e atualização sobre complicações e tratamento farmacológico adequado da HAS.

Propor reestruturação e organização no seguimento do paciente com (HAS) no Programa de Hipertensão.

Redução e controle do risco cardiovascular e complicações da HAS como: AVC e IAM.

4 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura narrativa, no período de 2006 a 2016, nos bancos de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e edições do Ministério da Saúde. Foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão; Doença Crônica; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

O método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional - PES, desenvolvido pelo chileno Carlos Matus, também será utilizado para a elaboração do projeto de intervenção.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial de alta prevalência e baixas taxas de controle, representando um importante problema de saúde pública no mundo em virtude do seu caráter crônico e incapacitante. Ela é considerada o mais importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (DCV), podendo evoluir para complicações nos sistemas renal, encefálico e vascular. Estimativa aponta uma prevalência global de HAS de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. (PEREIRA *et al*, 2009).

Trata-se de um dos principais problemas de saúde no Brasil na atualidade, elevando o custo médico-social, principalmente pelos fatores de risco, suas complicações e doenças cardiovasculares, tais como: morte súbita, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE), totalizando 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% daquelas por doença isquêmica do coração (SOUZA *et al*, 2016).

A doença é considerada uma doença silenciosa, o que dificulta o diagnóstico. Este é feito quando os níveis pressóricos se apresentam acima de 140x90 mmHg, de modo sustentado, em indivíduos maiores de 18 anos. Deve-se evitar, para o diagnóstico, as medições da pressão arterial em situações de estresse físico e emocionais que podem elevar naquele momento seu valor (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A doença se associa a alterações nas funções e/ou estruturas dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e também a alterações metabólicas. Isso aumenta o risco de complicações cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS apresenta uma alta morbimortalidade, com impacto na qualidade de vida das pessoas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os níveis pressóricos se elevam devido a vários fatores como: histórico familiar de hipertensão, obesidade, diabetes, consumo excessivo de sódio, tabagismo,

sedentarismo, estresse, excesso de bebidas alcoólicas, dislipidemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Para o atendimento do hipertenso há necessidade de um apoio diagnóstico mínimo, com exames anuais, considerando o acompanhamento do indivíduo, o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações (BRASIL, 2013).

A seguinte classificação da hipertensão arterial é feita a partir dos níveis pressóricos:

Quadro 4: Classificação da hipertensão de acordo com a sua gravidade.	
Normotensos	Pressões menores ou iguais a 12 por 8
Pré-hipertensos	Pressões entre 12 por 8 – 13 por 9
Hipertenso Grau I	Pressões entre 14 por 9 – 15 por 9
Hipertensos Grau II	Pressões maiores ou iguais a 16 por 10

Fonte: BRASIL (2017).

É evidente que a identificação das causas da HAS tem sido preocupação de todos que atuam junto aos hipertensos, pois reduz a qualidade de vida do paciente e aumenta os gastos com recursos de saúde. Dessa forma, tanto no conhecimento prévio quanto no conhecimento adquirido os sintomas da doença e fatores que fazem a pressão arterial se elevar foram confundidos a todo momento com as causas da HAS, fato este que precisa ser urgentemente desmistificado.

Há a hipertensão arterial essencial e secundária. A essencial se caracteriza como uma desregulação do mecanismo de controle homeostático da pressão. Enquanto isso, a secundária refere-se a uma causa definida que pode ser tratável ou curável. Esta atinge a minoria da população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).

As possíveis causas da HAS primária estão relacionadas às alterações no sistema nervoso autônomo, no metabolismo renina angiotensina-androsterona, na reabsorção

de sódio renal e às variações genéticas. A HAS também pode sofrer influência da resistência insulínica (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2007).

Por sua vez, as causas secundárias da HAS estão relacionadas à feocromocitoma, à Síndrome de Cushing, ao hipertireoidismo e hipotireoidismo, a doença renal crônica, aos distúrbios renovasculares, ao uso de anticoncepcionais orais, à coartação da aorta e ao aldosteronismo primário, entre outros. Outros fatores genéticos também interferem no desenvolvimento da HAS (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2007).

Há dois tipos de tratamento da HAS, o medicamentoso e o não medicamentoso. Considera-se que iniciar o tratamento dos pacientes diagnosticados e manter o seu acompanhamento regular, tanto medicamentoso quanto não medicamentoso, é um desafio para as equipes de saúde da família (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2011).

O tratamento não medicamentoso envolve a mudança no estilo de vida (MEV), e é essencial para o controle não só da HAS como de fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV). Entre as MEV está a redução do consumo de álcool, a substituição de métodos contraceptivos hormonais por outros métodos, a redução no uso do tabaco, a redução da obesidade. Assim, é necessária a adoção de hábitos de vida mais saudáveis (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2011; ATTHOBARI, 2007; KAPLAN; ROSE, 2008).

É consenso na literatura científica que o sucesso do tratamento da HAS e de suas complicações está condicionado às mudanças de estilo de vida, independente do tratamento medicamentoso, com destaque na redução dos fatores de risco modificáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A adoção de hábitos de alimentação e estilos de vida mais saudáveis, como dito, é estratégica para o alcance de resultados mais favoráveis no cuidado à HAS, sendo, em alguns casos, a única terapêutica recomendada. A baixa adesão dos pacientes a

essas orientações não medicamentosas constituem-se em importante dificuldade para controlar a gravidade da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

O alimento mais relacionado com a HAS é o sal. Nas sociedades onde o sal é mais consumido, o número de hipertensos é mais alto. A ingestão de sal na alimentação pelos pacientes além de sofrer influência pela condição financeira envolve sentimentos de prazer na degustação de comidas mais temperadas por eles (LIMA; BUCHER; LIMA, 2015).

Além disso, os fatores econômicos, psicossociais, o estresse e as emoções específicas contribuem no desencadeamento e manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudanças de hábitos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016).

Como exposto, há também o tratamento medicamentoso que é decidido iniciar considerando os níveis pressóricos, o risco cardiovascular, a adesão à adoção de hábitos de vida mais saudáveis. Indivíduos com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 ($PA \geq 160/100\text{mmHg}$) tem indicação de tratamento medicamentoso, sendo ainda necessário melhorar os hábitos de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2012).

O tratamento medicamentoso considera a necessidade de cada pessoa, avaliando a idade, histórico familiar, presença de comorbidades e se há ou não lesão de órgão alvo. Frequentemente, o tratamento da HAS necessita da associação de dois ou mais anti-hipertensivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA, 2010).

Se a (HAS) não for tratada em tempo oportuno e da forma correta, pode levar a diversas consequências como Insuficiência cardíaca e renal, Infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias cardíacas, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Neste contexto, ficar atento aos sinais e sintomas da doença e procurar uma assistência adequada é a alternativa mais conveniente. No entanto, na maioria das vezes, isso não acontece. Com isso, a baixa adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, da hipertensão arterial sistêmica é motivo de preocupação de profissionais que atuam na atenção primária.

Alguns autores evidenciam que os principais motivos que contribuem para que o paciente abandone o tratamento são: o alto custo dos medicamentos, a necessidade de tomá-los várias vezes ao dia, a ocorrência de efeitos indesejáveis, o desconhecimento das complicações, a ausência de sintomatologia e o esquecimento (SOARES *et al*, 2009).

O controle da HAS constitui uma das áreas estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS). Com o propósito de minimizar as complicações relacionadas a doença, no ano 2000 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, pelo qual os usuários devem ser cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Neste contexto, a Atenção Básica, em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem papel central no sentido da implementação do cuidado integral ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2016).

As atividades de saúde na Atenção Básica (AB) no sistema de saúde brasileiro são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (FERNANDES, 2010).

Dentre as ações garantidoras do modelo assistencial na AB de saúde, surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada como porta de entrada ao sistema de saúde, representada como um importante instrumento capaz de promover uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial (FERNANDES, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família surge na perspectiva de reorientar o modelo assistencial de saúde no Brasil, centrado no modelo assistencial preventivo em detrimento do curativo.

Na ESF, a educação em saúde trata-se de uma importante ferramenta para a emancipação do usuário portador da hipertensão arterial na construção de ações que estimulem a adoção de comportamentos favoráveis a sua qualidade de vida, sob um enfoque no qual a população e os profissionais estabeleçam uma relação mútua de compartilhamento de saberes.

Nesse sentido, as estratégias educativas constituem como um importante instrumento para estimular mudanças no estilo de vida e reduzir os fatores de risco cardiovascular. Estudos têm analisado a importância, a efetividade e as limitações dessas estratégias no tratamento da HAS.(ALVAREZ; ZANELLA, 2009).

É coerente afirmar que o tratamento clínico da HAS é baseado na terapia medicamentosa, como já foi explicitado anteriormente, e também na adoção de novos hábitos, como a realização de exercícios físicos regulares, na eliminação dos fatores de risco e principalmente em uma dieta saudável.

O desenvolvimento de ações de promoção de estilos de vida mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença, bem como a sua detecção precoce, minimizando danos, incapacidades, riscos e gastos, são fundamentais no cuidado com os pacientes hipertensos. A melhor alternativa contra a doença, ainda, é prevenir o surgimento destes danos, melhorando a qualidade de vida dos usuários do programa e promovendo o tratamento adequado da HAS.

Diante disso, a importância desta temática está no fato de que a frequência de atividades de educação em saúde nos serviços de saúde está reduzida e os indivíduos permanecem com carência de informações adicionais sobre o seu estado de saúde e sobre o que fazer para minimizar as complicações. Nesse contexto, aumenta-se o número de internações, muitas das quais poderiam ser prevenidas através das atividades de educação em saúde. A pesquisa é de relevância para a sociedade, pois ela estará demonstrando a importância da educação em saúde no tratamento das pessoas portadoras de HAS e, conseqüentemente, diminuído o custo médico-social do Brasil e a saúde das pessoas afetadas (CUSTODIO *et al*, 2016). .

Percebe-se que realmente a grande maioria dos hipertensos não tem uma percepção mais apurada e concreta em relação aos malefícios que podem advir da doença hipertensiva, consecutivamente interferindo no tratamento proposto, na recusa em aderi-lo, bem como os alarmantes índices de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Cabe lembrar aqui o papel dos profissionais de saúde na realização contínua da promoção em saúde, tendo em vista que os entrevistados dificilmente assimilam todas as informações inerentes ao autocuidado. Visto que a HAS é uma afecção crônica grave que, se não tratada corretamente, leva ao surgimento de complicações com comprometimento de órgãos importantes, é necessário um acompanhamento especializado e educação em saúde contínua (CUSTODIO *et al*, 2016). .

Cabe aos profissionais de saúde, em especial, ao enfermeiro, a implementação de um plano de cuidados individualizado, com esclarecimento de dúvidas, repasse de orientações, oportunizando aos pacientes verbalizar suas experiências de vida e o modo como cuidam da própria saúde. Conforme esses autores, as mudanças nas práticas assistenciais voltadas à construção da promoção da saúde visam, principalmente, a melhoria da morbimortalidade e diminuição das repercussões negativas da vida do paciente hipertenso (CUSTODIO *et al*, 2016).

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de óbitos e internações hospitalares. No SUS, são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, com um custo aproximadamente de 475 milhões de reais, quando não inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade. Entretanto, 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica de saúde (MINISTERIO DA SAUDE, 2016).

Na maioria dos casos, a doença hipertensiva acarreta mudanças nos aspectos pessoais e sócio-cultural vivenciados pelos usuários, devido o seu tratamento envolver, além do uso de medicamentos, modificações no estilo de vida. A qualidade de vida dos usuários portadores de hipertensão arterial pode ser modificada em função dos efeitos adversos causados pelas drogas, por doenças associadas e pela necessidade de mudanças no estilo de vida para que haja o controle da HAS (FONTELES JL; SANTOS ZMSA; SILVA MA, 2009).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

A ESF rural Nelsina Guilhermina tem aproximadamente 2072 usuários. Destes, 923 possuem mais de 40 anos. Neste grupo, há 499 hipertensos diagnosticados, o que representa 55 % da população referida. No entanto, o que é ainda mais preocupante é que 71,5 % estão sem controle adequado. Além disso, no município entre as causas de mortalidade em maiores de 20 anos no ano 2013, 38% foram por doenças cardiovasculares. Assim, percebe-se a importância de um projeto de intervenção para o controle e seguimento dos pacientes, para prevenir fatores de riscos e futuras complicações que podem levar à morte.

6.2 Explicação do problema

A HAS é na maior parte do seu curso assintomática, isto faz com que o diagnóstico e tratamento sejam frequentemente desconhecidos. Somam-se, a isto, a baixa adesão ao tratamento prescrito, por parte dos usuários, os hábitos e estilos de vida não saudáveis, a ineficiência na oferta e divulgação de ações preventivas e promotoras de saúde envolvendo a temática, o que faz com que haja um baixo acesso à saúde e conhecimento acerca dos fatores de risco, repercussões da doença no organismo. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais.

6.3 Seleção dos nós críticos

- Baixo nível de conhecimento sobre a HAS.
- Dificuldades no controle e acompanhamento dos hipertensos por parte da equipe de saúde
- Hábitos e estilos de vida não adequados.
- Tratamento farmacológico inadequado.

Os próximos passos do PES serão descritos nos quadros abaixo de acordo com cada nó crítico.

Quadro 5- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevada prevalência de Hipertensos, sem controle e acompanhamento adequado”, da equipe de ESF Rural do município Tabuleiro.

Nó crítico 1	Baixo nível de conhecimento sobre a HAS.
Operação (operações)	Projeto “CONHECER MELHOR” Aumentar o nível de informação da população sobre HAS e seus riscos.
Resultados esperados	População mais informada sobre HAS e seus riscos. Pacientes hipertensos controlados
Produtos esperados	Campanha educativa na radio local Palestras sobre HAS Recursos humanos capacitado
Recursos necessários	Organizacional: Agenda da equipe para organização das palestras Cognitivo: informação sobre o tema e elaboração do projeto Político: conseguir o espaço local para realização de eventos, aprovação do projeto Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Recursos críticos	Político (conseguir o espaço na radio local e local para as Palestras) Organizacional (Agendamento de Palestras) Cognitivo (informação sobre o tema e elaboração do projeto)
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde da Família
Motivação	Favorável
Ações estratégicas	Elaborar e apresentar projeto a equipe e articular com outros setores
Prazo	Início em três meses termino 12 meses Apresentar o projeto em dois meses, implantado em três meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Medico e Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação após seis meses do inicio do projeto por meio de planilhas

Quadro 6- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevada prevalência de Hipertensos, sem controle e acompanhamento adequado”, da equipe de ESF Rural do município Tabuleiro.

Nó crítico 2	Dificuldades no controle e acompanhamento dos hipertensos por parte da equipe de saúde
Operação (operações)	GARANTIR CUIDADOS Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes, garantir seu acompanhamento e a integralidade, equidade e universalidade dos atendimentos oferecidos pelo SUS.
Resultados esperados	Atenção multidisciplinar e multisetorial Eficiência no controle e acompanhamento dos hipertensos
Produtos esperados	Recursos humanos capacitados Agendamento de consulta segundo necessidade do paciente Planilhas para monitoramento dos usuários Projeto Garantir Cuidados Implantado
Recursos necessários	Político: decisão de recursos para estruturar o serviço Financeiro: folhetos, recursos audiovisuais Cognitivo: Conhecimentos para elaboração e adequação do plano de acompanhamento a paciente Organizacional: Agenda para garantir aumento da oferta das consultas
Recursos críticos	Político (decisão de recursos para estruturar o serviço) Organizacional: Agenda para garantir aumento da oferta das consultas
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde da Família
Ações estratégicas	Apresentar projeto de estruturação dos serviços
Prazo	Início em três meses termino 12 meses Apresentar o projeto em três meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica e Coordenadora ABS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação após seis meses do início do projeto.

Quadro 7- Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevada prevalência de Hipertensos, sem controle e acompanhamento adequado”, da equipe de ESF Rural do município Tabuleiro.

Nó crítico 3	Hábitos e estilos de vida não adequados.
Operação (operações)	Projeto “Viva Leve” Modificar hábitos e estilos de vida
Resultados esperados	População com melhor qualidade de vida Pacientes hipertensos controlados
Produtos esperados	Recursos humanos capacitados Projeto Viva Leve Implantado. Caminhadas de grupos de hipertensos Campanha educativa na radio local Atendimento do NASF (nutricionista, fisioterapeuta)
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema Político: conseguir o local e vinculação com NASF e intersetorial. Organizacional: Agenda para garantir o agendamento de palestras e caminhadas Financeiro: para recursos audiovisuais folhetos e panfletos
Recursos críticos	Cognitivo: informação sobre o tema e elaboração do projeto Político: conseguir o local e articulação intersetorial Organizacional: Agenda para garantir o agendamento de palestras e caminhadas
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde da Família Profissionais do NASF (nutricionista, fisioterapeuta)
Ações estratégicas	Apresentar um projeto de apoio ao NASF
Prazo	Início em três meses termino 12 meses Apresentar o projeto em dois meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica, Técnico de enfermagem, nutricionista e Fisioterapeuta
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação após seis meses do início do projeto.

Quadro 8- Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevada prevalência de Hipertensos, sem controle e acompanhamento adequado”, da equipe de ESF Rural do município Tabuleiro.

Nó crítico 4	Tratamento farmacológico inadequado.
Operação (operações)	Reorganizar o processo de trabalho. Melhorar a efetividade dos tratamentos oferecidos pelo SUS
Resultados esperados	Cobertura dos pacientes hipertensos
Produtos esperados	Linha de cuidados para HAS implantada Recursos humanos capacitados Avaliação com farmacêutico do NASF Consultas médicas e de enfermagem com foco na abordagem farmacológica
Recursos necessários	Político: mobilização social, articulação com NASF Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos Cognitivo: conhecimento para a elaboração e adequação do plano de acompanhamento a paciente Organizacional: adequação da agenda médica, do enfermeiro e farmacêutico
Recursos críticos	Político: mobilização social, articulação com NASF Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos Organizacional: adequação da agenda médica, do enfermeiro e farmacêutico
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde da Família NASF (farmacêutico)
Ações estratégicas	Apresentar projeto de estruturação dos serviços
Prazo	Início em três meses e termino em 12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica e Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação após seis meses do início do projeto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que as estratégias e ações propostas podem impactar positivamente na comunidade. Além disso, os resultados da análise produziram informações que serão muito úteis para a UBS do Município e para o planejamento das ações por parte da equipe de saúde.

Evidenciou-se a relevância de se atuar coletivamente desde a escolha do projeto de intervenção, com o envolvimento da equipe, até sua execução com articulação com outros profissionais de saúde. Acredita-se, entretanto, que o presente trabalho sirva de motivação para que outras equipes da ESF possam se envolver com o tema e desenvolver mais projetos que permitam o adequado controle e seguimento dos pacientes com HAS, gerando mais respostas e trabalhos para essa área.

REFERENCIAS

ALVARES TS; ZANELLA MA. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. Rev. Nutr. Campinas 2009; 22(1): 71-79.

ATTHOBARI, J. et al. The impact of hormonal contraceptives on blood pressure, urinary albumin excretion and glomerular filtration rate. British journal of clinical pharmacology, **Oxford**, v. 63, n. 2, p. 224-231, fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITISH HYPERTENSION SOCIETY. Royal College of Physicians. Management in adults in primary care: pharmacological update. Hypertension. **NICE Clinical Guideline**, 2008. Disponível em: <http://www.books.google.com>. Acesso em: 23 set. 2017.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avalicao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 25 Sep. 2017.

CUSTÓDIO *et al.* Ações de promoção da saúde a pacientes com doenças cardiovasculares: revisão integrativa. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 Jul [cited 2016Sept30];9(7):Availablefrom:<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArtic>.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FERNANDES SCA. As práticas educativas na saúde da família: uma cartografia simbólica [tese]. Natal (RN): Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; 2010.

FONTELES JL; SANTOS ZMSA, SILVA MA. Estilo de vida de idosos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde. Rev Rene. 2009; 10(3): 53-60.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE.**IBGE @Cidades**. Tabuleiro, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.udesc.br>. Data de acesso:28 Nov 2017.

KAPLAN, N. M.; ROSE, B. D. Treatment of hypertension in the blacks. Manual de Hipertensão- Ensino Clínico vol1-22.2008 Disponível em: <<http://www.ghc.com.br>. Data de acesso:28 Nov 2017.

LIMA MT; BUCHER JSNF; LIMA JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 July/Aug. [cited 2015 May 01]. Rio de Janeiro. 20(4):1079-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2004000400023>

MINISTERIO DA SAUDE (BR). Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults. London: **NICE**, 2011. Ó que é Hipertensão arterial, causas, sintomas e tratamento. Ministério da saúde 2017. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em 31 Sep.2017.

PEREIRA M, LUNET N, AZEVEDO A, BARROS H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. J Hypertension 2009; 27(5): 963-975.

RODRIGUES LGM; MEDEIROS LC. Educação popular em saúde: reflexões e desafios acerca das práticas desenvolvidas e do empoderamento da comunidade [monografia]. Mossoró (RN): Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; 2008.

SANTOS FPA; NERY AA; MATUMOTO S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2016 May 01]; 47(1):107-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a14v47n1.pdf>.

SANTOS ZMSA; LIMA PL. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. Texto & Contexto Enferm. 2008; 17(1):90-7.

SOARES LC; SANTANA MG; THOFEHM MB; DIAS DG. Educação em saúde na modalidade grupal: Relato de experiência. Ciênc Cuid e Saúde [Internet]. 2009 Jan/Mar [cited 2015 May 30];8(1): 118-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v8i1.7786>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Disponível em: <<http://www.departamentos.cardiol.br>>.2010. Acesso em: 27 de Nov 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. O que é hipertensão. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>> 2010. Acesso em: 27 Set 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 Supl. 1):1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2016 [cited 2016 Sept 30];107(3):1-102. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

SOUZA LL; ALVES ELMA; VALLE RMC; LAGO EC. Análise do perfil epidemiológico de idosos hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA. J Nurse UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2016 May 01];10(Supl. 3):1407-14. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8873/pdf>.

TABULEIRO. Prefeitura Municipal. 2017. Disponível em: <www.tabuleiro.mg.gov.br>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva: WHO; 2008.

WOODS SL, FROELICHER ESS, MOTZER SU. Enfermagem em Cardiologia. 4 ed. Barueri: Manole; 2007.