

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

ZAHILIS RODRÍGUEZ CRUZ

**ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
“MARICOTA FERNANDES” NO MUNICÍPIO MONTE CARMELO-
MINAS GERAIS.**

**PÓLO UBERLÂNDIA-MINAS GERAIS.
2016.**

ZAHILIS RODRIGUEZ CRUZ

**ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
“MARICOTA FERNANDES” NO MUNICÍPIO MONTE CARMELO-
MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Prof^a.M^a. Marlene das Graças Martins

PÓLO UBERLÂNDIA - MINAS GERAIS
2016

ZAHILIS RODRIGUEZ CRUZ

**ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
“MARICOTA FERNANDES” NO MUNICÍPIO MONTE CARMELO-
MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^aM^a. Marlene das Graças Martins-Orientadora

Examinador 2: Prof.^a Aline Cristina Souza da Silva-examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença muito frequente na população, constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo e é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, as quais são responsáveis aproximadamente por 30% das mortes no Brasil atualmente. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, e se configura como fator determinante de morbidades, complicações funcionais, incapacitantes e a mortalidade. O objetivo desse estudo foi elaborar uma proposta de intervenção para aumentar o controle da HAS na área de abrangência da USF "Maricota Fernandes" com base no método Planejamento Estratégico Situacional. Após o diagnóstico situacional, foi elaborado um plano de ação seguida de uma revisão bibliográfica com consulta nos registros eletrônicos sobre o tema específico da HAS, em especial as páginas da rede mundial de computadores, dados eletrônicos das bibliotecas virtuais *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde, NESCON e INFOMED. Na sequência foi elaborada uma proposta de intervenção, por meio de encontros presenciais com participação de toda a equipe da Estratégia de saúde da família. No decorrer do trabalho, percebeu-se que esse plano de intervenção poderá servir de suporte para o enfrentamento dessa doença crônica que acomete milhares de pessoas Assim, torna-se imprescindível a compreensão e o compromisso por parte da comunidade e dos profissionais de saúde, na busca por melhores soluções das complicações causadas pela HAS.

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

ABSTRACT

The Hypertension is a very common disease in the population, is an important public health problem in Brazil and in the world and is a risk factor for the development of cardiovascular, cerebrovascular and kidney disease, which is roughly responsible for 30% of deaths in Brazil currently SAH has high prevalence and low rates of control, and is configured as a determinant of morbidity factor, functional, disabling complications and mortality. The aim of this study was to develop an intervention proposal to increase the control of hypertension in the catchment area of the USF "Maricota Fernandes" based on the method Situational Strategic Planning. After the situational diagnosis was drawn up an action plan followed by a literature review with consultation in the electronic records on the specific subject of hypertension, especially the pages of the World Wide Web, electronic data of virtual libraries *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Virtual Health Library, NESCON and INFOMED. Following a proposal of intervention was developed through in-person meetings with participation of the entire strategy team of family health. During the work, it was realized that this intervention plan could serve as a support to face this chronic disease that affects thousands of people Thus, it is essential to understanding and commitment by the community and health professionals in search for better solutions of complications caused by hypertension.

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

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo Geral.....	13
3.2 Objetivos Específicos.....	13
4. METODOLOGIA.....	14
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
5.1 Hipertensão Arterial.....	16
5.2 Fatores de risco para não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	17
6. PLANO DE AÇÃO.....	19
7. PLANO OPERATIVO PARA O ENFRENTAMENTO DOS PROBLEMAS SELECIONADOS.....	24
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
9. REFERÊNCIAS.....	27

1. INTRODUÇÃO

O município Monte Carmelo localiza-se na região ampliada de saúde do triângulo norte, microrregião Patrocínio/ Monte Carmelo. Ocupa a posição de município polo para cinco municípios, sendo eles: Romaria, Estrela do Sul, Grupiara, Douradoquara, Abadia dos dourados e Iraí de Minas. Fica a uma distância de 484 km de Belo Horizonte capital do estado Minas Gerais (IBGE, 2010).

Segundo estimativas de 2010 do Instituto Instituto de Geografia e Estatística, sua população era de 17 200 habitantes, com densidade populacional de 35,29 hab./km². Tem uma Área de extensão de 1.343,035 km² e o número aproximado de domicílios e famílias são 17. 200 (IBGE, 2010).

O sistema de abastecimento de água na zona urbana no município é suprido pela captação em córregos (55%) e poços artesianos (45 %), suprido pelo Departamento Municipal de água e esgoto (DMAE). O abastecimento é dividido em seis sistemas principais. O sistema de esgotamento sanitário é composto pelas bacias do córrego Mumbuca, Olaria, Arara, a sub-bacia do córrego da exposição e Monjolo (IBGE, 2010).

A coleta do lixo é realizada diariamente, exceto os sábados, domingos e feriados. A destinação final do lixo e seu tratamento são realizados no aterro sanitário no Monte Carmelo, localizado no Km 25 da rodovia MG 190, prevista até 2021 (IBGE, 2010).

A principal atividade econômica da cidade é a produção de telhas, tijolos, artefatos cerâmicos e também é destaque na produção de curtume e de embalagens e ainda na produção de café, onde há grãos de altíssima qualidade servindo o Brasil com o café do cerrado carmelitano. O município, juntamente com Araguari, Uberaba e Patrocínio, está no eixo de destaque da produção do melhor café do cerrado para exportação, no Brasil (IBGE, 2010).

A unidade Maricota Fernandes fica na periferia do município Monte Carmelo, encontra-se localizado na Avenida Santa Rita do bairro Santa Rita, tem facilidade de acesso para a população e mesmo não reunindo todas as condições estabelecidas para uma unidade de saúde, nossa equipe garante seu adequado funcionamento, a unidade funciona nos horários das 7.00 até às 17 horas. A área de abrangência da unidade esta distribuída em seis micro áreas (IBGE, 2010).

A unidade está composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com o treinamento e capacidade de resposta as necessidades básicas de saúde da população da área de abrangência.

Tabela 1- Distribuição da população por faixa etária do PSF Maricota Fernandes Monte Carmelo-2015.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
< 1	9	11	20
1-4	69	54	123
5-9	101	104	205
10-14	103	105	208
15-19	116	107	223
20-39	442	411	853
40-49	178	168	346
50-59	124	154	278
>60	125	109	234
Total	1266	1224	2490

Fonte: Sistema de Atenção Básica (SIAB), 2014.

A área de abrangência tem 1848 pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas o que representa 95,55 % e 305 (95,02 %) crianças e adolescentes vinculados à escola (IBGE, 2010).

Predominam as casas de tijolo/Adobe em 99 % e todas as casas têm garantida a energia elétrica. O abastecimento de água é feito pela rede pública em 100 % das vivendas e o tratamento da água de consumo é mediante a filtração majoritariamente. O destino do lixo é feito pela coleta pública, porém, apesar de ser coletada diariamente, a indisciplina social afeta a higienização da comunidade, devido ao lixo nos lotes vagos. Na área do estudo tem 14 lotes vagos, com situação precária, o que contribui a uma elevada concentração de *Aedes aegypti*, constituindo risco de surtos de dengue (IBGE, 2010).

Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de Monte Carmelo, entre as principais doenças crônicas apresentadas pela população do Bairro Santa Rita, encontra-se a HAS que atinge 13% dos pacientes acima de 20 anos, o Diabetes Mellitus com 3,09 % da população diagnosticada, muito abaixo do comportamento do país (6,4%) segundo o site da Sociedade Brasileira de Diabetes (IBGE, 2010).

Dentre as doenças transmissíveis predominam as infecções respiratórias agudas, parasitárias e a dengue.

A HAS é um importante problema de saúde pública, visto que a morbimortalidade e os custos com o seu tratamento são elevados (MENDES *et al.*, 2014).

Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; CUNHA *et al.*, 2012).

Pelo fato de ser uma doença silenciosa e assim, ser frequentemente descoberta quando já se encontra em um grau avançado, essa doença pode gerar algumas outras complicações que podem ser de grande relevância para a saúde do indivíduo, levando a complicações cerebrovasculares, insuficiência

renal, insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana e vascular periférica gerando, portanto, altos gastos públicos com internações e tratamentos. (AIRES, 2011; PIMENTA, 2012).

Com base no exposto, o desenvolvimento de ações e estratégias de saúde acerca da hipertensão arterial contribuirá para um melhor controle e adesão ao tratamento dos pacientes com esta doença crônica e controlar também os fatores de risco modificáveis da HAS tais como: consumo excessivo de sódio e álcool, sedentarismo, tabagismo e obesidade.

2. JUSTIFICATIVA

A HAS é uma doença muito frequente na população, constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo e é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É responsável por pelo menos 40 % das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2013).

O estado de saúde de população brasileira é caracterizado por uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. O quadro epidemiológico do país representa a HAS como um grave problema de saúde pública, por sua magnitude, risco e dificuldades para o controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HAS, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Constitui um fator de risco decisivo para as doenças cardiovasculares, as quais são responsáveis aproximadamente de o 30% das mortes em Brasil atualmente (MANO; PIERIN, 2005).

A área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Maricota Fernandes apresenta uma população de 2490 pessoas onde as demandas diárias de atendimentos estão centradas nas doenças crônicas. A área tem diagnosticado 257 hipertensos com uma prevalência de um 13,28% na população maior de 20 anos, predominando esta em 70.7 % dos pacientes idosos e observando-se um controle inadequado dos pacientes hipertensos.

Dada a importância de seu controle, avaliação e seguimento adequado em função da repercussão na saúde individual e coletiva, assim como, para os

serviços de saúde, faz-se necessário, ações imediatas que ocasionem mudanças positivas nesses pacientes. Percebe-se que a solução para esse problema está dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.

O controle inadequado dos pacientes hipertensos deve-se a diversos fatores, dentre eles na área de abrangência estudada, destaca-se: a ausência dos pacientes as consultas programadas e a baixa adesão ao tratamento dessa forma prejudicam o acompanhamento e as avaliações desses pacientes.

A adesão ao tratamento é definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente (OIGMAN, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Vários são os determinantes para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo: falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica; baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima; relacionamento inadequado com a equipe de saúde; custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos colaterais indesejáveis; e poli farmácia (GUSMÃO *et al.*, 2009; CINTRA *et al.*, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; MOTTER *et al.*, 2013).

Neste contexto, justifica-se a proposta de intervenção para aumentar o controle da HAS na área de abrangência da USF “Maricota Fernandes”. Existem alta incidência e prevalência de pacientes com HAS, cuja maioria permanece com falta controle e expostos aos inúmeros fatores de risco, doenças associadas e complicações.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais:

- ✓ Elaborar uma proposta de intervenção para aumentar o controle da HAS na área de abrangência da USF “Maricota Fernandes”, Município Monte Carmelo- MG.

3.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Elevar o conhecimento dos pacientes sobre a HAS através de grupos de discussão.
- ✓ Estimular os hipertensos a adotar um estilo de vida mais saudável.

4. METODOLOGIA

Com base no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi executado o diagnóstico situacional e elaboração de um plano de ação CAMPOS; FARIA & SANTOS, 2010).

Primeiramente foi realizado o Diagnóstico situacional da área de abrangência da USF “Maricota Fernandes” e apoiado por instrumentos utilizados para a identificação dos problemas como a observação ativa de equipe no próprio processo de trabalho diário, as reuniões internas e externas efetuadas mensalmente, a realização de entrevistas a informantes-chaves de a comunidade e o uso de informações utilizando o SIAB, 2013, consolidado da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, registros da equipe de saúde e dados do IBGE.

Este diagnóstico teve como base no método da estimativa rápida a qual é uma importante ferramenta do trabalho e constitui um jeito de obter informações sobre um conjunto de problemas e recursos potenciais para seu enfrentamento, em um curto período de tempo, sem gastos. O mesmo foi realizado durante o mês do março, desenvolvido e discutido entre todos os membros da equipe.

Uma revisão bibliográfica sobre o tema também foi realizada junto à pesquisa na base de dados de registros eletrônicos sobre o tema específico de HAS durante o período compreendido entre os anos 2004 e 2014, em especial, as páginas da rede mundial de computadores, os dados eletrônicos das bibliotecas virtuais *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual de saúde (BVS), biblioteca virtual NESCON e Biblioteca cubana virtual INFOMED. Os dados coletados nos permitiram ter acesso à informações atualizadas sobre o tema para realização do presente trabalho.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é definida como uma doença crônica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA); sendo uma das principais causas de doenças cardiovasculares (DCV), e está associado a alterações funcionais de alguns órgãos, bem como alterações metabólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; NOBRE et al., 2010).

Cesariano et al.(2008) e Rosário et al.(2009) explicam que inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%^{6,7}. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos.

A prevalência estimada da HAS em Minas Gerais é de 20 % na população maior ou igual a 20 anos de idade (MINAS GERAIS/SES, 2006 apud MEIRELES *et al.*, 2013).

Segundo a Sociedade brasileira de cardiologia (2010) a HAS é considerada uma doença com alta prevalência e baixo controle, pois o tratamento inadequado pode resultar em doença arterial coronariana (DAC), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença vascular periférica (DVP), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal. Em razão dessas consequências, a HAS é responsável por cerca de 7,6 milhões de óbitos no mundo.

Cesarino *et al.*(2008) planteia que existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Entre metalúrgicos do RJ e de SP a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para esta condição (MARTINEZ *et al.*, 2006).

Cesarino *et al.*(2008) e Martinez, M.C (2006), explicam que a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Como demonstrado em outros estudos, em que ocorre predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas (LESSA, 2001).

Excesso de peso e obesidade estão associado com maior prevalência de HAS de jovens (BRANDÃO *et al.*, 2004). Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 Kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. Sendo que a obesidade central também está associada com níveis elevados de PA (OMS, 1997).

Segundo a Sociedade brasileira de cardiologia (2006), a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcares e gorduras, além disso a explica que a Ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo também pode aumentar a PA e levar a complicações cardiovasculares.

Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV (PESCATELLO *et al.*,2004)

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida (CONEN D *et al.*,2009). No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com baixo nível escolaridade (CESARINO *et al.*,2008).

Os fatores genéticos também participam da gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS (OLIVEIRA CM *et al.*,2008).

5.2 Fatores de risco para não adesão ao tratamento anti-hipertensivo:

Segundo Lopes *et al.*,(2013),

(...) pela alta morbidade e mortalidade decorrente das complicações ocasionadas pela HAS, é necessário que o paciente faça o controle adequado de sua pressão arterial (PA) por meio do uso de terapias, medicamentosas e não-medicamentosas. A terapia não medicamentosa consiste em mudanças no estilo de vida que deve enfatizar a prática regular de atividades físicas, perda de peso, dieta com pouco sódio e gordura, sem consumo de bebidas alcoólicas e cigarro e gerenciamento do estresse. Tais medidas simples em pacientes saudáveis podem postergar o aparecimento dessa doença.

Gusmão *et al.*(2009) e Coutinho(2011), explicam que embora o arsenal de drogas anti-hipertensivas, os profissionais de saúde continuam esbarrando em um grave problema: a falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não. A adesão ao tratamento é complexa e vários fatores podem estar associados, dependendo de características do usuário e da doença, hábitos culturais e de vida, tratamento medicamentoso, dificuldades institucionais, e ainda, problemas relacionados com a equipe de saúde.

As mudanças no estilo de vida são altamente recomendadas na prevenção primária da HAS, pois com isso é possível reduzir as complicações cardiovasculares, causada pela doença (RAINFORTH *et al.*,2007).

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. (RAINFORTH *et al.*,2007).

Williams *et al.* (2008) e Lüderset *al.* (2008), explicam que para o manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da PA recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder

suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doenças cardiovasculares.

Segundo a Agencia Nacional de Saúde (2009), a implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.

6. PLANO DE AÇÃO

Na elaboração do plano de ação, o primeiro passo foi à identificação dos problemas:

- Alta prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão.
- Alta prevalência de Doenças Crônicas não transmissíveis.
- Falta de controle dos pacientes com HAS.
- Pouca assistência aos lactentes e crianças menores de dois anos nas consultas programadas de puericultura.
- Destino final inadequado do lixo e dejetos humanos.
- Negação de algumas mulheres para realizarem o exame citopatológico de colo de útero.
- Alto índice de alcoólatras e dependentes químicos.
- Falta de higiene em algumas residências.
- Alta incidência de dengue.

O segundo passo consistiu na priorização dos problemas sendo que os critérios utilizados para a seleção dos problemas foram: a importância do problema, sua urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe. A importância foi classificada em alto médio e baixo. Utilizou-se o critério de pontuação segundo a urgência, sendo possível nota de um a dez. Quanto à capacidade de enfrentamento da equipe classificou-se a demanda, fora ou parcialmente nas possibilidades da equipe de solução de problema.

Tabela 2- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da USF “Maricota Fernandes, 2015”.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de controle dos pacientes com HAS.	Alta	9	Parcial	01
Alta prevalência de Doenças Crônicas não transmissíveis	Alta	7	Parcial	03
Alta prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão.	Alta	7	Parcial	04
Alta incidência de dengue.	Alta	6	Fora	05
Alto índice de alcoólatras dependentes químicos.	Alta	6	Fora	06

Fonte: Elaborada pela autor, 2014.

O terceiro passo desenvolvido foi à descrição do problema selecionado, falta de controle dos pacientes com HAS, para o qual foram selecionados descritores, conforme demonstrado tabela 3.

Tabela 3 - Descrição do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família “Maricota Fernandes” em 2015.

Indicadores	Valores
Total de população	2490
Total de Hipertensos em geral	257
Total de população maior de 20 anos	1711
Total de Hipertensos maiores de 20 anos	257

Fonte: SIAB, 2014.

O quarto passo desenvolvido foi à explicação do problema, que tem como objetivo entender a gênese do problema que se deve enfrentar a partir da identificação de suas causas (Figura 1).

O quinto passo foi a Identificação dos "nós críticos" do problema caracterizado pela falta de controle dos pacientes hipertensos. O “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a

ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade (Tabela 4, 5 e 6).

A equipe de saúde identifica os seguintes nós críticos:

- Baixa adesão ao tratamento.
- Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.

Figura 1 - Explicação do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família “Maricota Fernandes” 2015.

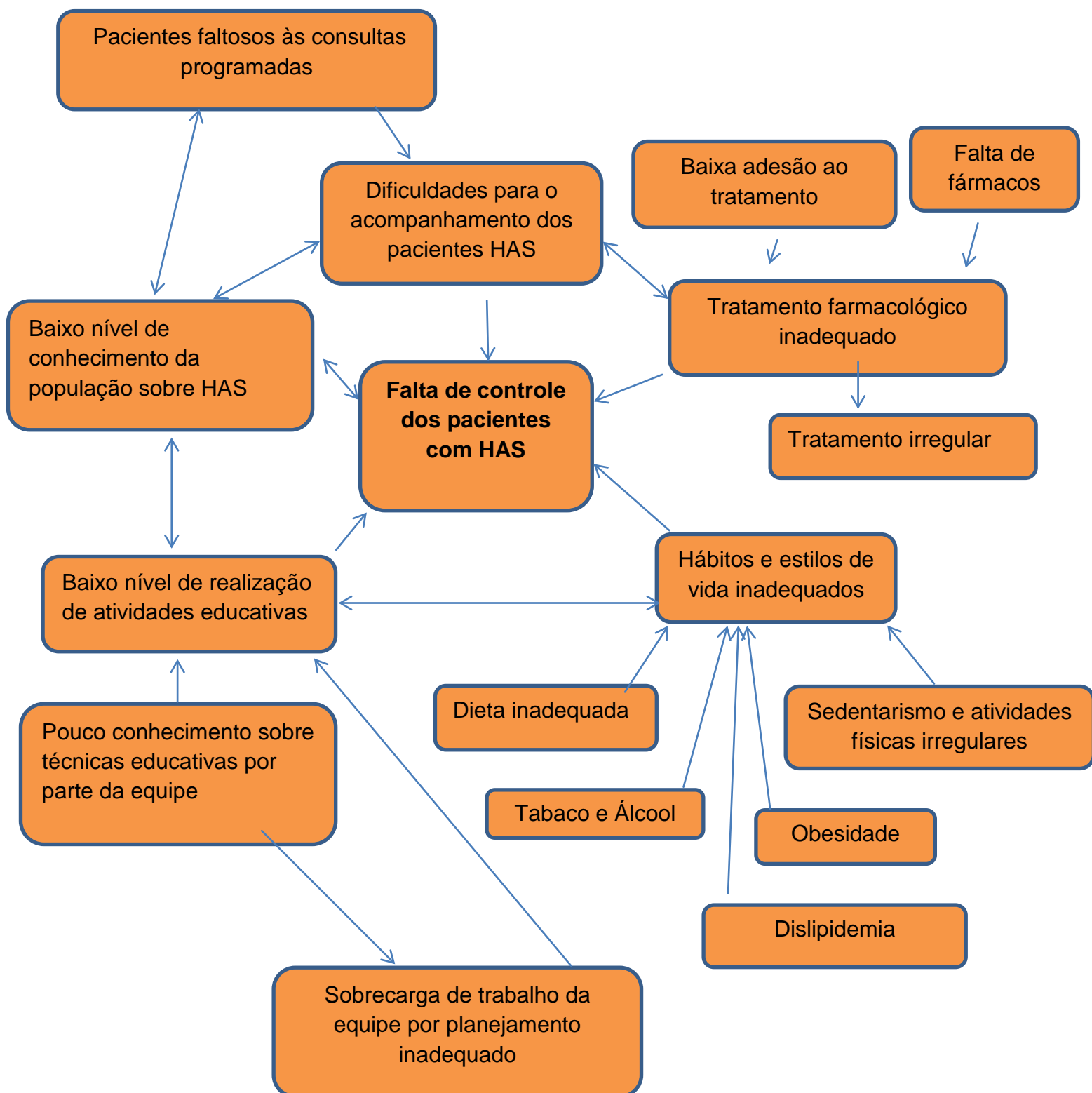


Tabela 4 – Baixa adesão ao tratamento na área de abrangência da ESF Maricota Fernandes na cidade de Monte Carmelo, Minas Gerais.

Nó crítico1	Baixa adesão ao tratamento
Ação/Operação/projeto	Projeto paciente Consciente. Informar ao usuário sobre posologia e reações adversas a medicamentos (RAM).
Objetivo	Melhorar adesão ao tratamento farmacológico.
Produto esperado	Pacientes com uso dos medicamentos conforme a prescrição médica, reconhecendo as RAM e sem abandono do tratamento.
Resultado	Aumento do conhecimento sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico uso correto dos anti-hipertensivos, redução dos níveis pressóricos e morbimortalidade.
Atores sociais	Equipe de Saúde da Família
Recursos necessários	Cognitivo: Pessoal orientado e com conhecimento do tema. Organizacional: adesão ao tratamento.
Recursos Críticos	Organizacional: regularizar o fornecimento dos medicamentos em quantidade adequada para a população e adesão da população alvo. Financeiros: decisão pelos gestores dos recursos públicos de acompanhar o fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos.
Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de saúde
Responsáveis	Equipe de saúde da família.
Cronograma	Primeiro semestre de 2016
Gestão/acompanhamento/ e avaliação.	Avaliação mensal dos pacientes nas diferentes atividades da equipe a fim de determinar o número de pacientes com controle da doença, avaliação do tratamento farmacológico e aferição de PA. As ações serão executadas e avaliadas mediante a detecção dos problemas e corrigidos no menor tempo possível. Será realizado monitoramento para detectar se os integrantes da equipe estão participando da forma planejada.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Tabela 5–Baixo nível de conhecimento das doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência ESF Maricota Fernandes na cidade Monte Carmelo, Minas Gerais.

Nó crítico # 2	Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS
Ação/Operação/projeto	Projeto oficina do conhecimento. Aumentar o nível do conhecimento das doenças crônicas não transmissíveis.
Objetivo	Desenvolver estratégia educativa
Produto esperado	Programa educativo nas palestras da sala de espera e rodas de conversa durante a realização dos grupos operativos.
Resultado	Aumento do conhecimento sobre hipertensão arterial seus fatores de risco e os cuidados para prevenção das complicações, adesão ao autocuidado.
Atores sociais	Equipe de Saúde da Família
Recursos necessários	Estrutural: Área de espera, sala de atendimento médico ou domicílio das pessoas afetadas pela doença. Cognitivo: Pessoal orientado e com conhecimento do tema. Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais. Folhetos educativos. Político: Mobilização social e articulação Intersectorial com a rede de ensino
Recursos Críticos	Político: Mobilizar parcerias com a população e outros setores da rede. Financeiros: Recursos para confecção de folhetos educativos.
Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de saúde Motivação: adstrita/Favorável.
Responsáveis	Equipe de saúde da família.
Cronograma	Primeiro semestre de 2016
Gestão/acompanhamento/avaliação.	e Será feita uma troca de saberes durante as reuniões mensais. As ações serão executadas e avaliadas de acordo com os problemas detectados e corrigidos no menor tempo possível. Observar-se-á se os prazos estão sendo cumpridos e se os integrantes da equipe estão participando da forma planejada.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Tabela 6– Hábitos e estilos de vida inadequados na área de abrangência ESF Maricota Fernandes na cidade de Monte Carmelo, Minas Gerais.

Nó crítico # 3	Hábitos e estilos de vida inadequados
Ação/Operação/projeto	Projeto cuidar melhor. Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida inadequados.
Objetivo	Estimular hábitos e estilos de vida mais saudáveis.
Produto esperado	Grupos operativos com foco na diminuição de fatores de risco, programa de alimentação saudável. Programa de caminhada orientada.
Resultado	Melhoriana qualidade de vida dos pacientes e redução dos fatores de risco, mudança gradativa nos hábitos de vida, adesão de hábitos de vida saudáveis.
Atores sociais	Equipe de saúde da família, NASF.
Recursos necessários	Organizacional: grupos operativos Cognitivos: informação sobre o tema.
Recursos Críticos	Políticos: mobilização social. Financeiros: Adquirir folhetos educativos.
Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de saúde Motivação: adstrita/Favorável.
Responsáveis	Equipe de saúde da família.
Cronograma	Primeiro semestre de 2016
Gestão/acompanhamento/ e avaliação.	Será feita um trabalho para escuta dos medos e dificuldades dos pacientes por meio de reuniões mensais. As ações serão executadas e avaliadas de acordo com os problemas detectados e corrigidos no menor tempo possível. Observar-se-á se os prazos estão sendo cumpridos e se os integrantes da equipe estão participando da forma planejada.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

7. PLANO OPERATIVO PARA O ENFRENTAMENTO DOS PROBLEMAS SELECIONADOS.

A elaboração do plano operativo está exemplificada no quadro abaixo (Tabela 7) o qual possui o objetivo de designar os responsáveis por cada operação (gerente da operação) e definir os prazos para a execução das operações.

Tabela 7- Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da USF Maricota Fernandes, Monte Carmelo, 2015.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazos
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade sobre HAS.	População mais informada sobre a HAS.	Avaliação o conhecimento dos pacientes sobre HAS. Paciente com conhecimento sobre HAS. Campanha de orientação e informação nas rodas de conversa.	Apresentar o projeto para a equipe.	Enfermeiro e Líderes comunitários.	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado (Janeiro 2016) e término em 4 meses (Abril de 2016).
Melhorar adesão ao tratamento farmacológico.	Diminuir o número de pacientessem adesão ao tratamento.	Pacientes com melhores resultados na adesão ao tratamento da doença	Apresentar o projeto ao conselho local de saúde.	1 médico, 1 enfermeiro, 1 agente comunitário de saúde.	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado (Fevereiro 2016) e término em 4 meses (Abril de 2016)
Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento adequado.	Manter um tratamento forma adequada	Paciente informado sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado.	Estabelecer estratégias para uso correto das medicações.	1 médico, 1 enfermeiro e 5 agentes comunitários de saúde.	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado (Fevereiro 2016) e término em 4 meses (Abril 2016).

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazos
Modificar os hábitos e estilos de vida inadequados da população.	Diminuir 20 % o número de tabagistas. Melhorar os hábitos alimentares. Diminuir em 20 % a obesidade e estimular a prática sistemática dos exercícios físicos.	Programa de caminhada orientada. Programa alimentação saudável. Criar grupo para tratamento do tabagismo.	Estimular troca de saberes.	Equipe saúde da área. Líderes comunitários.	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado (Fevereiro 2016) e término em 4 meses (Abril 2016).
Estabelecer um melhor acompanhamento aos pacientes com HAS.	Maior assistência dos pacientes as consultas programadas, melhoria no planejamento da agenda de trabalho.	Pacientes com HAS informado sobre a importância das consultas para garantir o controle da doença. Equipe de saúde com melhor planejamento das atividades específicas.	Possibilitar a aproximação dos pacientes.	1 médico 1 enfermeiro	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado (Fevereiro 2016) e término em 4 meses (Abril de 2016).

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste trabalho, das informações obtidas durante a revisão da literatura, bem como, dos dados obtidos na ESF, foi possível reconhecer que um dos principais problemas de saúde na área da abrangência é a HAS. Apesar de a população ter acesso às informações, existir o sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de HAS, parte da população não participa das atividades educativas fornecidas pela equipe de saúde, bem como, o não cumprimento do tratamento de forma sistemática. Dessa forma, reflete-se em um número elevado de pessoas com hipertensão arterial.

Diante dessa realidade, ressalta-se a importância do desenvolvimento de estratégias e intervenções para modificações no autocuidado dos pacientes e comunidade. Também se faz imprescindível o envolvimento da equipe de saúde em todo o processo do cuidado, a fim de minimizar os males causados por esse grave problema de saúde pública.

Diante do problema estudado, o objetivo desse trabalho foi propor um plano de intervenção para conscientizar a população hipertensa e dessa forma espera-se contribuir para o avanço do tão sonhado princípio da integralidade do cuidado do SUS brasileiro.

9. REFERÊNCIAS

BORGES, J.W.P. *et al.* The use of validated questionnaires to measure adherence to arterial hypertension treatments: an integrative review.

RevEscEnferm USP, v.4,n.62,p.487-494,2012.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200030&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>

Acesso em 21 abril. 2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, [online], 2014.

Disponível em: <<http://decs.bvs.br>> Acesso em: 12 Mar. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- **IBGE**

Cidades@.Brasília,[online], 2014. Disponível

em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>Acesso em: 12 Mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Beneficiários, operadoras e planos. **Agencia Nacional de Saúde Suplementar**, Dez, 2009.

Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2014_mes06_caderno_informacao.pdf.

>Acesso em: 12 de Mar. 2015

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- **IBGE**

cidades@Brasília, [online], 2010. Disponível

em:<<http://www.cod.ibge.gov.br/232LH>>. Acesso em: 24 Mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.15 - **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, p.8, 2006.

Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>

Acesso: 12 de Mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília,;

2013.128 p.: il. (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 37. Pág. 19-23). Disponível

em:<http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_37_Hipertensao.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Atenção Básica. **Portal do Departamento de Atenção Básica** 2013. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/SIAB>>.Acesso em: 28 mar. 2015.

BRANDÃO, A. A. et al. Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resistance and metabolic syndrome. **J Hypertens**; v.22 (Suppl1): 111S,2004.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2014000100009&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: Mar. 2015.

CESARINO, C.B et al. Prevalência e fatores sócio demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card**, V.91,n.1,p31–35, 2008.

CINTRA, F.A.; GUARIENTO, M.E.; MIYASAKI, L.A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3507-15, 2010.

COUTINHO, F. H. Percepção dos portadores de hipertensão arterial sobre a doença e sua adesão ao tratamento na estratégia de saúde da família. **Revista Baina de Saúde Pública**,v.35, n.2, p.397-41, 2011.

CONEN, D. et al. Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. **Eur Heart J**, v.30,p.1378–1384,2009.

CUNHA, P. M.S. R. et al. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Revista Pesquisa Saúde**, v.13, n.3, p.11-16, 2012.

GUSMÃO, J.L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

LESSA I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Rev. Bras de Hipertens**,v.8,p.383–392,2001.

LOPES H. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. São Paulo: **Ver SocCardiol Estado de São Paulo**, v.13,n.1 p.148-155, 2003.

LÜDERS, S. et al. The PHARAO study: prevention of hypertension with the angiotensin-converting enzyme inhibitor ramipril in patients with high-normal blood pressure: a prospective, randomized, controlled prevention trial of the German Hypertension League. **J Hypertens** , v.26, n.7,p.1487–1496,2008.

MANO, G.M.P; PIERIN, A.M.G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde de Familiar em um Centro de Saúde Escolar. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v18. N.3 ju/set, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a07v18n3.pdf>>. Acesso em: Abril.2015

MENDES, G.S. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.9 n.32, p. 273-278. 2014

MARTINEZ, M.C; LATORRE, M.R.D.O. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellito em Trabalhadores de Empresa Metalúrgica e Siderúrgica. **Arq Bras Cardiol**, v. 87, p. 471–479,2006.

MOTTER, F.R.; OLINTO, M.T.A.; PANIZ, V.M.V. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2263-74, 2013.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 30-4, 2006.

OLIVEIRA, C.M. *et al.* Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: **Baependi Heart Study BMC Medical Genetics**, v.9, n.32, 2008.

PESCATELLO, L.S. *et al.* American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. **Med Sci Sports Exerc**, v. 36, p.533–553, 2004.

PIMENTA, E. Hypertension in women. **Hypertension research**, Toyonaka, v. 35, n. 2, p. 148-152, Feb, 2012.

RAINFORTH, M.V. *et al.* Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **Curr Hypertens Rep**, v.9, p. 520-528, 2007.

ROSÁRIO, T.M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Cardiol**, v.93, n.6, p. 672–678, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq Bras Cardiol**, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.asp> Acesso em: Abril. 2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2006 Fev: 1–48. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012>. Acesso em: Abril. 2015

WILLIAMS, S.A. *et al.* TROPHY Study Investigators. An evaluation of the effects of angiotensin receptor blocker on health-related quality of life in patients with high-normal blood pressure (prehypertension) in the Trial of Preventing Hypertension (TROPHY). **J Clin Hypertens**, v.10, n.6, p. 436–442, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000148&pid=S0101-2800201200040000400013&lng=en>. Acesso em: Abril. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. **WHO/NUT/NCD 98.1**. Genebra, jun 1997. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_\(p1-158\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf)>. Acesso em: Abril de 2015.