

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AMANDA GONTIJO MELO FRANCO LUQUINE

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE PRAIA EM
CONTAGEM-MG**

Contagem-MG
2015

AMANDA GONTIJO MELO FRANCO LUQUINE

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE PRAIA EM
CONTAGEM-MG**

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.

Orientador: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari

AMANDA GONTIJO MELO FRANCO LUQUINE

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE PRAIA EM
CONTAGEM-MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Examinador 2 – Prof. Zilda Cristina dos Santos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Aprovado em Belo Horizonte, em 04 de dezembro de 2015.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo apresentar uma proposta de intervenção para manejo e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em usuários da Equipe 92 do Programa Saúde da Família em Contagem-MG. Este tema é relevante devido a quantidade de hipertensos não controlados e da escassez de protocolos clínicos de acompanhamento implementados. Foi realizado um levantamento bibliográfico por meio de busca sistematizada em bases de dados e documentos do Ministério da Saúde. A partir do estudo foi possível observar fatores determinantes para o baixo controle da pressão arterial dos usuários e, assim, adotar estratégias para minimizar este problema. Foi proposto um plano de intervenção utilizando-se os métodos descritos pelo Planejamento Estratégico destinado aos usuários, bem como à organização do trabalho na Equipe 92, a partir dos nós críticos: (1) baixo vínculo da população com a ESF, (2) sedentarismo, (3) hábitos alimentares não saudáveis e (4) ausência de cadastro de hipertensos. Espera-se que tal estratégia possa sensibilizar e otimizar o controle e tratamento dos usuários hipertensos e constituir ação permanente do cotidiano da equipe de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão, Fatores de Risco, Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

This work presents an intervention proposal which aims at controlling systemic hypertension in users of the 92 Team of the Health family Program from Contagem, Minas Gerais. This topic is important due to the quantity of hypertensive patients and the uncontrolled ones, besides, the lack of clinical protocols for monitoring these patients. A bibliographic survey was conducted through systematic search on line database, such as Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin-American Literature and Caribbean Health Science (Lilacs); Issues from the Ministry of Health. The study shows Key factors to the low blood pressure control of the users and, this way, adopts some strategies to mitigate this problem. An intervention plan was suggested to work in intrinsic factors to the users, as well as to organize the work on the 92 Team: (1) Low bond of the population with ESF: (2) Sedentary lifestyle; (3) Unhealthy eating habits (4) Absence of hypertensive registration. It is hope that such a strategy to raise awareness and optimize the control and treatment of hypertensive users and constitute a permanent action of the health care team everyday.

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

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	06
2	JUSTIFICATIVA.....	08
3	OBJETIVO.....	09
4	METODOLOGIA.....	10
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	17
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
	REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Contagem está localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, fazendo limites com os municípios de Belo Horizonte, Betim, Esmeraldas, Ribeirão das Neves e Ibirité. São apenas 16 quilômetros que a separam da capital do estado (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2014; BRASIL, 2014). O prefeito da cidade é Carlos Magno de Moura Soares, o secretário de Saúde Ronaldo Tadeu dos santos, o coordenador da Atenção Básica é Carlos Antônio Santos.

Contagem tem uma área total de aproximadamente 195,268 Km² e concentração habitacional de 3279 hab/Km² (BRASIL, 2011). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Contagem era de 0,756 em 2010. O Produto Interno Bruto (PIB) girava em torno de 14.869.758,980 mil em 2008 e, neste ano, a renda familiar gira em torno de 793,96 per capita (IPEA, 2013). A taxa de crescimento ao ano foi de 1,16% (BRASIL, 2010).

O Hospital Municipal de Contagem e a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) Geraldo Pinto Vieira, conhecida como JK, são os serviços de maior porte das redes de média e alta complexidade. Além destes, há também o Iria Diniz um centro de especialidades médicas onde principalmente são referenciados os usuários que necessitam de uma consulta especializada no âmbito ambulatorial a partir de uma avaliação do médico da Equipe Saúde da Família (ESF). A marcação destas consultas é realizada de acordo com o distrito sanitário onde a Unidade Básica de Saúde (UBS) esta inserida e o número de vagas destinadas a cada uma.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2011), em relação à Atenção Primária à Saúde, o município contava com 17 UBS, um posto de saúde e 69 unidades de saúde da família (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2011). O número de profissionais cadastrados na Secretaria de Saúde de Contagem é de 4978 sendo que 3903 são efetivos, 49 efetivos comissionados, 146 comissionados, 219 contratados, 619 provisórios e 42 estagiários.

A Equipe 92, Granja Ouro Branco, do município de Contagem esta lotada na UBS Praia, cuja estrutura física está em funcionamento deste dezembro de 2012 e aloja também a Equipe 93 e Equipe 94. Anteriormente os atendimentos da comunidade eram realizados em um Centro de Saúde, e na ocasião não possuía ESF. O espaço físico é ideal para implementação de ESF. Tem local para reuniões em grupo, salas de esperas espaçosas, área de convivência dos funcionários e boa localização. Cada equipe possui um consultório para o

médico, um consultório para a enfermeira e um para acolhimento. A equipe de saúde bucal tem dois consultórios com sala de espera específica para os pacientes.

Com a inserção do programa ESF na região ocorreram algumas mudanças, entretanto ainda aquém do ideal. Deste o início a Equipe 92 não possui Agente Comunitário de Saúde (ACS). Não é possível determinar número exato de usuários que são atendidos. Estima-se que seja em torno de 6000 a 7000 pessoas e que muitos pacientes de outras localidades são consultados. De acordo com os últimos dados o número de usuários é 5308. O controle dos mesmos é feito por meio da comprovação de endereço e da afirmação oral da sua residência. A falta de ACS's impossibilita conhecer quem realmente reside na área de abrangência da ESF. Os principais problemas de saúde da população também não são conhecidos. Não tem como estabelecer, por exemplo, quantos hipertensos, diabéticos, acamados, tabagistas tem na área de atuação da equipe atualmente. Em relação aos dados antigos reside na área 717 hipertensos e 143 diabéticos. Nem tampouco identificar indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

Somando a todos os fatos descritos anteriormente não há um vínculo entre a ESF e a população ocasionando um processo de trabalho inadequado em relação aos preceitos da ESF. Não há projetos de promoção e prevenção em saúde como grupos operacionais, palestras e visitas domiciliares. Os usuários consideram a UBS um lugar para tratar dos problemas agudos ou renovação de receitas, levando a uma livre demanda excessiva.

A partir do exposto e da observação dos membros da equipe, verifica-se que os usuários assistidos estão sem controle clínico adequado, principalmente em se tratando dos hipertensos. Das consultas de demanda 60% dos pacientes são hipertensos e a maioria apresentando HAS descontrolada indicando manejo clínico insatisfatório. Este aspecto justifica a necessidade da implementação de projeto de intervenção destinado ao manejo e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

A HAS corresponde 22% a 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos entre 60 a 69 anos e 75% com mais de 70%. Associa às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Cabe às ESF o controle e prevenção da HAS e suas complicações e “[...] também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores [...] na definição e implementação de estratégias de controle da hipertensão” (BRASIL,2013, p.21).

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares (DCV) são importantes causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade gerando, assim, altos custos econômicos, além de aumentar progressivamente a mortalidade por DCV (NOBRE et al, 2010).

De acordo com a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada em 2010, pelo Ministério da Saúde, 23,3% dos brasileiros relataram ter HAS. O estudo apontou ainda, que nos últimos anos aumentou a proporção de brasileiros diagnosticados com HAS, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010 (VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO, 2010).

Com base no Sistema de informação sobre mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2011, as doenças do aparelho circulatório são consideradas uma das principais causas de morte no país. (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2011).

Por estes motivos, o acompanhamento dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica, pois o diagnóstico precoce, o controle e o tratamento adequados dessa afecção são essenciais para a redução dos eventos cardiovasculares (NOBRE et al., 2010).

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de HAS na Equipe 92 por meio da observação da demanda dos pacientes, das consultas médicas, além da necessidade constante de transferência para serviços de urgência. De acordo com dados da produtividade diária em torno de 60% dos pacientes atendidos tem HAS e dentre estes, mais da metade não possui a pressão arterial controlada.

Dessa forma, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja relevante e possibilite melhora das condições de saúde da população adstrita, e conseqüentemente possa reduzir a morbimortalidade por DCV (principalmente as relacionadas à HAS), além de diminuir, indiretamente, os gastos com saúde pública.

3 OBJETIVO

Elaborar um Projeto Intervenção para o manejo e controle da pressão arterial de indivíduos hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Praia, equipe 92, no Município de Contagem-MG.

4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção para o manejo e controle da pressão arterial, que será conduzido no ano de 2015, com indivíduos hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Praia, equipe 92, no Município de Contagem-MG.

Foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB e site eletrônico do DATASUS. Além disso, procedeu-se com uma busca sistematizada na literatura, utilizando bases de dados, como: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: hipertensão, prevenção de doenças, estratégia saúde da família, adesão à medicação, planejamento em saúde. O período de busca foi de publicações entre 2000 e 2013, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. A revisão foi constituída por seleção e análise de publicações relativas ao tema. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Para a abordagem dos hipertensos será realizado o cadastro destes por meio da presença dos usuários em consultas médicas e acolhimento. Como não há ACS na equipe a busca ativa não poderá ser realizada. Esses pacientes serão interrogados em relação a fatores modificáveis para controle da pressão arterial como: alimentação, atividade física, controle do peso e uso da medicação.

Para a elaboração do Plano de Intervenção serão utilizados os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, descritos a seguir:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências).
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios).
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação).
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas).
- e) Quinto passo: seleção do “nós críticos” (causa mais importante a serem enfrentadas).

- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações; identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações).
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação).
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar, a fim de mudar sua posição).
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das operações).
- j) Decimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A HAS consiste em níveis elevados de pressão arterial (PA) que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, resultando em aumento do risco de desenvolver eventos cardiovasculares. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg e tem sido a principal causa de morte em nossos pais (NOBRE et al., 2010).

A HAS é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento DCV e o diagnóstico e controle adequado da PA é essencial para diminuir a incidência de DCV. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. (NOBRE et al., 2010).

De acordo com Nobre *et al.* (2010) o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares, entretanto, em 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos evidenciaram controle insatisfatório da PA. O mesmo pode ser encontrado em estudo realizado por Pierin *et al.* (2011) em que menos da metade dos pacientes hipertensos (45,5%) estavam com a pressão arterial controlada.

A idade possui uma relação direta com a HAS, sendo superior a 60% acima de 65 anos. A prevalência de hipertensão arterial entre homens e mulheres é semelhante, embora mais frequente nos homens até 50 anos, invertendo a partir da quinta década (NOBRE et al., 2010). Em relação ao controle da pressão, de acordo com Pierin *et al.* (2011), o gênero e a idade influenciaram de forma importante o controle da PA: 52% das mulheres estavam controladas contra 30,9% dos homens; e os hipertensos controlados apresentam idade menor do que os não controlados.

Outros fatores de risco para a HAS são: excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, ingestão de sal, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos (NOBRE et al., 2010). Como fator para auxiliar na redução de HAS, pode-se citar a prática de atividade física, como citado pelo estudo de Pierin *et al.* (2011) em que os hipertensos não controlados praticam menos exercícios regulares do que os controlados (64,5% versus 35,5%). Existe uma relação de causa e efeito entre o ganho de peso e a PA. De acordo com Nobre *et al.* (2010), IMC abaixo de 25 Kg/m² preveniu o surgimento de HAS em mulheres. Uma dieta rica em frutas, fibras, minerais, hortaliças e laticínios de baixo teor de gordura pode resultar em queda da PA. (NOBRE et al., 2010).

O diagnóstico de HAS consiste na média aritmética de pelo menos três medidas de PA

maior ou igual a 140/90 mmHg em dias diferentes com intervalo de uma semana entre as mesmas. A classificação da pressão arterial pode ser observada na tabela 1:

Tabela 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI diretriz de HAS (2010).

A prevenção primária da HAS pode ser feita por meio de medidas não medicamentosas e medidas medicamentosas. A decisão terapêutica depende do risco cardiovascular, a presença de fatores de risco, lesão em órgãos alvos e/ou doença cardiovascular estabelecida e não apenas no nível da pressão arterial (NOBRE et al., 2010) (Tabela 2).

Para a estratificação dos riscos cardiovasculares usa-se como parâmetro os valores da PA, a presença de riscos adicionais (homem > 55 e mulheres > 65 anos; tabagismo; dislipidemia: triglicérides >150/ LDL colesterol>100/HDL<40; diabetes melito; história familiar prematura de doença cardiovascular: homem <55 anos e mulheres < 65anos), lesões em órgão-alvo e doenças cardiovasculares (NOBRE et al., 2010). Pode-se indicar como riscos adicionais: glicemia jejum de 100 a 125mg/dL; hemoglobina glicada anormal, obesidade abdominal: circunferência de cintura > 102cm para homens e >88cm para mulheres, pressão de pulso > 65mmHg para idosos, história de pré-eclâmpsia, história familiar de HAS em hipertensos limítrofes (NOBRE et al., 2010). A partir do risco cardiovascular calculado deve ser escolhido os anti-hipertensivos adequados, se necessário, juntamente com a adoção das medidas não farmacológicas. Por se tratar de uma síndrome clínica multifatorial, a HAS deve ser tratada com uma equipe multiprofissional para se obter um tratamento com mais êxito (NOBRE et al., 2010).

Tabela 2: Decisão terapêutica.

Categoria de risco	Considerar
Sem risco adicional	Tratamento não-medicamentoso isolado
Risco adicional baixo	Tratamento não-medicamentoso isolado por até 6 meses. Se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso
Risco adicional médio, alto e muito alto	Tratamento não-medicamentoso + medicamentoso

Fonte: VI Diretriz de HAS (2010)

5.1 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

O tratamento não medicamentoso consiste em:

a) alimentação

A adesão a uma dieta rica em fibras, frutas, hortaliças, minerais e laticínios reduz em 14% o desenvolvimento de HAS, além de reduzir os “biomarcadores de risco cardiovascular” (NOBRE et al, 2010). A diminuição da ingestão de sódio também auxilia na redução da PA. Uma quantidade elevada de álcool (>30g de etanol diário para o homem e >15g para mulheres) está associada a maiores morbidade e mortalidade cardiovascular (NOBRE et al., 2010);

b) atividade física

Estudos demonstram que atividade física aeróbica promove redução na prevenção de PA, portanto, indicados tanto no tratamento quanto na prevenção. De acordo com Nobre *et al.* (2010, p.18), “para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ao acumulada, desde que em condições de realizá-las”;

c) controle do peso

O aumento do peso está relacionado direta e linearmente com o aumento da PA. De acordo com Nobre *et al.* (2010), mesmo que a perda de peso moderada pode levar a diminuição da PA em pessoas com sobrepeso. Deve ser alcançado um índice de massa corporal (IMC) menor que 25 Kg/m² e a circunferência abdominal <102 cm para homens e

<88 para mulheres;

d) Tabagismo

A cessação do tabagismo não mostrou benefícios para o controle da PA, mas é medida fundamental na prevenção das DVC (NOBRE et al., 2010).

5.2 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A decisão de considerar início da utilização da medicação deve levar em conta a preferência do paciente, o seu grau de motivação para a mudança no estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular (Figura 1). De acordo com Nobre *et al.* (2010), o tratamento medicamentosos deve, além de reduzir a pressão arterial, diminuir também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais. E a ação dos anti-hipertensivos independe da classe do medicamento utilizado. De acordo com Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: “as pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos estágio 2 [...] beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir meta pressórica” (BRASIL,2013, p.58).

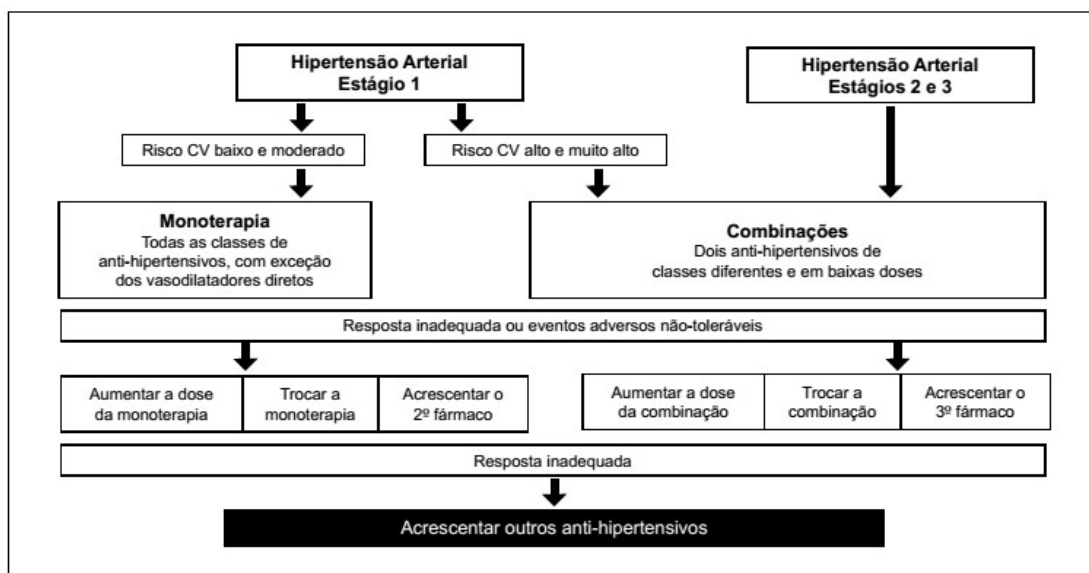


Figura1: Fluxograma para tratamento da hipertensão arterial. Fonte: VI Diretriz HAS (2010).

5.3 ADESÃO AO TRATAMENTO

O controle da HAS depende de ações adequadas das instituições e dos profissionais da saúde e da adesão dos pacientes ao tratamento. Diversos fatores podem influenciar na adesão

ao tratamento. Dentre estes pode destacar: sexo, escolaridade, nível socioeconômica, hábitos de vida, custos, efeitos colaterais, esquemas terapêuticos, acesso ao serviço de saúde, relação com os profissionais de saúde (GUSMÃO; MION, 2006). Como refere Gusmão e Mion (2006) *apud* Pierin *et al.* (2011), adesão seria “um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica”.

De acordo com Gusmão e Mion (2006)

Para a OMS, adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores denominados como “dimensões”, no qual os fatores relacionados ao paciente são apenas um determinante. A opinião comum de que os pacientes são unicamente responsáveis por seguir seu tratamento é enganadora e reflete o equívoco mais comum de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade da pessoa aderir seu tratamento.

Em estudo realizado no Brasil para avaliar o motivo da baixa adesão ao tratamento mostrou que 89% referiram baixa adesão devido ao alto custo da medicação, 70% desconheciam a cronicidade e as complicações da doença, 51% falta de convencimento para tratar a doenças e 20% relação médico-paciente inadequada (GUSMÃO; MION, 2006).

A não-adesão ao tratamento leva a mudança desnecessária na terapia devido a falta de resposta positiva ao tratamento e aumento dos custos com hospitalizações e cuidados das complicações.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O Projeto de Intervenção tem como objetivo o controle mais eficaz dos pacientes com HAS através da ação em medidas modificáveis. Os nós críticos estabelecidos são: (1) baixo vínculo do usuário com ESF, (2) prática irregular de atividade física, (3) hábitos alimentares não saudáveis, (4) Ausência de cadastro dos pacientes hipertensos, (5) má adesão ao tratamento medicamentoso.

Este projeto se justifica, pois possibilita programar medidas locais de fácil ação e baixo custo que podem resultar na melhoria do controle pressórico. O projeto envolve diversos fatores e para cada um foi realizado um plano de ação com suas limitações.

6.1 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

Através do diagnóstico situacional realizado nos pacientes da Equipe 92 da UBS Praia foi concluído que a HAS não controlada é o problema mais relevante dentre os pacientes. A partir de análise realizada nas consultas médicas e acolhimento os principais contribuintes para este quadro são a prática irregular de atividade física, hábitos alimentares indesejados, baixo vínculo da comunidade com a ESF, a ausência de cadastra da população e má adesão medicamentosa.

Os principais problemas identificados no diagnóstico situacional são:

- Alta prevalência de HAS não controlada
- Baixo vínculo ESF e usuário
- Pratica irregular de atividade física
- Hábitos alimentares inadequados
- Má adesão ao tratamento medicamentoso

6.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Após a realização do diagnóstico situacional seguindo o método de PES, escolheu-se como principal prioridade o controle dos pacientes hipertensos não controlados. Para buscar solucionar tal situação optou-se por intervir em situação que pudessem modificar este quaro como: má adesão medicamentosa, uso incorreto da medicação, práticas irregulares de atividade física, hábitos alimentares não saudáveis e baixo vínculo usuário com ESF e

ausência cadastro dos hipertensos.

Quadro1: Priorização dos problemas na área da ESF 92, em Contagem, Minas Gerais no ano de 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Má adesão medicamentosa	ALTA	8	PARCIAL	2
Cadastramento dos hipertensos	ALTA	8	PARCIAL	1
Prática irregular de atividade física	ALTA	7	PARCIAL	5
Hábitos alimentares não saudáveis	ALTA	7	PARCIAL	4
Baixo vínculo usuários com ESF	ALTA	7	PARCIAL	3

6.3 DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

A HAS é a patologia mais prevalente entre os usuários que procuram atendimento médico na ESF 92. Em 2014, eles perfaziam 60% das pessoas acolhidas na unidade e a maioria descompensado e sem acompanhamento médico adequado. Tal fato pode estar relacionado diretamente à ausência de ACS's e o desconhecimento da população por meio dos profissionais de saúde da equipe.

A HAS é um problema na Equipe 92 devido a inexistência de um acompanhamento contínuo dos usuários pelos profissionais de saúde, uma vez que se desconhece quem são os hipertensos e a única maneira dos mesmos procurarem a unidade é por iniciativa própria. Além disso, não é feita uma estratificação dos fatores de riscos modificáveis e o acompanhamento em relação ao uso correto da medicação.

6.4 IDENTIFICAÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Mediante os dados coletados e discussões entre a equipe, foi possível selecionar os seguintes “nós críticos”:

Quadro 2 - Nós críticos

Problema enfrentado	Nós críticos
Hipertensão Arterial não controlada	- Ausência de cadastramento dos hipertensos - Hábitos alimentares não saudáveis

	<ul style="list-style-type: none"> - Prática irregular de atividade física - Baixo vínculo com ESF - Má adesão ao tratamento medicamentoso
--	---

6.5 DESENHO DAS OPERAÇÕES

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Baixo vínculo usuário com ESF”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Granja Ouro Branco, em Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo Vínculo usuário com ESF
Operação	Lanches comunitários com participantes dos grupos operacionais
Projeto	Lanche da integração
Resultados esperados	Aumento do vínculo da população com o usuário
Produtos esperados	Conhecimento da população adstrita
Atores sociais/ responsabilidades	ESF (medica, enfermeira e técnica de enfermagem) e usuários
Recursos necessários	Estrutural: Espaço físico Cognitivo: Sensibilização da população para compreender a importância deste vínculo Financeiro: Recursos para lanches
Recursos críticos	Cognitivo Financeiro
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gerencia e ESF Motivação: Alta
Ação estratégica de motivação	Mostrar através de estudos e experiências pessoais como um bom vínculo ESF-comunidade melhora as condições de saúde da população
Responsáveis:	Toda e ESF (médica, enfermeira e técnica) e Gerencia do posto
Cronograma / Prazo	6 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação será feita pela ESF através de reuniões que discutam os pros e contras destes encontros e pela população através de entrevistas.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Sedentarismo” relacionado à HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Granja Ouro Branco, em Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Prática irregular de atividade física
Operação	Orientar a população da importância de realizar atividade física e busca de projetos

	sociais relacionados ao tema
Projeto	Atividade vida
Resultados esperados	Queda dos usuários sedentários
Produtos esperados	Aumento do controle da HAS e da qualidade de vida
Atores sociais/ responsabilidades	ESF e comunidade
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico adequado Cognitivo: Sensibilizar a população sobre a importância da prática de atividade física e como esta será essencial para controle da PA Político: Projetos para a comunidade
Recursos críticos	Cognitivo e político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: ESF e políticos através de programas como ginástica na praça. Motivação: Alta
Ação estratégica de motivação	Avaliar juntamente com os pacientes o emagrecimento gradual e a qualidade de vida oriunda de tais mudanças
Responsáveis:	Médica, enfermeira e gerente
Cronograma / Prazo	Prazo para implementação: 6 meses Duração da atividade: permanente
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão: membros da ESF Acompanhamento: membros da ESF Avaliação: Membros ESF e usuários

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Alimentação Inadequada” relacionado ao problema”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Granja Ouro Branco em Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Alimentação inadequada
Operação	Palestras com nutricionistas e/ou outros profissionais da saúde em grupos operacionais e acompanhamento médico destes pacientes para avaliar adesão, associado a plano alimentar.
Projeto	Comer bem, viver bem
Resultados esperados	Alimentação adequada (baixo teor de sal e gordura, aumento do consumo de fibras) e conhecimento da população em relação aos alimentos consumidos
Produtos esperados	Melhora dos fatores de risco cardiovasculares e dos níveis pressóricos
Atores sociais/ responsabilidades	ESF e nutricionista
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico e nutricionistas Cognitivo: informações adequadas sobre o tema Financeiro: material didático

	Político: contrato com profissionais para palestras
Recursos críticos	Financeiro e político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de saúde Motivação: Baixa
Ação estratégica de motivação	Avaliar juntamente com os pacientes o emagrecimento gradual e a qualidade de vida oriunda de tais mudanças
Responsáveis:	Medica e enfermeira ESF
Cronograma / Prazo	Implementação: 4 meses Duração: permanente
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão e acompanhamento será feita pela própria ESF. Avaliação pelos usuários através de entrevistas e pelas consultas medicas para avaliar exames laboratoriais e peso.

Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico “Ausência de cadastramento dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Granja Ouro Branco, em Contagem, Minas Gerais

Nó crítico 4	Ausência de cadastro dos hipertensos
Operação	Realizar cadastro dos pacientes hipertensos que procuram a UBS por livre demanda por meio das consultas e acolhimento. Através das consultas médicas estratificar os pacientes quanto aos fatores de risco modificáveis e controle da PA. A partir daí organizar a formação dos grupos operacionais de acordo com a necessidade de cada paciente.
Projeto	Conhecendo melhor você
Resultados esperados	Controle adequado da HAS
Produtos esperados	Melhores níveis pressóricos
Atores sociais/ responsabilidades	Medica e enfermeira
Recursos necessários	Estrutural: não tem Cognitivo: conhecimento científico Financeiro: não tem Político: Viabilização de uma ESF completa com ACS's
Recursos críticos	Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: médica Motivação: alta
Ação estratégica de motivação	Diminuição do número de hipertensos não controlados
Responsáveis:	Medica
Cronograma / Prazo	6 meses

Gestão, acompanhamento e avaliação	Medica e a gerente da unidade
---	-------------------------------

Quadro 7 – Operações sobre o nó crítico “Uso inadequado da medicação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Granja Ouro Branco, em Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 5	Má adesão medicamentosa
Operação	Grupos operacionais pré-definidos para controle de tratamento
Projeto	Controle PA
Resultados esperados	Melhor adesão ao tratamento medicamentoso
Produtos esperados	Controle satisfatório da PA
Atores sociais/ responsabilidades	ESF (medica, enfermeira e técnica de enfermagem) e usuários
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico Cognitivo: conhecimento teórico Financeiro: nenhum Políticos: nenhum
Recursos críticos	Cognitivo Financeiro
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: médica e enfermeira Motivação: Alta
Ação estratégica de motivação	Diminuição dos números de pacientes no acolhimento devido a HAS
Responsáveis:	Médica e enfermeira
Cronograma / Prazo	6 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação será feita pela ESF através de reuniões para análise e acompanhamento direto da PA nos respectivos grupos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS se trata de uma doença passível de diagnóstico precoce e controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas. E o tratamento passa por um vínculo entre o usuário e os profissionais da equipe com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento. Por mais que o usuário hipertenso seja o foco central, a adesão depende dele, do profissional de saúde e do sistema de saúde. O esforço deve ser conjunto para se obter bons resultados. Para conseguir tal efeito é necessário um trabalho em equipe para adotar medidas de continuidade do cuidado.

O projeto de intervenção proposto pode se configurar como estratégia relevante, uma vez que permite uma ação da ESF com o intuito de otimizar o controle das afecções crônicas, como a HAS. A proposta representa possibilidade de mudança na forma como os profissionais da equipe abordam os hipertensos e, conseqüentemente em melhoria do controle clínico dos mesmos. É preciso reconhecer que o usuário está inserido em um contexto socioeconômico e possui particularidades que podem interferir no tratamento da HAS. E cabe a equipe a instrução e acompanhamento destes pacientes com a finalidade de melhorar seus hábitos de vida com intuito de aderir melhor ao tratamento. A sensibilização para o tratamento da HAS deve fazer parte do cotidiano das pessoas no processo de trabalho, seja o usuário com tal condição ou os profissionais que os acompanham.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal no Brasil**. Brasília: IPEA, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GUSMÃO, J.L.; JÚNIOR, D.M. Adesão ao tratamento - conceitos. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

Ministério da Saúde, **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS**, 2010. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf>. Acesso em: 20 de nov 2015.

NOBRE. F et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, 2010. 57p.

PREEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM. **Geografia, espaço e território**. Disponível em:
< <http://www.contagem.mg.gov.br/?hs=303766&hp=732008> > Acesso em: 01 abril 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM. Secretaria de Saúde. Superintendência de Atenção a Saúde. **Orientações para a organização da atenção básica em Contagem**. Contagem, 2011. Adequar no texto.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, supl.1, 2011.