

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

TELSON UBIRAJARA DE SOUZA OLIVEIRA

**AUMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
COMUNIDADE DE SAÚDE NOVO SANTOS DUMONT, MUNICÍPIO DE
LAGOA SANTA, MINAS GERAIS**

LAGOA SANTA/ MINAS GERAIS

2018

TELSON UBIRAJARA DE SOUZA OLIVEIRA

**AUMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
COMUNIDADE DE SAÚDE NOVO SANTOS DUMONT, MUNICÍPIO DE
LAGOA SANTA, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização Gestão ~~no~~ do Cuidado na
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professor(a) ~~Dra.~~ Marília Rezende da
Silveira

LAGOA SANTA/ MINAS GERAIS

2018

TELSON UBIRAJARA DE SOUZA OLIVEIRA

**AUMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
COMUNIDADE DE SAÚDE NOVO SANTOS DUMONT, MUNICÍPIO DE
LAGOA SANTA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Dra. Marília Rezende da Silveira -UFMG

Examinador 2 – Professor(a). Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em de de 2018

DEDICATÓRIA

Dedico este TCC a todos que se fazem presentes em meu dia a dia. Agradeço a Regina pelo apoio, torcida e por estar sempre ao meu lado. Dedico também aos meus pais por possibilitarem minha formação e pela oportunidade de estar realizando essa especialização.

Dedico a minha tutora, pois sem suas instruções eu não teria chegado tão longe. Por fim, dedico a todos que, de alguma forma, contribuíram para meu desenvolvimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família e companheira, por sempre estarem ao meu lado, proporcionando total suporte nessa caminhada. Agradeço também minha equipe de saúde, uma vez que, a partir deste trabalho, tenho aprimorado minha experiência de trabalho e relações com as pessoas.

Agradeço também aos meus pacientes, já que em meio à dor, a falta de oportunidades e múltiplas carências continuam singulares e tornam minha vida com mais sentido, fazem-me mudar constantemente como profissional e pessoa. Meu muito obrigado.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada uma doença crônica degenerativa e representa sério problema de saúde, com alta incidência em indivíduos adultos podendo levar a complicações. Várias comorbidades se relacionam com essa patologia, como o diabetes, as doenças cardiovasculares e o sobrepeso. Na Unidade Básica de Saúde Novo Santos Dumont identificou-se, por meio do diagnóstico situacional, alta incidência de hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência. Essa patologia representa um grande entrave na comunidade e se relaciona também com fatores condicionados pela doença: como a insuficiência renal e aumento do risco cardiovascular. Este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção para contribuir com a redução da incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da equipe. Para o desenvolvimento do plano de intervenção, foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional, fundamentado por uma revisão da literatura sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, na Biblioteca Virtual em Saúde, que facilitou o entendimento sobre a doença e a importância da atenção primária no controle da mesma. Por meio da proposta de intervenção, espera-se contribuir com a diminuição da prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e de suas complicações na área adscrita referida, ofertando, dessa forma, um melhor atendimento para essa população.

Palavras Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Estratégia de Saúde da Família, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is considered a chronic degenerative disease and represents a serious health problem, with a high incidence in adult individuals, leading to complications. Several comorbidities are related to this pathology, such as diabetes, cardiovascular diseases and overweight. In the Basic Health Unit of Novo Santos Dumont, we identified, through the situational diagnosis, a high incidence of systemic arterial hypertension in the coverage area. This pathology represents a major obstacle in the community and is also related to factors conditioned by the disease: such as renal failure and increased cardiovascular risk. This study aimed to elaborate an intervention project to contribute to the reduction of the incidence of Systemic Arterial Hypertension in the area covered by the team. For the development of the intervention plan, the Situational Strategic Planning method was used, based on a review of the literature on Systemic Arterial Hypertension, in the Virtual Health Library, which facilitated the understanding about the disease and the importance of primary care in the control of it. Through the intervention proposal, it is expected to contribute to the reduction of the prevalence of Systemic Hypertension and its complications in the referred area, thus offering a better service for this population.

Key words: Systemic Arterial Hypertension, Family Health Strategy, Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia Saúde da Família
HAB	Habitante
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
KM	Quilômetro
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Priorização dos problemas da ESF Novo Santos Dumont em Lagoa Santa, Minas Gerais.	14
Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Santos Dumont, em Lagoa Santa, Minas Gerais.	24
Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Santos Dumont, em Lagoa Santa, Minas Gerais.	26

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. Breves informações sobre o município Lagoa Santa – MG	11
1.2. O sistema municipal de saúde	12
1.3. Equipe de Saúde Lagoa Santa, seu território e sua população.	13
1.4. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	14
1.5. Priorização dos problemas	14
2. JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVOS	17
3.1. Geral.....	17
3.2. Específicos	17
4. METODOLOGIA.....	18
5. REVISÃO DE LITERATURA	19
5.1. Estratégia de Saúde da Família	19
5.2. Atenção Primária à saúde	20
5.3. Hipertensão Arterial Sistêmica	20
5.4. Diabetes Mellitus	22
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	24
6.1. Descrição do problema selecionado.....	24
6.2. Explicação do problema selecionado	24
6.5. Seleção dos nós críticos	25
6.6. Desenho das operações.....	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um grave problema saúde pública. Há fatores condicionantes modificáveis e não modificáveis relacionados com essa patologia. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como função diagnosticar, cadastrar e acompanhar o paciente hipertenso, isto, é exercer um atendimento pautado na longitudinalidade do cuidado.

A integralidade também é uma ferramenta benéfica que deve ser exercida pela ESF. Os cuidados devem ser dirigidos não apenas ao paciente, mas também, a toda sua família. Para isso, é necessário um trabalho programado, com foco no paciente e não em sua condição, a fim de que se possa entender os fatores que interferem no descontrole da pressão arterial e se possa agir.

Sabe-se que a equipe de saúde deve agir com senso ético e humanístico. Assim, as ações em saúde devem levar em conta os aspectos pessoais do paciente. Na ESF Novo Santos Dumont, em Lagoa Santa, a equipe de saúde tem encontrado obstáculos para resolver o principal problema de sua população: HAS. O que se deseja é a melhor adesão ao tratamento com redução do risco cardiovascular e controle do índice pressão arterial.

1.1. Breves informações sobre o município Lagoa Santa – MG

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)(2018), Lagoa Santa possui população de 52.520 pessoas. A densidade demográfica é de 229,08 hab/km². A religião prevalente é a apostólica romana. Em 2015, o salário médio da população era de 2.5 salários mínimos. 30,8 % das famílias recebiam meio salário mínimo por pessoa. No mesmo ano, os alunos da rede pública alcançaram a nota de 6,3 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Em 2010, a taxa de escolarização entre 6 a 14 anos foi de 97%. A taxa de mortalidade média na cidade é de 9,49 para mil nascidos. As internações por diarreia são de 0.1 para mil habitantes.

Conforme a prefeitura de Lagoa Santa (2018), nas margens da Lagoa Central que nasceu o primeiro povoado, que foi divulgado pelo Dr. Cialli em 1749, sendo o principal cartão postal de Lagoa Santa. A cidade foi tombada como Patrimônio Histórico e Paisagístico, em 2001 pelo Decreto nº234. É reconhecida culturalmente,

sendo um importante ponto turístico. A orla da Lagoa Central é espaço de lazer e para os moradores e visitantes, possuindo 6.300 metros de margem. O maior ponto de atração dentro da área urbana de Lagoa Santa ainda oferece uma deslumbrante vista do pôr-do-sol. Há também na cidade o Parque Estadual do Sumidouro. O Museu Arqueológico da Lapinha famoso pela arquitetura em forma de um Castelo Europeu foi fundado em 1972 pelo Arqueólogo húngaro Mihály Bányai.

Ainda consoante ao IBGE (2018), o município apresenta 54.7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 71.6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 6.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

1.2. O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde de uma cidade deve funcionar de forma coordenada. Assim, o sistema de saúde deve gerir-se a partir de redes de atenção em que se subdividem as tecnologias de saúde em níveis que facilitam a gestão de recursos, pessoas, dados e tempo. Desse modo, em Lagoa Santa, a atenção primária é exercida pelas ESF e Unidades de Atenção Básica (UBS) da cidade. Para atenção especializada, há também a rede hospitalar, contendo também clínicas privadas geridas por especialistas. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e corpo de bombeiros realizam os serviços de urgência e emergência na saúde. A assistência farmacêutica se dá pela Farmácia Básica e Popular. Há também a vigilância em saúde e vigilância epidemiológica. O município tem relação com cidades vizinhas, a exemplo de Belo Horizonte para onde referencia seus pacientes graves ou estáveis que necessitem de atenção especializada. O modelo de atenção em saúde é aquele voltado para o paciente baseado em suas relações de trabalho, familiares, ambientais e individuais.

1.3. Equipe de Saúde Lagoa Santa, seu território e sua população.

A ESF Novos Santos Dumont foi inaugurada há quatro anos. Situa-se na periferia da cidade. É uma casa alugada com sete cômodos: dois consultórios, uma sala de curativos, uma farmácia, uma recepção e dois banheiros. A população que atendemos é grande e a ESF consegue comportá-la. O local foi reformado recentemente. Atendemos 3200 pessoas. Há um quintal grande onde fazemos os grupos operativos e as reuniões semanais. A população gosta muito da ESF. A maior reclamação da equipe é sobre o calor. A casa não é bem ventilada e devido às altas temperaturas do verão o processo de trabalho se torna árduo e incômodo. Outro problema é nas épocas da chuva que ficamos sem local para realizar os grupos operativos. Desse modo, recorremos a uma quadra de uma escola Municipal próxima a ESF.

A Unidade funciona de 7:00 às 16:00 horas. Cada membro da equipe exerce sua função e cumpre suas metas no decorrer da semana. Todos os membros da equipe realizam visitas domiciliares, questionam a população sobre a ESF e repassam as críticas para o grupo. Todos têm papel de responsabilidade pela Unidade. Desse modo, além do serviço administrativo, a enfermeira auxilia também na realização dos atendimentos, principalmente, as avaliações de crescimento e desenvolvimento e pré-natal. Ademais, busca-se sempre envolver a equipe nos atendimentos, grupos operativos e palestras. Nossa maior ressalva no grupo é a de realizar um atendimento humanizado que atenda as necessidades da população.

Nosso dia-a-dia é quase exclusivo para o atendimento da demanda espontânea, além de atendermos alguns programas de promoção e prevenção. Estamos agora desenvolvendo fortemente intervenções relacionadas a tabagistas. Grandes são nossas discussões a respeito do assunto, na medida em que esse hábito tem grandes repercussões na saúde. Ademais, desenvolvemos também grupos operativos para hipertensos e lactantes.

Semanalmente, reunimo-nos para traçarmos as metas de atendimento e ações. Ademais, percebemos que as reuniões nos permitem realizar uma melhor análise de nossas ações e permite realçar os acertos e corrigir nossos erros.

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

Após a realização da estimativa rápida, foram reconhecidos os seguintes problemas: Aumento de HAS na Comunidade, tabagismo, sobrepeso e Diabetes.

1.5. Priorização dos problemas

Quadro 1: Priorização dos problemas da ESF Novo Santos Dumont em Lagoa Santa, Minas Gerais.

Principais problemas	Impo rtância	Urg ência (0- 10)	Capacid ade de enfrentamento	S eleção
Aumento de HAS	Alta	10	Máxima	1
Diabetes	Alta	8	Máxima	2
Tabagismo	Médi a	8	Parcial	4
Sobrepeso	Médi a	8	Parcial	5

Fonte: Autoria própria (2018)

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.

***Total, parcial ou fora.

O aumento de HAS na população relaciona muito com hábitos de vida inadequados. A maior parte dos pacientes tem o hábito de consumir pão de sal duas vezes ao dia (café da manhã e da tarde), o que contribui para o sobrepeso, que é um fator de risco. Uma parcela considerável também é etilista o que reforça o aumento dos níveis pressóricos. O sedentarismo é uma dura realidade da grande parte desse grupo e que é um fator que necessita ser mudado

O Diabetes Mellitus vem aumentando sua frequência anualmente, sobretudo, o Diabetes tipo 2, que se relaciona mais com hábitos de vida

inadequados. Os pacientes têm dificuldade de controlar a glicemia e as sequelas aparecem com o tempo, como a redução de sensibilidade em membros superiores, ocorrência de doenças cardiovasculares e afecções renais, fatos esses que contribuem para hospitalizações, maior demanda por consultas e maiores receitas do SUS, isto é, gerando mais gastos para a saúde pública.

O tabagismo é mais comum nos homens de meia idade na unidade. A maioria desses homens faz tratamento para impotência sexual, uma sequela deixada pelo vício. Tenta-se sempre, nos grupos operativos, alertá-los sobre as possíveis consequências desse hábito.

O sobrepeso é comum nos hipertensos. Quase 100 % apresentam essa condição. Isso se deve a fatores: dieta irregular, a maioria não tem costume de comer frutas e verduras, além de carnes magras. É grande o consumo de refrigerante, bolachas, bolos, biscoitos, salgados, alimentos hipercalóricos que contribuem para o ganho de peso. A maior dificuldade com as mulheres é reduzir o açúcar, nos homens, a cerveja e a feijoada do fim de semana.

2. JUSTIFICATIVA

A escolha do tema se justifica devido o número significativo de pacientes que são diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da equipe. Assim, apesar das ações relacionadas com promoção da saúde e prevenção de doenças na unidade, sua incidência continua aumentando. Há necessidade de intervir na unidade de saúde, isto é, buscar o aprimoramento da equipe, a conscientização de ações em educação em saúde, para grupos de risco e os hipertensos da comunidade.

Este trabalho se faz fundamental para a unidade, na medida em que possibilitará um maior conhecimento dos profissionais da equipe sobre a HAS para atuarem nos principais aspectos da doença, melhorando assim os indicadores de saúde relacionados a essa patologia e evitando diversas seqüelas decorrentes da doença. Ressalto também que a implementação de ações educativas pode contribuir para melhorar a qualidade de vida dos usuários, na promoção da saúde e prevenção dos agravos.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Elaborar um projeto de intervenção para contribuir com a redução da incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica da Estratégia de Saúde da Família Novo Santos Dumont, em Lagoa Santa, Minas Gerais.

3.2. Específicos

Melhorar a adesão ao tratamento da HAS.

Reduzir a incidência da hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência.

Aperfeiçoar o manejo da equipe no tratamento não medicamentoso.

4. METODOLOGIA

A fim de que o tema deste estudo pudesse ser definido, foi realizado o diagnóstico situacional com reconhecimento do território e a observação ativa do mesmo, identificando os principais problemas enfrentados pela equipe. Assim, por meio da estimativa rápida, que é um meio barato, rápido e fácil de ser realizado, definiu-se a HAS como principal problema da comunidade.

Para realizar o projeto de intervenção, três etapas aconteceram: diagnóstico situacional com reconhecimento do território estudado, identificação dos principais problemas na área de abrangência da Unidade de Saúde, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. O Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitou a identificação e a priorização do problema alvo que será objeto da intervenção, sua descrição, explicação e a identificação dos nós críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Essa etapa contou com a colaboração da equipe de saúde.

Para subsidiar a construção da proposta de intervenção, foram utilizados trabalhos científicos publicados entre os anos de 2002 e 2016, encontrados em bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Treze artigos foram selecionados conforme sua relevância e coerência com o tema proposto. Outros dados importantes utilizados foram os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde do município, dados do Ministério da Saúde e arquivos da ESF local. Os descritores utilizados foram Hipertensão Arterial Sistêmica, Estratégia de Saúde da Família, Educação em saúde.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Estratégia de Saúde da Família

Boing e Boing (2007) declaram que há um grande impacto das doenças crônicas não-transmissíveis na população e que a incidência é presente em todas as partes do mundo. A HAS configura-se como um dos agravos crônicos mais comuns, possuindo graves repercussões clínicas.

A estimativa feita pelos autores reforça a importância do trabalho da ESF em promover ações capazes de diagnosticar precocemente a HAS, reduzir e minimizar as sequelas da doença através de ações promotivas e preventivas. Isto é, reforça o papel da ESF como unidade promotora e facilitadora de saúde.

Rabetti e Freitas (2011) referem que os gastos públicos com saúde são crescentes. Essas receitas se relacionam muito com o perfil da população atual em que a maior expectativa de vida vem sendo alcançada. Assim, o uso de instrumentos metodológicos econômicos em saúde é justificado pelo critério de escassez e pela dificuldade de alocação de recursos. Afirmam ainda que na gestão de recursos tecnológicos de baixa complexidade encontra-se a ESF que tem como princípio a resolutividade. Seu bom funcionamento, coordenação entre membros e gerência permite um melhor desenvolvimento de atividades, isto é, o planejamento torna possível o alcance dos resultados desejados.

Helena; Nemes e Eluf Neto (2010) concordam que 95% dos idosos com HAS consomem medicação para controlar o quadro clínico e que somente a metade dos usuários consegue a medicação na unidade de ESF. Esses autores realizaram ainda estudos nas regiões Sul e Nordeste que mostraram que somente 46% das pessoas com HAS atendidas em unidades da ESF tiveram consultas nos últimos seis meses.

Percebe-se que nem sempre a ESF cumpre com sua missão de levar saúde de qualidade e ser acessível à população. A incoerência na gestão da unidade pode levar a um mau planejamento de recursos, causando prejuízos à população.

5.2. Atenção Primária à saúde

Apesar da baixa tecnologia, a ESF consegue atender a 80% das necessidades da comunidade, isso só é possível porque o serviço é organizado e tenta-se planejar semanalmente as ações. Assim, previnem-se encaminhamentos desnecessários, filas de espera em unidades de urgência e permite uma atenção integral e continuada para a comunidade.

Rabetti e Freitas (2011) concordam que o SUS sempre lidou com poucos recursos financeiros. O Programa de Saúde da Família foi criticado inicialmente por acreditarem ser de natureza restrita. Não obstante, expandiu-se e sua importância transformou em mudança de modelo de atenção.

Sales e Tamaki (2007) acordam que a HAS é de caráter preocupante, sobretudo, devido sua relação com morbimortalidade causada por doenças cardiovasculares, que podem gerar invalidez parcial ou total, gerando repercussões para o indivíduo, sua família e a própria sociedade. A HAS aumenta em sete vezes o risco de acidente vascular cerebral, sendo causa mais comum de insuficiência cardíaca.

Helena; Nemes e Neto (2010) consideram que a HAS como um dos principais focos da saúde pública nos últimos anos. 25,6% da população americana é hipertensa, chegando a 29% entre os mais pobres e a até 39% entre mulheres negras. No Brasil, 25% da população acima de 20 anos é hipertensa.

5.3. Hipertensão Arterial Sistêmica

Manfroi e Oliveira (2006) defendem que a HAS constitui um sério problema de saúde pública em todo o mundo. Ela é fator de risco para uma série de outras doenças, gerando riscos para a saúde, sendo considerada a origem das doenças crônico-degenerativas, como a síndrome metabólica, acidente vascular isquêmico e infarto. Em Porto Alegre, a prevalência de HAS atinge a cifra de 19,2%.

Andrade e Fernandes (2016) destacam que a etiologia da HAS é multifatorial. Assim, eles guardam relação com: aumento da idade, gênero masculino, etnia (negro), excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e de álcool, sedentarismo, hereditariedade e fatores socioeconômicos. Ademais, o estresse ocasionado pelo trabalho é também, hoje, considerado um fator de risco. Entre os elementos associados a isso, destaca-se: ruído, ambiente do trabalho e agentes químicos.

Manfroi e Oliveira (2006) consideram que HAS é uma doença crônica. Desse modo, ações na atenção primária são essenciais para prevenir complicações associadas a essa doença. O tratamento se baseia em medidas não-farmacológicas e farmacológicas. A adesão ao tratamento envolve tanto a orientação da equipe de saúde quanto à postura do paciente diante das recomendações.

Rosário *et al.* (2009) observam que a HAS é uma síndrome que está, na maioria das vezes, relacionada com distúrbios metabólicos, como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes mellitus e dislipidemia. A presença dessas condições gera lesão em órgão-alvo, sendo importante a equipe de saúde realizar a estratificação de risco.

Manfroi e Oliveira (2006) ratificam que a HAS é doença crônica, sendo, geralmente, assintomática, com evolução clínica lenta, prolongada e permanente. Esses fatores auxiliam nas situações de complicação, já que como o paciente não fica sintomático não percebe a gravidade da doença.

Andrade *et al.* (2002) confirmam que dos novos pacientes com diagnóstico de HAS que iniciam a terapêutica 16% a 50% não seguem a medicação anti-hipertensiva prescrita durante o primeiro ano. Ademais, os pacientes que realizam o tratamento com medicação o fazem de modo inadequado.

Rosário *et al.* (2009) relatam que é necessário o controle da hipertensão arterial para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. Apesar das inovações tecnológicas em relação aos medicamentos, não se tem notado melhorias nas taxas de controle da doença. Apenas um terço da população hipertensa tem a pressão controlada.

Andrade *et al.* (2002) discutem que a não aderência ao tratamento é uma vertente que insiste em persistir na conduta do hipertenso, o que gera o aumento de pesquisas na área. Os pacientes que têm a pressão arterial bem controlada são aqueles que seguem a prescrição de forma correta.

Assim como os autores relataram, na ESF Novos Santos Dumont a realidade não é diferente. Os fatores de risco para HAS na comunidade são, principalmente, a má-alimentação e inatividade física. Sobre o tratamento medicamentoso, há relatos dos familiares e agentes comunitários de saúde que uma boa parcela não toma os remédios na hora correta. Tenta-se elencar os fatores que dificulta esse processo:

baixa escolaridade, não percepção da gravidade da doença ou ainda o fato da HAS não gerar sintomas na maioria dos pacientes.

5.4. Diabetes Mellitus

Miranzi *et al.* (2008) destacam que o diabetes mellitus é uma síndrome decorrente de pouca ou nenhuma produção de insulina, gerando hiperglicemia crônica e alterações no metabolismo dos açúcares, gordura e proteína. Havendo sintomas como a polidipsia, poliúria, redução da acuidade visual e perda de peso.

Schaan; Harzheim e Gus (2004) discutem que o Diabetes Mellitus tipo 2 guarda relação com a HAS, obesidade, resistência à insulina, microalbuminúria e anormalidades nos lipídios e lipoproteínas plasmáticas, caracteristicamente elevação de triglicerídeos e redução de colesterol contido na lipoproteína de alta densidade. Esses fatores de risco quando presentes determinam a síndrome metabólica.

Rodrigues *et al.* (2012) afirmam que o profissional de saúde deve ter a experiência de que atitudes do paciente quanto ao tratamento, normalmente, não são estáveis e engessadas. Isso ressalta que o cuidado varia dependendo de cada caso o que reforça a importância do atendimento integral e efetivo. Deve-se ensinar o autocuidado.

Schaan; Harzheim e Gus (2004) ainda lembram que mortes por doenças cardiovasculares no diabético tipo 2 chega a 80%.O risco de morte por eventos cardiovasculares, ajustado para a idade, em diabéticos é três vezes maior do que o da população em geral. O risco de morte por doença arterial coronariana é aproximado àquele observado em indivíduos não diabéticos que tiveram um infarto agudo do miocárdio prévio.

Os pacientes diabéticos da unidade recebem atenção dos membros da equipe. Logo na suspeita do diagnóstico, institui-se a mudança do estilo de vida que é mais aceita pelos diabéticos que pelos portadores de HAS. Pressupomos que a justificativa dessa adesão melhor é devido às repercussões clínicas sentidas pelo diabético o que nem sempre ocorre com o hipertenso. Trabalhadores da ESF devem estar capacitados em conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar ações programáticas específicas às necessidades deste grupo populacional

(Diabetes Mellitus e HAS) de forma integrada com as demais práticas da rede de cuidado disponível pela equipe.

Assim, a educação em saúde se faz importante e efetiva nesses pacientes, visto que possibilita um maior contato com a equipe de saúde, o que gera um a melhor longitudinalidade e integralidade no atendimento. Ademais, permite também um autoconhecimento sobre sua doença, as formas de prevenir sequelas e o controle do índice glicêmico, perfil lipídico e metas pressóricas.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção visa contribuir coma mudança nos indicadores de saúde da população. Ademais, deseja-se também a mudança dos profissionais da equipe frente o principal problema da população: HAS. Em relação aos pacientes, espera-se que eles tenham uma melhor adesão ao tratamento, seguindo a prescrição médica, realizando a mudança de hábitos de vida, isto é, por meio de caminhadas, melhora da alimentação, dieta e perda de peso. Vê-se a necessidade de acompanhar de perto esses pacientes, para isso, a equipe deve estar preparada e segura para atender o paciente de forma integral, colocando em vista seus anseios, medos, dúvidas e questionamentos. Assim, a equipe deve ter conhecimento do processo de adoecimento, das medidas de prevenção, sobre a progressão da doença e suas sequelas.

6.1. Descrição do problema selecionado

A ESF possui 265 hipertensos. A maioria se encontra acima dos 55 anos. Esse fator se relaciona com a própria fisiologia, na medida em que, com o passar dos anos e, principalmente, após os 60 anos, ocorre o processo de aterosclerose, em que há o enrijecimento da parede do vaso, contribuindo para o aumento da resistência vascular periférico, sendo fator favorável para HAS. É um processo não patológico, mas que acarreta em alterações sistêmicas, como a HAS, gerando doenças cerebrovasculares. Os homens também são um fator de risco na Unidade para a HAS, na medida em que mais da metade dos casos ocorre nesse gênero.

6.2. Explicação do problema selecionado

O problema ocorre devido, principalmente, hábitos inadequados. A maioria dos pacientes é etilista, faz consumo de pelo menos uma cerveja por dia. Ademais,

não tem noção sobre alimentação saudável, faz consumo de alimentos industrializados, ingere mais que cinco gramas de sal por dia, não realiza atividade física, encontra-se com sobrepeso. Além disso, mesmo os pacientes em estágios menores da HAS, há dificuldade de manejar o tratamento não medicamentoso. Eles não entendem a importância de perder peso. Não compreendem a relação desse fator com a diminuição da Pressão Arterial. Isso tudo torna difícil o manejo da doença e contribui para sua incidência.

6.5. Seleção dos nós críticos

Há dois fatores relacionados à HAS na unidade:

1. Poucas ações da equipe direcionadas a HAS.
2. Dificuldades em manejar tratamento não medicamentoso reconhecido como estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo à sua dispensa

6.6. Desenho das operações

O Desenho das operações é o passo para soluções e estratégias para o enfrentamento do problema.

Quadro 2 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Santos Dumont, em Lagoa Santa, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Poucas ações da equipe direcionadas a HAS.
Operação	Menos HAS
Projeto	Realizar ações semanais direcionadas a HAS, isto é, esclarecendo dúvidas do paciente, atendendo-o de forma integral.
Resultados esperados	Mais encontros nos grupos operativos, maior conhecimento sobre a doença, melhor adesão ao

	tratamento.
Produtos esperados	Palestras, visitas e grupos operativos realizados.
Recursos necessários	Organizacional: Equipe Cognitivo: Linguagem acessível Político: Para prover os recursos e a manutenção do projeto. Financeiros: Datashow, papel, canetas.
Recursos críticos	Financeiros: Datashow, papel, canetas
Controle dos recursos críticos	Secretária de Saúde
Ações estratégicas	Apresentar o projeto, solicitar apoio da comunidade.
Prazo	Junho de 2018
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Líderes da comunidade, equipe de saúde, secretaria de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	As ações podem ser monitoradas a partir dos relatórios realizados em cada grupo operativo. Pode ser também feito a partir dos prontuários em que se identificarão as condutas, orientações e assiduidade do

	paciente nas consultas e da equipe nas visitas domiciliares.
--	--

Autoria própria (2018)

Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Santos Dumont, em Lagoa Santa, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Dificuldades em manejar tratamento não medicamentoso
Operação	Mais vida
Projeto	Através de visitas domiciliares, grupos operativos e atendimentos, ensinar ao paciente formas de manter dieta saudável, perder peso, realizar dieta hipossódica e realizar atividade física diária
Resultados esperados	Maior número de visitas, atendimentos e encontros nos grupos operativos, perda de peso dos pacientes, realização de atividades físicas.
Produtos esperados	Redução do peso, maior adesão às academias ao ar livre, que já são proporcionadas pelos educadores físicos do NASF, menor consumo de sal.
Recursos necessários	Organizacional: Equipe Cognitivo: Linguagem acessível Político: Para prover os recursos e a manutenção do projeto. Financeiros:

	Datashow, papel, canetas.
Recursos críticos	Financeiros: Datashow, papel, canetas
Controle dos recursos críticos	Secretária de saúde
Ações estratégicas	Apresentar o projeto, solicitar apoio da comunidade.
Prazo	Junho de 2018
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Líderes da comunidade, equipe de saúde, secretaria de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	As ações podem ser monitoradas a partir dos relatórios realizados em cada grupo operativo. Pode ser também feito a partir dos prontuários em que se identificarão as condutas, orientações e assiduidade do paciente nas consultas e da equipe nas visitas domiciliares.

Autoria própria (2018)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS representa um grande impasse na ESF Santos Dumont. As ações educativas em saúde só são eficazes quando há programação e planejamento. A equipe deve estar envolvida já que cada membro tem seu papel no controle da doença. Os agentes de saúde podem verificar se o paciente está indo nas consultas agendadas e seguindo a prescrição. A técnica de enfermagem pode realizar educação em saúde por meio do aconselhamento sobre mudanças de hábito de vida e fatores de risco para doença. A enfermeira e médico podem auxiliar nos grupos operativos e atendimentos.

A intervenção em cima dos hábitos de vida é essencial já que eles são os principais responsáveis pelo surgimento da doença e pelas complicações consequentes do não controle. É preciso utilizar novas dinâmicas com o paciente e não desistir de sua mudança, uma vez a mudança no estilo de vida é responsável pela maior qualidade de vida do paciente. Prestar assistência à família do paciente também é necessário e consolida a integralidade do cuidado. É fundamental que a mudança de comportamento em relação à alimentação e exercício físico seja seguida por todos os integrantes da família, uma vez que essa ação facilita a rotina do paciente.

O que se espera desse TCC é que as ações sejam cumpridas, que os resultados esperados possam ser evidenciados, a fim de que possa ter um melhor controle da doença e reduza na população as sequelas da HAS. Deseja-se que os pacientes mudem a postura, que cuidem melhor da saúde, que busquem a unidade não apenas para aferir a pressão e agendar consultas, mas também para participarem das ações de saúde. Almeja-se que esse projeto seja bem recebido pela população.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. P.; et al. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq Bras Cardiol.** v.79, n. 4., p. 375-379, 2002.

ANDRADE, R. C. V.; FERNANDES, R. C. P. Hipertensão arterial e trabalho: fatores de risco. **Rev Bras Med Trab.** v. 14, n. 3 p. 252-261, 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE.** Disponível em ><https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lagoa-santa/panorama>> Acesso em:18. fev. 2018.

BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007.

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.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.614-626, 2010.

LAGOA SANTA. **Prefeitura Municipal de Lagoa Santa.** 2018. Disponível em: ><https://www.lagoasanta.mg.gov.br/index.php>.>Acesso em: 18. fev. 2018.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.** Rio de Janeiro, v.2, n. 7, p 158-176, 2006.

MIRANZI, S. S. C.; et al. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. Texto **Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, out-dez 2008.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública**, vol. 45 n. 2, p. 258-68, 2011.

RODRIGUES, F. F. L.; et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012.

ROSÁRIO, T. M.; et al. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SALES, M. C.; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enfermagem**, v. 12 n. 2, p. 157-63, 2007.

SCHAAN, B. D. ; HARZHEIM, E.; GUS, I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n. 4, p. 529-536, 2004.