

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

XIOMARA DOLORES SAMPEDRO RUIZ

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA EM GRUPOS DA UNIDADE SAÚDE DA
FAMÍLIA SOTERO SILVEIRA DE SOUZA, RAUL SOARES-MG**

IPATINGA

2018

XIOMARA DOLORES SAMPEDRO RUIZ

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA EM GRUPOS DA UNIDADE SAÚDE DA
FAMÍLIA SOTERO SILVEIRA DE SOUZA, RAUL SOARES-MG**

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

Orientador: ProfessoraDr^a Alba Otoni

IPATINGA

2018

XIOMARA DOLORES SAMPEDRO RUIZ

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA EM GRUPOS DA UNIDADE SAÚDE DA
FAMÍLIA SOTERO SILVEIRA DE SOUZA, RAUL SOARES-MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora:Alba Otoni- Universidade Federal de São João del-Rei

Examinador 2 – Professora : Nayara RagiBaldoni. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP)

Aprovado em.Divinópolis 22 de junho de 2018.

DEDICATÓRIA

Para minha família que me apoia desde Cuba, para meu filho que me dá força para seguir e para todos os tutores e orientadores que ofereceram sua ajuda.

AGRADECIMENTOS

Áminha família que me apoia apesar da distância, meus colegas de trabalho que me ajudaram a realizar este trabalho.

Aos professores da Universidade, por toda a orientação e conhecimento transmitido.

A este país irmão, por me dar a oportunidade de compartilhar suas experiências na saúde.

É melhor prevenir do que remediar. Opte por alimentos saudáveis e exercícios físicos. Saúde sempre em primeiro lugar.

(Humberto Queiroz)

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de ação para aprimorar os conhecimentos sobre fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica (HAS) não controlada na população assistida pela equipe de saúde da Família Sotero Silveira de Souza no município de Raul Soares/ Minas Gerais. O projeto foi elaborado por meio de um programa educativo considerando a identificação das necessidades de aprendizagem destes pacientes da Unidade Básica de Saúde (UBS). O universo de pacientes assistidos pela equipe de saúde constituída por 639 pessoas cadastradas como hipertensas a partir de 20 anos de idade. Realizaram-se entrevistas e atividades educativas para identificar as necessidades de aprendizagem sobre os fatores de risco da HAS e as complicações que produzem, em especial, quando não controlada. A proposta de intervenção foi elaborada baseada revisão bibliográfica e tendo em conta o objetivo do estudo. Mediante as ações de prevenção e promoção realizada nesta população pretende-se aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e conseqüentemente melhorar a adesão terapêutica, diminuindo o número de complicações e melhorando a qualidade de vida dos usuários assistidos por nossa equipe de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Educação em saúde. Promoção em saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to develop a plan of action to improve knowledge about risk factors associated with uncontrolled systemic arterial hypertension in the population assisted by the health team of the Sotero Silveira de Souza Family in the city of Raul Soares / Minas Gerais. The project was elaborated through an educational program considering the identification of the learning needs in these patients of the Basic Health Unit (UBS) .The universe of patients assisted by the health team constituted by 639 people registered as hypertensive as of 20 years of age. Interviews and educational activities were conducted to identify learning needs about the factors of SAH and the complications they produce, especially when uncontrolled. The intervention proposal was prepared based on a bibliographical review and taking into account the purpose of the study. The prevention and promotion actions carried out in this population aim to increase the level of knowledge of patients and consequently to improve therapeutic adherence, reducing the number of complications and improving the quality of life of the users assisted by our health team.

Key words: Arterial Hypertension. Health education.Health promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Breves informações sobre o município de Raul Soares	12
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 A Equipe de Saúde da Família de Sotero Silveira de Souza, seu território e sua população.....	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde da Família: o dia a dia da unidade e da equipe....	14
1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	15
1.6 Priorização dos problemas- a seleção do problema para plano de intervenção	16
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo geral.....	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Conceitos básicos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica	21
5.2 Fatores de risco	21
5.3 Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica e tratamento	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Descrição do problema selecionado.....	25
6.2 Explicação do problema selecionado.....	25
6.3 Seleção dos nós críticos.....	26
6.4 Desenho das operações	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS.....	33

1. INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Raul Soares

O Município de Raul Soares está localizado na Bacia Hidrográfica do Rio Doce. Os principais cursos de água da região são os Rios Matipó e Santana. O clima da cidade é variado, com temperatura entre máxima de 37°C e mínima de 13°C, está situado na mesorregião da Zona da Mata e na Microrregião de Ponte Nova, com área de 777,78 Km². Faz limites ao Norte com os municípios Córrego Novo, Bom Jesus do Galho, e Caratinga; ao sul com Abre Campo, Caputira, Vermelho Novo e Matipó; a leste com Manhuaçu; a oeste com São Pedro dos Ferros. A cidade possui um traçado de forma irregular, construída em terreno plano, onde se podem encontrar algumas construções simples, mas de aspecto agradável; as ruas totalmente calçadas com paralelepípedos; os jardins arborizados, fornecendo à cidade uma paisagem tranqüila e hospitaleira (IBGE 2010).

A população do município de Raul Soares, de acordo com a última estimativa realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em relação ao ano de 2015 era de 24.368 habitantes, sendo a população masculina 49,72% e população feminina de 12.267 habitantes - 50,28%. Distribuída na zona urbana: 16.109 habitantes - 66,04% zona rural: 8.285 habitantes - 33,96% (IBGE, 2015).

A economia da cidade se baseia na indústria, comércio e agropecuária, sendo em outros tempos possuidora de uma economia diversificada, com base na indústria, turismo, pecuária, agricultura e comércio. Atualmente diminuiu consideravelmente a característica turística e o município é sustentado, em geral, pelo comércio e pela agropecuária, ficando a expectativa de um incremento industrial, neste município considerado muito bom para se instalar indústrias, devido ao potencial energético que possui. O grau de desenvolvimento econômico e as principais atividades por setor constituem a forma pela qual vive a população local e regional (IBGE, 2015).

Em Raul Soares existiam 28 centros educacionais, sendo três escolas de nível pré-escolar, 21 escolas de nível fundamental e quatro escolas de nível médio. Segundo informações do Censo 2010 (IBGE), a parcela da população alfabetizada era de

19.320, enquanto a de analfabetos era de 4.498 habitantes. Apresentava 55.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 91.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 49.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2010).

1.2 O sistema municipal de saúde

A cidade de Raul Soares conta com 39 estabelecimentos de saúde, sendo 17 públicos, um filantrópico e 21 privados. Além dos pontos de atendimento, o município conta também com especialidades como: Assistência Social, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudióloga, Medicina, Odontologia, Psicologia e Nutricionista (IBGE, 2010).

A Atenção primária possui nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo quatro em área rural e cinco em área urbana, com uma cobertura de 100% da população. As UBStêm uma abrangência de população entre 2400 a 4000 habitantes. No que diz respeito aos atendimentos de urgência e emergência conta com serviço de pronto atendimento pelo SUS com assistência em 15 especialidades médicas: Pediatria (15 atendimentos semanais); Ginecologia e Obstetrícia (80 atendimentos ao mês); Ortopedia (40 atendimentos por semana); Cardiologia (25 atendimentos por semana);Endócrino (40 atendimentos por semana); Psiquiatra (180 atendimentos ao mês);Urologia (30 atendimentos ao mês); Neurologia (40 atendimentos ao mês); Otorrino (30 atendimentos ao mês); Cirurgia Geral (20 atendimentos por semana) Fonoaudiólogo (20 atendimentos ao mês); Psicólogo (90 atendimentos semana); Fisioterapia (900 sessões ao mês) e Angiologia (30 atendimentos ao mês).

A cidade conta ainda com vários consultórios odontológicos bem montados, equipados com profissionais altamente capacitados. Destes consultórios nove fazem atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e quatro atendimentos particulares. Ainda possui um Hospital Geral com serviço de urgência e emergência, atendimento de ortopedia, cardiologia, obstetrícia.

Para os atendimentos de alta complexidade tem convênio em Ponte Nova e Belo Horizonte onde se realizam os exames de alta complexidade e de alto custo como Hemodiálises, hemodinâmica, cirurgias (IBGE, 2015).

1.3 A Unidade básica de saúde, a Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população adscrita

A unidade de saúde Sotero Silveira de Souza foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada em uma das principais ruas do bairro Centro Rua Francisca Rosa. Encontra-se bem conservada e o espaço físico é bem aproveitado pela população e pelos profissionais que ali trabalham. A área destinada à recepção é muito espaçosa e bastante arejada, além de acomodar assentados os usuários que aguardam atendimento, este fato contribui para uma assistência de qualidade à população. As reuniões com a comunidade (grupos operativos, por exemplo) são realizadas na própria unidade. A estrutura da unidade possui também três consultórios utilizados pela enfermeira, médicos e/ou por outros especialistas que encontram-se dando assistência na unidade; sala de vacinas; de curativo e uma área destinada para os agentes comunitários de saúde (ACS).

A unidade, atualmente, está equipada e conta com os recursos humanos adequados para o trabalho da equipe de saúde Sotero Silveira de Souza que é composta por: um cirurgião dentista; uma enfermeira; um médico generalista; um técnico de enfermagem; um técnico de saúde bucal e oito agentes comunitários de saúde.

1.4 A Unidade Básica de Saúde da Família: o dia a dia da unidade e da equipe

A Unidade de Saúde funciona das 07h00min às 12h00min, no horário da manhã, com intervalo de uma hora para o almoço, retomando as atividades da tarde de 13h00min até 16h00min. A equipe tem uma área de abrangência de 11 bairros (nove na área urbana e dois na área rural) com assistência a uma população de 3232 habitantes, sendo 2076 com mais de 20 anos.

A equipe Sotero Silveira de Souza atende a população local através das seguintes atividades: Visitas domiciliares de ACS's e de enfermagem; consultas médicas; consultas de enfermagem; consultas odontológicas; procedimentos de assistência de enfermagem na unidade e, se possível e necessário, no domicílio; Grupos operativos com pacientes com hipertensão, com DM e gestantes; aplicação de flúor nas crianças da escola local, com supervisão de escovação; agendamento de consultas para especialidades e exames diariamente; prevenção do câncer do colo do útero e de mama, vacinação, teste do pezinho, exame de toxoplasmose, teste de glicemia, atendimento de urgência e observação e acolhimento e triagem do paciente.

No horário da manhã o trabalho é voltado para a demanda espontânea e à tarde trabalha-se com agendamentos, sejam pacientes agendados pelos ACSs sejam aqueles que foram atendidos pela enfermeira.

1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Em reunião efetuada com a equipe de trabalho chegou-se à conclusão que em na área de cobertura da equipe de saúde existem vários problemas, sendo os principais segundo a ordem de prioridade:

1-Alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) sendo 639 pacientes com HAS e deles 412 pacientes estão com os níveis pressóricos descontrolados, ou seja, o equivalente a 71,6 % do total.

2-Alto índice de consumo de álcool e fumantes.

3- Alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos

4-Alto índice de parasitismo intestinal.

5-Baixa cultura sanitária da população e baixo nível econômico.

1.6 Priorização dos problemas- a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de SaúdeSotero Silveira de Souza , município de Raul Soares do estado de Minas Gerais				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alto índice paciente com HAS não controlada	Alta	7	Parcial	1
Alto índice de fumantes	Alta	7	Parcial	2
Alto índice de alcoolismo	Alta	7	Parcial	3
Alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	6	Parcial	4
Alto índice de parasitismo intestinal	Alta	6	Parcial	5
Baixa cultura sanitária e nível econômico	Alta	6	Parcial	6

Fonte: Autoria própria

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde desde 2012 as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morte representando 63% do total de óbitos e incapacidade no mundo, acrescentando ainda a este fato que as taxas relativas a estas condições estão a aumentar em todo o mundo (OMS, 2012). Entre essas doenças a HAS configura-se atualmente como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, com conseqüências significativas para a saúde pública (OMS, 2012). No dia 26 de abril, o Brasil se mobiliza para conscientizar as pessoas sobre os riscos e a importância de combater a HAS. A data é lembrada pelos profissionais da área com grande preocupação, pois cerca de 1/4 da população brasileira sofre com esse mal.

No Brasil a HAS é uma das principais morbidades que causam morte, uma vez que muitas pessoas não têm conhecimento de ser portadora desse mal e tantas outras, mesmo sabendo, não levam a doença a sério, porque são assintomáticas. Portanto, diante deste quadro, faz-se necessária a intervenção da Equipe de Estratégia da Família, juntamente com outros profissionais da rede, como política prioritária de atenção básica, considerando todo o processo de trabalho, buscando compreender as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis exige e no caso em questão, a HAS.

A equipe da saúde da família Sotero Silveira de Souza assiste um total de 3232 pessoas e destas 639 têm diagnóstico de HAS que representa um 19.0 % do total da população assistida. Mediante os atendimentos realizados observou-se um alto índice de pessoas com pressão arterial elevada, uma maioria porque não sabia que tinha a doença e outra parte porque não levava o tratamento de forma correta. Com a ajuda dos ACS verificou-se que a maioria dos pacientes com HAS tinha hábitos de vida inadequados, não realizavam dieta, tinham consumo excessivo de álcool e não faziam o tratamento da maneira correta.

Após realizar o levantamento dos dados e conhecer o alto índice de pacientes com HAS não controlada, bem como suas complicações, concordou-se que na área de abrangência da equipe Sotero Silveira de Souza, a HAS não controlada era um problema de saúde sobre o qual era urgente reforçar as orientações e programar de forma efetiva o acompanhamento destes pacientes.

3 OBJETIVO

Objetivo geral:

Elaborar um plano de ação para aprimorar os conhecimentos sobre fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica não controlada na população assistida pela equipe de saúde da Família Sotero Silveira de Souza no município de Raul Soares/ Minas Gerais

4 METODOLOGIA

O presente trabalho será realizado através de um plano de intervenção com proposta de elevar o nível de conhecimentos dos pacientes com HAS sobre a doença propriamente dita, sua evolução e as complicações, sendo este planobaseado no método Simplificado do planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS, FARIA; SANTOS, 2010).

Em reunião realizada com toda a equipe de saúde identificou-se que o principal problema de saúde era “Alto índice pacientes com hipertensão arterial sistêmica não controlada”.

Os dados foram coletadosde registros da unidade de saúde, prontuários edo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que indicaram o número de pacientes com HASem nossa comunidade.

Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica, fatores de risco e suas complicações nas bases literárias de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sites da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Conceitos básicos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica:

Estima-se que no mundo todo um bilhão de pessoas sejam hipertensas com uma estimativa de 7.1 milhões por ano. A HAS está se tornando um problema cada vez mais de saúde pública devido ao aumento da longevidade e os fatores de risco. No Brasil a HAS é uma das principais causas de morte e responsável de adoecimento e incapacidade (MALACHIAS et al., 2016).

A HAS é descrita como uma condição clínica de múltiplos fatores caracterizada por aumento sustentado dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg (MALACHIAS et al., 2016). Em geral, estão associadas a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, e pode ser agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes *mellitus* (DM). Neste contexto, a HAS pode ainda estar associada independentemente com morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (MALACHIAS et al., 2016).

5.2 Fatores de risco

Entre os fatores de risco da HAS destacam-se aqueles modificáveis e os não modificáveis.

5.2.1 Fatores de risco não modificáveis:

Quanto aos não modificáveis citam-se a idade, sexo, raça e fatores genéticos: Idade na qual se evidencia uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS. Esta associação está relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira e ao aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para

10,8%(MALACHIAS et al., 2016).No que diz respeito ao sexo e etnia, outros fatores de risco não modificáveis, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde(PNS) de 2013, homens e mulheres têm prevalência de HA auto-referida diferentes estatisticamente sendo menor entre os homens e maior entre as pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%)(CHOR et al, 2015). Quanto à genética, os estudos brasileiros que avaliaram o impacto de polimorfismos genéticos na população de quilombolas não conseguiram identificar um padrão mais prevalente e mostraram forte impacto da miscigenação, dificultando ainda mais a identificação de um padrão genético para a elevaçãodos níveispressóricos (KIMURA et al , 2012; KIMURA et al, 2013)

5.2.2 Fatores de risco modificáveis:

Os fatores de risco modificáveis sobre os quais podemos atuar para modificar e melhorar a qualidade de vida das pessoas cita-se:

O excesso de peso e obesidade. No Brasil, dados do VIGITEL de 2014 revelaram que entre 2006 e 2014 houve aumento tanto na prevalência de excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), quanto nos índices de obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Esses dados referiram-se especialmente a indivíduos de 35 a 64 anos e do sexo feminino, evidenciando de forma clara a tendência do aumento do número de pessoas com hipertensão devido a fatores externos.

Quanto à ingestão de sal, o consumo excessivo de sódio é um dos principais fatores de risco para HÁ e associa-se a eventos CV e renais. No Brasil, preocupam os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), que foram coletados em mais de 50.000 domicílios e mostraram disponibilidade domiciliar excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia) sendo menor na área urbana da região Sudeste, e maior nos domicílios rurais da região Norte (BRIASOULIS A, AGARWAL V, MESSERLI FH., 2012).

Outro fator de risco modificável que merece destaque é a ingestão de álcool. O consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a pressão arterial (PA) de forma concreta. Em meta-análise realizada pela PNS com população de 33.904 homens e 19.372 mulheres comparou a intensidade de consumo

entre abstêmios e pessoas que consomem bebidas alcoólicas. Constataram que nas mulheres, houve efeito protetor com dose inferior a 10g de álcool/dia e risco de HA com consumo de 30-40g de álcool/dia. Já nos homens, o risco aumentado de HA tornou-se consistente a partir de 31g de álcool/dia (ANDRADE et al, 2015) .

O sedentarismo também vem como fator de risco modificável a ser considerado quando se estuda a proposta de intervenção nos hábitos de vida. Dados da PNS mostraram que pessoas consideradas insuficientemente ativas, ou seja, adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física considerando o lazer, o trabalho e o deslocamento representaram 46,0% dos adultos, sendo o percentual maior entre as mulheres (51,5%). Observou-se ainda diferença nas frequências de insuficientemente ativos entre faixas etárias, sendo a maioria para idosos e para adultos sem instrução e com nível de escolaridade fundamental incompleto (50,6%) (MALTA et al, 2015).

5.3 Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica e tratamento

A HAS é classificada conforme o ambiente em que é aferida e no consultório considera-se hipertensão a medida ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg e normotensas aquelas pessoas cuja medida de PA são $\leq 120/80$ mmHg. A Hipertensão sistólica isolada é definida como PAS aumentada com PAD normal e é um importante fator de risco cardiovascular (FRCV) em pacientes de meia-idade e idosos (MALACHIAS et al , 2016)

O tratamento para controle da PA envolve medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, com o objetivo final de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos cardiovasculares e renais. As medidas não medicamentosas têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a média e longo prazo. A abordagem não medicamentosa da HA inclui controle de peso, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros. Essas medidas não medicamentosas devem ser particularmente estimuladas e orientadas pela equipe de saúde da Atenção

primária. Quanto ao tratamento medicamentoso envolve anti-hipertensivos de várias classes desde diuréticos, alfa bloqueadores, betabloqueadores, Inibidores de enzima conversora, Bloqueadores dos canais de cálcio até Bloqueadores dos receptores de angiotensina. O tratamento com medicamentos poderá ser realizado com uma ou mais classes de fármacos, de acordo com a necessidade, para que sejam obtidas as metas para a PA e de acordo com situações específicas (MALACHIAS et al., 2016)

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alto índice pacientes com hipertensão arterial sistêmica não controlada”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema

A HAS é descrita como uma condição clínica de múltiplos fatores caracterizada por aumento sustentado dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg (MALACHIAS et al., 2016). Nos registros da equipe de saúde Sotero Silveira de Souza se identificou que são assistidos aproximadamente 3232 habitantes e deles 2076 com mais de 20 anos e 639 tem diagnóstico de HAS.

6.2 Explicação do problema

Após o trabalho realizado com as pessoas com HAS na população assistida pela equipe da UBS Sotero Silveira de Souza identificou-se que 71,8 % dos pacientes com hipertensão (459 pacientes), não tinham o quadro de HAS controlados. Neste sentido, destaca-se a importância de um projeto de intervenção para minimizar o nível de descontrole da pressão arterial além de prevenir com relação aos fatores de riscos e futuras complicações que podem levar à morte. Entende-se também que é preciso rever todo o processo de assistência destas pessoas, no sentido de aprimorar a abordagem terapêutica. Como exemplo, classificação adequada da HAS, acompanhamento ambulatorial rigoroso e regular, e, além disso, investir para melhorar o baixo nível cultural da maior parte da população, pois esta limitação dificulta a compreensão do quadro sendo que a grande maioria sequer conhecia o seu diagnóstico de HAS. Entre os que sabiam registrou-se a não adesão medicamentosa e maus hábitos de vida que incluíam uso excessivo de álcool e cigarro além do sedentarismo.

6.3 Seleções dos “nós críticos”

Os seguintes nós críticos foram destacados:

- ✓ Hábitos e estilos de vida inadequados (Ingestão de álcool, tabagismo sedentarismo, hábitos dietéticos inadequados).
- ✓ Pacientes com HAS sem informação sobre a doença e suas complicações.
- ✓ Estrutura funcional precária dos serviços de saúde (dificuldades para as referências de pacientes que precisavam de outras especialidades).
- ✓ Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado (programação irregular de visitas a domicilio; falta de rotina para controle da pressão arterial a todos os pacientes maiores de 18 anos que com HAS).

6.4. Desenho das operações

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto índice pacientes com hipertensão arterial sistêmica não controlada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sotero Silveira de Souza, do município Raul Soares, estado Minas Gerais.	
Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida
Projeto	Projeto “VIVER COM SAUDE”
Resultados esperados	População com melhor qualidade de vida Pacientes com hipertensão, conscientes da necessidade de mudança do estilo de vida e hábitos para controle da HAS.
Produtos esperados	Campanha educativa na radio local Projeto Amigos do Coração Implantado. Caminhadas de grupos de hipertensos Oficinas de receitas saudáveis Grupos operativos implementados e efetivos
Recursos necessários	Estrutural: Locais para realização das caminhadas; oficinas de culinárias e grupos operativos. Cognitivo: Equipe capacitada sobre o tema e capaz de desenvolver as atividades propostas. Político: Efetivação da parceria Financeiro: compra de materiais para as oficinas, para recursos audiovisuais e folder de orientação.
Recursos críticos	Político: Empreender a articulação Intersetorial. Financeiro: Disponibilização de verba para compra de materiais
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Gestores públicos e Médico e enfermeira Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Apresentação do projeto aos gestores públicos demonstrando benefícios
Prazo	Início em seis meses e finalização em 12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Gestores públicos e equipe de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliar de três em três meses o cumprimento das metas, promoção de comunicação entre os planejadores e os executores para discussão dos resultados alcançados, identificar as deficiências e traçar novas estratégias de trabalho e novo prazo se necessárias.

Autoria própria, 2018

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice pacientes com hipertensão arterial sistêmica não controlada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sotero Silveira de Souza, do município Raul Soares, estado Minas Gerais	
Nó crítico 2	Pacientes com HAS sem de informação sobre a doença e suas complicações.
Operação	Aumentar o nível de informações dos pacientes sobre a HAS e suas complicações
Projeto	Projeto “SABER MAIS”
Resultados esperados	Diminuir os índices de HAS no município Manter um nível adequado de HAS controlada
Produtos esperados	População consciente sobre a HAS e os riscos do descontrole da mesma Equipe capacitada a oferecer orientações efetivas Ambulatório de acompanhamento de pacientes com HAS eficiente e de frequência regular Grupos operativos eficientes
Recursos necessários	Cognitivo: Equipe capacitada sobre o tema e capaz de desenvolver as atividades propostas. Financeiro: compra de materiais para atividades didáticas nos grupos operativos e folder de orientação.
Recursos críticos	Político: Empreender a articulação Intersetorial. Financeiro: Disponibilização de verba para compra de materiais
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Gestores públicos e Médico e enfermeira Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Apresentação do projeto aos gestores públicos demonstrando benefícios
Prazo	Início em três a seis meses e finalização em 12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Gestores públicos e equipe de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliar de três em três meses o cumprimento das metas, implementação de atividades avaliativas trimestrais sobre a apreensão dos conhecimentos por parte dos usuários com HAS.

Autoria própria, 2018

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice pacientes com hipertensão arterial sistêmica não controlada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sotero Silveira de Souza, do município Raul Soares, estado Minas Gerais	
Nó crítico 3	Estrutura funcional precária dos serviços de saúde (dificuldades para as referências de pacientes que precisavam de outras especialidades/ disponibilização de medicamentos de uso regular).
Operação	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com HAS, garantir seu acompanhamento em rede e a integralidade, equidade e universalidade dos tratamentos oferecidos pelo SUS.
Projeto	CUIDAR MELHOR
Resultados esperados	Atenção multidisciplinar e multisetorial eficiente Eficiência no acompanhamento pela Equipe de Saúde Disponibilização de medicamentos anti-hipertensivos de uso regular Garantias de encaminhamento para atenção secundária
Produtos esperados	Recursos humanos capacitados Agendamento de consulta segundo necessidade do paciente Disponibilização regular de medicamentos anti-hipertensivos
Recursos necessários	Político - decisão de recursos para estruturar os serviços Financeiro - Compra de medicamentos. Cognitivo : Elaboração adequação do plano de acompanhamento a paciente com hipertensão. Estrutural : adequação de fluxograma municipal de referência e contra referência.
Recursos críticos	Cognitivos : Organização da agenda de atendimento dos profissionais da equipe. Político : parceria efetivada para estruturação do serviço. Financeiros : disponibilização de medicamentos
Controle dos recursos críticos	Equipe de saúde, Secretário de saúde e ministério da saúde.
Ações estratégicas	Apresentação do Projeto aos gestores públicos. Mostrar que já existem projetos de incentivo e buscar parceiros para viabilização.
Prazo	Seis meses para início das atividades e finalização em 12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das	Equipe de saúde.

operações	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliar de três em três meses seu cumprimento das metas promovendo a comunicação entre os planejadores e os executores para identificar as deficiências e traçar novas estratégias de trabalho e novo prazo se necessárias.

Autoria própria, 2018

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alto índice pacientes com hipertensão arterial sistêmica não controlada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sotero Silveira de Souza, do município Raul Soares, estado Minas Gerais	
Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado (programação irregular de visitas a domicilio; falta de rotina para controle da pressão arterial a todos os pacientes maiores de 18 anos que com HAS).
Operação	Melhorar a rotina de trabalho da equipe de saúde para o atendimento dos pacientes com hipertensão, garantir seu acompanhamento em rede e a integralidade, equidade e universalidade dos tratamentos oferecidos pelo SUS.
Projeto	CUIDAR MELHOR
Resultados esperados	Trabalho interdisciplinar eficiente Atividades de rotina para acompanhamento dos pacientes com HAS efetivamente implementadas.
Produtos esperados	Pacientes com HAS acompanhados de forma rigorosa pela equipe de saúde. Equipe de saúde com atividades eletivas de acompanhamentos de pacientes com HAS
Recursos necessários	Cognitivo: Equipe capacitada e com agenda adequada a atendimentos de demanda espontânea e de acompanhamento eletivo.
Recursos críticos	Cognitivos: Capacitação da equipe e organização da agenda de atendimentos da equipe.
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde Motivação: Favorável
Ações estratégicas	Reuniões de capacitação e estímulo para atendimento eficiente e organizado a pacientes com HAS.
Prazo	Seis meses para início das atividades e finalização em 12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das	Equipe de saúde.

operações	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliar de três em três meses seu cumprimento de metas promovendo a comunicação entre os planejadores e os executores para identificar as deficiências e traçar novas estratégias de trabalho e novo prazo se necessárias.

Autoria própria, 2018

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste plano de ação, espera-se que com orientações, acompanhamento eficaz e medidas de prevenção eficazes se diminua o número de pacientes com HAS não controlada, bem como diminua também suas complicações.

Observou-se que a falta de conhecimento no que diz respeito à doença propriamente dita, às complicações da HAS não controlada, bem como a não aplicação de medidas preventivas para controlá-las é uma das principais causas dos altos níveis de pacientes com HAS não controlada.

Acredita-se que com a melhora do nível de conhecimento e uma intervenção educativa haverá uma melhora considerável desses índices.

Salienta-se a importância das parcerias efetivas entre a gestão pública, servidores de saúde e a comunidade para melhorar as condições de saúde e qualidade de vida da população.

REFERENCIAS

ANDRADE SSA, STOPA SR, BRITO AS, CHUERI PS, SZWARCOWALD CL, MALTA DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol Serv Saúde**. 2015;24(2):297-304.

BRIASOULIS A, AGARWAL V, MESSERLI FH. Alcohol consumption and risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. **J Clin Hypertens**. 2012;14(11):792-6.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf> Acesso em: 07 de mar. 2014.

CHOR D, RIBEIRO AL, CARVALHO MS, DUNCAN BB, LOTUFO PA, NOBRE AA, et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. **PLOS One**. Acesso em: 10 jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICA. **IBGE**. Censo demográfico, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Raul Soares, Minas Gerais, 2015**. Disponível em: <HTTPS://CIDADES.IBGE.GOV.BR/BRASIL/MG/NOVA-RAUL-SOARES/PANORAMA>. Acesso em: 18 fev. 2018.

KIMURA L, ANGELI CB, AURICCHIO MT, FERNANDES GR, PEREIRA AC, VICENTE JP, et al. Multilocus family-based association analysis of seven candidate polymorphisms with essential hypertension in an African-derived semi-isolated Brazilian population. **Int J Hypertens**. 2012;1-9.

KIMURA L, RIBEIRO-RODRIGUES EM, DE MELLO AURICCHIO MT, VICENTE JP, BATISTA SANTOS SE, MINGRONI-NETO RC. Genomic ancestry of rural African-derived populations from Southeastern Brazil. **Am J Hum Biol**. 2013;25(1):35-41.

MALACHIAS MVB, SOUZA WKS, PLAVNIK FL, RODRIGUES CIS, BRANDÃO AA, NEVES MFT, et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. **Arq Bras Cardiol** 2016; 107(3Supl.3):1-83

MALTA DC, ANDRADE SS, STOPA SR, PEREIRA CA, SZWARCOWALD CL, SILVA JR JB, et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, abr-jun 2015; 24(2): 217-226.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE(OPAS). **Doenças crônicas não transmissíveis/Hipertensão Arterial. 2012.** Disponível em:https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=397:hipertensao-arterial&Itemid=463

SIAB- **SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. 2014.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>> . Acesso em: 26 jul. 2015.

VIGITEL BRASIL 2016. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** [Internet]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf> Acesso em 20/10/2017