

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

ALBERTO COSTA NEVES CANGUSSU

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SAGRADA FAMÍLIA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

2018

ALBERTO COSTA NEVES CANGUSSU

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SAGRADA FAMÍLIA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Ms. Zilda Cristina dos Santos

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

2018

ALBERTO COSTA NEVES CANGUSSU

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SAGRADA FAMÍLIA: UM PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Ms. Zilda Cristina dos Santos - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 23 de março de 2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que, de alguma forma, contribuíram para minha formação.

Aos mestres, pelo empenho em me aprimorar como profissional e estudante.

À minha família, pelo apoio incondicional, pela força, torcida e por estarem sempre comigo.

Dedico também aos meus pacientes, que apesar de todas as tribulações, fazem meu dia singular, tornam-me um ser humano melhor e me ensinam a ser paciente, gentil e, sobretudo, humano.

A minha tutora, em especial, por ter me capacitado, pelas críticas, sugestões e ensinamentos que me ajudaram a desenvolver uma análise profunda sobre o processo de aprendizagem

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Estratégia de Saúde da Família Sagrada Família por tudo que ela tem me proporcionado, pelas experiências, pelo acolhimento.

Agradeço também à minha equipe, que se desdobra todos os dias a fim de realizar uma saúde de qualidade.

Agradeço aos pacientes, por elogiarem e reconhecerem o trabalho realizamos.

Agradeço também à minha família por todo o suporte que me proporcionam.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é, normalmente, uma das doenças crônicas mais frequentes na atenção primária. Sua ocorrência se relaciona com uma história de hábitos de vida desregrados, etilismo, tabagismo, alimentação hipersódica e abuso de drogas. Assim, na comunidade Sagrada Família essa realidade se faz presente e se relaciona com os fatores de risco já mencionados. O objetivo geral deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção com o intuito de melhorar os elevados índices de Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia de Saúde Sagrada Família, em São Francisco, Minas Gerais. Na metodologia, a partir da estimativa rápida, pôde-se ter uma noção do principal problema de saúde da população estudada: a Hipertensão Arterial Sistêmica. Esse método é prático, tem baixo custo e não exige muito do aplicador. Ademais, foi feita revisão de literatura nas bases dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A Hipertensão Arterial Sistêmica é condição que propicia alterações orgânicas que pode gerar complicações micro e macrovasculares. Por ser doença de caráter, muitas vezes, assintomático, o paciente, geralmente, não entende a importância dos programas de prevenção gerenciados pela unidade e nem sempre adere ao tratamento. O plano operativo foi proposto no intuito de gerenciar um programa que fosse passível de exercê-lo pela equipe de saúde. A partir deste trabalho, foi possível identificar as causas da doença, os desafios a serem alcançados e, sobretudo, os resultados que se almeja chegar. O que se espera desse projeto é uma maior adesão da comunidade às medidas propostas pela ESF, uma maior responsabilidade da equipe com as metas a serem alcançadas e, também, o conhecimento da mesma sobre a doença e suas complicações para que fique clara a importância das atitudes de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Palavras Chave: Hipertensão. Tratamento. Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is usually one of the most frequent maternal forces in primary care. His story is related to a history of unruly lifestyle habits, alcoholism, smoking, hypersensitive eating, and drug abuse. Thus, in the Sagrada Família community this reality is present and is related to the risk factors already reached. The objective of this work was to elaborate an intervention project with the aim of improving the levels of development of Systemic Arterial Hypertension in Health Strategy of the Sagrada Família, in São Francisco, Minas Gerais. a notion of the main health problem of the study population: Systemic Arterial Hypertension. This method is practical, inexpensive and does not require much of the applicator. In addition, the literature review was carried out in the databases: Latin American and Caribbean Literature in Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). Systemic Arterial Hypertension is one that provides organic changes that can generate micro and macroscopic complications. Because it is a disease of character, often asymptomatic, the patient, in general, is not capable of behaving as a whole. The operational plan was proposed without the intention of developing a program that can be exercised by the health team. From this work, it was possible to identify as causes of the disease, the challenges achieved and, above all, the results that reached its soul. What is expected is most likely to be a family member most likely to find the best possible attitudes of disease prevention and health promotion.

Key words: Hypertension. Treatment. Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCV	Doença Cardiovascular
DHB	Diretriz Brasileira de Hipertensão
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAB	Habitante
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
KM	Kilômetro
LILACS	Índice da Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1: Priorização dos problemas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagrada Família, do município São Francisco, estado de 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 Sagrada Família, do município São Francisco, estado de 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 Sagrada Família, do município São Francisco, estado de Minas Gerais. 25

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1.	Breves informações sobre o município São Francisco – MG.....	11
1.2.	O sistema municipal de saúde	11
1.3.	A Equipe de Saúde da Família Sagrada Família, seu território e sua população. 12	
1.4.	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) 13	
1.5.	Priorização dos problemas	13
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	16
3.1.	Objetivo geral	16
3.2.	Objetivos específicos	16
4	METODOLOGIA	17
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1.	Estratégia de Saúde da Família	18
5.2.	Atenção Primária à saúde	19
5.3.	Hipertensão Arterial Sistêmica.....	19
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
6.3.	Descrição do problema selecionado.....	22
6.2	Explicação do problema selecionado.....	23
6.3.	Seleção dos nós críticos.....	23
6.4.	Desenho das operações	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1. Breves informações sobre o município São Francisco – MG

São Francisco foi um município fundado no fim do século XIX por Domingos do Prado e Oliveira, onde nasceu a Fazenda Pedras de Cima. Foi batizada por vários nomes, incluindo Pedras de Cima e Pedras dos Angicos. Logo, o que era fazenda se tornou vilarejo. Já foi incorporada ao município de Montes Claros. Em 1877, no dia 5 de novembro, pela Lei nº 2.416, recebeu o nome de São Francisco, deixando, assim, a categoria de vila e era a mais nova e bela cidade ribeirinha (IBGE, 2018)

A Prefeitura Municipal de São Francisco relata que, ainda hoje, a piscicultura é uma forma de comércio na cidade. Não obstante, esta fonte de renda se encontra ameaçada devido mudanças climáticas que culminaram com redução da quantidade de pesca anual. Além dessa área, há também a agropecuária e o comércio com cidades vizinhas(SÃO FRANCISCO, 2018).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontam que São Francisco possui um contingente populacional de quase 56.805 habitantes, com densidade demográfica de 16,27 hab/km². No século XIX, foi considerada cidade. Até 1990, a região possuía famílias de pescadores que sobreviviam da atividade laboral (IBGE, 2018)

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2018) confere que a principal forma de abastecimento de água potável é pela rede geral. Assim, a maioria das famílias realiza as atividades domésticas e individuais com água tratada, o que foi uma grande conquista para a região. Não obstante, a maioria dos moradores não tem acesso a redes de esgoto e utiliza a fossa rudimentar, o que é um prejuízo para a população já que é um fator de risco para o aumento de verminoses que gera prejuízos a saúde, principalmente, de idosos e infantes.

1.2. O sistema municipal de saúde

O sistema de saúde de uma cidade deve contar, pelo menos com a atenção primária, na medida em que a partir dela é possível referenciar o paciente. A atenção primária é importante, já que ela consegue solucionar mais de 70% das queixas de saúde de sua população, além das atividades educativas que propiciam maior conhecimento da população

sobre os fatores de risco de determinadas patologias e os modos de prevenção. A integração das redes de serviço permite um atendimento mais prático, dinâmico e especializado com o retorno do paciente a unidade principal e maior relação entre os profissionais de saúde de diferentes atenções.

Conforme o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2018), sobre o sistema municipal de saúde, São Francisco possui: um centro de atenção psicossocial, 10 centros de saúde (Unidades Básicas de Saúde), dois consultórios isolados, um Hospital geral, quatro Postos de Saúde, duas Unidades de serviço de apoio, diagnóstico e terapia, uma Unidade de vigilância em saúde. Dessas 21 unidades, 17 são filantrópicas ou públicas e quatro são privadas. O município referencia pacientes para o polo de Montes Claros, já que possui atenção terciária. Os principais pacientes referenciados são encaminhados à Cirurgia geral, à oncologia e à oftalmologia.

1.3. A Equipe de Saúde da Família Sagrada Família, seu território e sua população.

A ESF Sagrada Família atende uma comunidade de 3697 habitantes. Ela se localiza na periferia de São Francisco. Ela foi inaugurada há 5 anos. Possui adaptações básicas para realizar atendimentos. O local é novo, mas nem tudo é bem conservado. O espaço físico é muito bem aproveitado. As reuniões com a equipe são realizadas no quintal. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas na Paróquia da Igreja Católica da Comunidade. A população tem muito apreço pela ESF devido boa relação da equipe. Os seis agentes de saúde atendem a seis microáreas, sendo que cada agente é responsável por sua microárea (ESF SAGRADA FAMÍLIA, 2018)

A ESF funciona das 7 às 11 e das 13 às 17. A enfermeira faz um trabalho essencial na ESF, na medida em que é ela quem ajuda a definir as metas e verificar se o processo de trabalho está funcionando de maneira adequada. Assim, cada ACS é responsável por sua microárea e, dessa forma, eles se organizam na realização das visitas domiciliares. A comunidade solicita que estenda o atendimento até o sábado pela manhã, na medida em que há muitas pessoas que trabalham no horário que a Unidade funciona. Já colocamos isso em reunião, mas, infelizmente, não pudemos levar em frente, porque nem todos os membros da equipe tem disponibilidade de horário (ESF SAGRADA FAMÍLIA, 2018)

A equipe demanda maior tempo nos atendimentos. Ademais, busca-se sempre realizar os grupos operativos, já que se percebeu que a realização destes tem mudado os indicadores de saúde da população atendida. Tenta-se, nas reuniões, abordar os temas relacionados à população de forma mais ampla com a finalidade de capacitar a equipe e realizar uma análise mais holística da situação.

Desse modo, conclui-se que a equipe de saúde é bem atuante, uma vez que todos trabalham a fim de ofertar saúde de qualidade para a população. A boa relação com a comunidade facilita a adesão às medidas propostas pelos profissionais. A equipe realiza um bom trabalho, não obstante, sabe-se que este ainda é insuficiente e muito mais deve ser feito pela comunidade.

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

Realizou-se a estimativa rápida (CAMPOS;FARIA;SANTOS, 2010) e, a partir dela, elencaram-se os principais problemas da comunidade em ordem decrescente: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, portadores de feridas crônicas, tabagismo e etilismo.

1.5. Priorização dos problemas

Quadro 1: Priorização dos problemas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagrada Família, do município São Francisco, estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância	Urgência (0-10)	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	10	Parcial	1
Diabetes Mellitus	Alta	9	Parcial	2
Portadores de feridas crônicas	Média	7	Parcial	3
Tabagismo	Média	6	Mínima	4
Etilismo	Média	4	Mínima	5

*Alta, média ou baixa

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

***Total, parcial ou fora.

A HAS tem importância alta porque é doença que gera prejuízos sociais e econômicos, e perda da qualidade de vida e onera os sistemas de saúde. A urgência é 10 pois foi definido como maior problema da comunidade. A capacidade de enfrentamento é parcial, uma vez que não é responsabilidade apenas da ESF de resolver esse impasse, mas também da sociedade e dos órgãos públicos relacionados com assistencial social, saúde especializada e educação.

O Diabetes Mellitus tem importância alta porque provoca danos a saúde do paciente, como o aumento do risco cardiovascular. A urgência é 9 pois é o segundo maior problema da comunidade. A capacidade de enfrentamento é parcial pois não é responsabilidade apenas da ESF o aumento no número de diabéticos, mas também da sociedade e dos órgãos públicos.

As feridas crônicas servem como entradas de patógenos e, se não tratadas devidamente, podem gerar sepse, necrose e até mesmo perda do membro. Sendo assim, a importância é média porque gera danos a saúde do paciente com risco de sequelas. A urgência é 7 pois não é o maior problema da comunidade. A capacidade de enfrentamento é parcial, pois não é responsabilidade apenas da unidade de saúde.

O tabagismo está relacionado com diversos tipos de doenças, dentre elas, o câncer da cavidade oral, impotência sexual e alterações cardiovasculares. A importância é média, pois, a curto e longo prazo, gera riscos para a saúde do paciente. A urgência é 6 pois não é o maior problema da comunidade. A capacidade de enfrentamento é mínima, já que não é responsabilidade apenas da unidade de saúde.

O etilismo gera diversos transtornos familiares e sociais quando crônico. O etilista inveterado é fator de risco para insuficiência familiar, câncer do trato gastrointestinal, além de transtornos psicossomáticos. A importância é média, pois, a curto e longo prazo, gera riscos para a saúde do paciente. A urgência é 4, já que não é o maior problema da comunidade. A capacidade de enfrentamento é mínima, pois não é responsabilidade apenas da unidade de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Conforme Jardim et al. (2007), a mudança do estilo de vida, a realização de ações que visem à prevenção de fatores de risco e o tratamento de comorbidades que geram o aumento do risco cardiovascular, são atitudes que mudam a história clínica do paciente com hipertensão arterial e possibilita um melhor prognóstico.

E é por isso que este projeto é importante, na medida em que se percebe que a educação em saúde é o primeiro passo quando se pretende alcançar metas relacionadas a doenças crônicas. A comunidade atendida pela ESF Sagrada Família, em São Francisco, é carente não apenas em nível de escolaridade, saúde e alimentação, mas, sobretudo de conhecimento.

Fuchset *al.* (1995) relatam que a elevação da pressão arterial guarda relação com o risco cardiovascular e outras alterações orgânicas. Assim, pacientes com HAS apresentam como complicações doenças sistêmicas como as doenças cardiovasculares, insuficiência renal e doenças oftalmológicas.

O que Fuchset *al.*(1995) ressaltaram em seu trabalho também é visto na comunidade. As sequelas decorrentes de doenças crônicas, sobretudo a mais comum, as sequelas da HAS são notórias. Assim, ratifica-se a essencialidade desse projeto de intervenção em que se almeja o controle da doença pela maior adesão ao tratamento com mudanças do estilo de vida, isto é, a regularização da dieta com perda de peso e combate a inatividade física. Atualmente, este problema se tornou prioridade na ESF. Busca-se trabalhar com atitudes de prevenção, controlando os fatores de risco.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção com o intuito de melhorar os elevados índices de prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na ESF, Sagrada Família, em São Francisco, Minas Gerais.

3.2. Objetivos específicos

Capacitar a equipe para um melhor acolhimento dos hipertensos, permitindo a manutenção do tratamento.

Orientar a população dos agravos possíveis do não controle dos níveis pressóricos, através de reuniões, atendimentos e visitas domiciliares.

Realizar ações preventivas com os pacientes diagnosticados com HAS a fim de retardar as sequelas da doença.

4 METODOLOGIA

O principal foco deste trabalho é o Projeto de Intervenção. Esse projeto tem como fundamento a mudança da realidade não apenas da comunidade, mas também da equipe de saúde. Assim, buscar-se-á o aprimoramento da equipe de saúde, através do conhecimento dos principais pontos relacionados à HAS, como também a mudança do estilo de vida da comunidade, através de ações em saúde voltadas para esse grupo.

Definiu-se o principal problema da comunidade pelo método estimativa rápida. O método possibilitou que o processo fosse ágil. Esse processo foi realizado por quatro dos seis Agentes Comunitários de Saúde que visitaram as famílias. Assim, possibilitou confirmar a HAS como o maior impasse da população estudada.

O projeto de intervenção foi proposto com base em Campos, Faria e Santos (2010). Seguiu-se os passos definidos pelos autores o que possibilitou uma maior organização desse processo e, ao final, uma melhor visualização do que será trabalhado na comunidade. Descreveu-se e explicou-se o problema a fim de expor a realidade da população para que se pudesse entender o processo. Dois nós críticos foram estabelecidos o que se pôde fixar os impasses que geram o descontrole do problema. O desenho das operações foi um passo que precisou os recursos, os resultados e produtos. Na análise da viabilidade, indicou-se os provedores para a realização do processo. A elaboração do plano operativo finalizou o projeto.

Fez-se revisão de literatura em que se deliberou sobre o papel da ESF no controle dessa patologia, a atuação da atenção primária, aprofundando-se também no estudo da HAS. As citações mais antigas são de artigos de 1995. A busca dos artigos se deu nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências (LILACS) e da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) por meio dos descritores: Hipertensão, Tratamento e Atenção Primária em Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1. Estratégia de Saúde da Família

Santos e Lima (2008) consideram que a Hipertensão Arterial Sistêmica possui diversas etiologias o que aumenta o risco cardiovascular, podendo ocasionar em doenças cardiovasculares e metabólicas. Isso pode gerar desordens orgânicas, por isso, a HAS é considerada doença sistêmica. É a principal doença crônica no Brasil e responde por 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% das ocorridas por doença arterial coronariana.

Rabetti e Freitas (2011) concordam que o Sistema Único de Saúde (SUS) sempre passou por dificuldades relacionadas a seus serviços atribuindo a responsabilidade disso os poucos recursos destinados a essa área. A atenção primária surgiu como uma solução a fim de solucionar problemas e desabastecer os outros níveis de saúde, que se encontravam saturados.

Boing e Boing (2017) relatam que, dessa maneira, a HAS é importante problema da atenção primária. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus no Brasil veio como forma de reduzir o impacto dessa doença nos cofres públicos e como forma de contornar essa patologia. Assim, a partir desse plano, realizou-se a capacitação de profissionais de saúde, definiu-se normas e metas e promoveu-se a aquisição de medicações de uso contínuo além de atividades educativas.

Piccini et al. (2006) consideram que há necessidade da atualização dos profissionais da atenção primária acerca das doenças crônicas. Ademais, esse serviço deve prestar atendimento visando a garantia de adesão ao tratamento e o diagnóstico precoce, ofertando qualidade no atendimento sem deixar de frisar as ações educativas em saúde.

5.2. Atenção Primária à saúde

.Paulo (2000) refere que a promoção da saúde, dentro da atenção primária, tem como função estratégica o enfrentamento dos diversos problemas de saúde que afeta sua comunidade. Assim, os profissionais devem ter uma noção holística sobre o processo saúde-doença e dos fatores que os condicionam. Assim, há aquisição de saberes populares e técnicos.

Carmem (2011) considera que a atenção primária é essencial quando se visa o cuidado da saúde da comunidade. Ela se baseia em técnicas e metodologias relacionadas com ciência e sociedade. Ademais, sua simplicidade permite o alcance da saúde por grande parte da comunidade, o que facilita a sua relação com a população adscrita.

Paulo (2000) estabelece que os profissionais da equipe de saúde na atenção primária possuem grande responsabilidade com a população adscrita. Seus principais deveres são: elaborar políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis a saúde, realizar ações comunitárias, desenvolver habilidades pessoais e reorientar o sistema de saúde.

Carmem (2011) ressalta que a atenção primária representa uma atenção ambulatorial não especializada que é oferecida pelas unidades de saúde. Essas unidades são bastante diversificadas, possuindo baixa densidade tecnológica. Sabe-se também que a atenção primária é quem tem o primeiro contato com pacientes, possuindo alta capacidade para a resolução dos problemas por eles apresentados.

5.1. Hipertensão Arterial Sistêmica

A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) traz que a HAS possui alta prevalência e baixo controle. Ela é fator de risco para diversas doenças, representando um impasse para a saúde pública. O risco cardiovascular se relaciona com HAS, aumentando com a elevação da pressão arterial. Em 2001, houve 7,6 milhões de mortes no mundo que se relacionaram com a HAS, sendo 54% desses óbitos por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração.

Guset al.(2004) consideram que o envelhecimento populacional já é uma evidência no país que se relaciona com doenças crônico-degenerativas, entre elas, as doenças cardiovasculares. No fim do século passado, as principais causas de óbitos em idosos se relacionavam com doenças do aparelho cardiovascular. Assim, a HAS é importante fator de risco modificável. As ações preventivas realizadas, principalmente, na atenção primária são evidências que ratificam o processo de prevenção no controle da doença.

Andrade e Fernandes (2016) confirmam que a hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública da atualidade. Possui prevalência maior que 22,7% em indivíduos maiores de 18 anos. É fator de risco para doenças cardiovasculares e foi a primeira causa de morte no Brasil em 2008.

Passos, Assis e Barreto (2006) consideram que a prevalência da hipertensão no Brasil varia entre as diferentes regiões, chegando a 40,3% na Região Nordeste, 37,9% na Região Sudeste, 27,1% na Região Sul e 16,75% na Região Centro-Oeste. A epidemiologia é fonte não apenas de conhecimento sobre populações atingidas pela HAS, mas também como forma de controle e análise de resultado das ações propostas.

Na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão encontra-se que a maioria das mortes por HAS ocorrem em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em pessoas com 45 e 69 anos. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007, houve 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 e 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Gus; *et al.* (2004) consideram que as doenças cardiovasculares representam importante causa de morte no Brasil, chegando a quase um terço. Essa consideração reflete a importância da atenção primária nas atividades de prevenção de doenças crônicas que são fatores de risco para essa condição.

Souza; *et al.* (2007) relatam que a doença cardiovascular é a principal causa de morte das sociedades ocidentais. A hipertensão é uma das três principais doenças responsáveis pela morte cardiovascular. Essa progressão da ocorrência de doenças cardiovasculares implica na necessidade do desenvolvimento e implementação de estratégias populacionais de prevenção dos múltiplos fatores de risco.

Gus, Fischmann e Medina (2002) consideram que a doença arterial coronariana tem como fatores de risco a hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, diabetes mellitus e antecedentes familiares. O conhecimento dos fatores de risco possibilita intervenções direcionadas com programas de prevenção primária e secundária.

Rosário; *et al.*(2009) relatam que é importante controlar a hipertensão arterial para a reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular. Apesar de tecnologias em relação ao tratamento, isso pouco tem contribuído para melhorar as taxas de controle da doença. Apenas um terço da população hipertensa tem os níveis pressóricos controlados.

Andrade; *et al.*(2002) referem que a não aderência ao tratamento é um impasse que dificulta estudos relacionados a avanços no tratamento. As pessoas que mantêm pressão controlada, são aquelas que aderem ao tratamento. Assim, aqueles pacientes que não realizam

o tratamento são os de maior preocupação da ESF, pois tem maior risco cardiovascular e estão dentro dos fatores de risco para doença renal, acidente cardiovascular encefálico e infarto agudo do miocárdio.

Lyra Júnior; et al. (2006) estabelecem que a adesão terapêutica depende da relação do paciente com a equipe de saúde. A não adesão ao tratamento é problema multifatorial, que sofre influência de aspectos como idade, sexo, doenças pregressas, nível cognitivo, efeitos adversos, iatrogenia e o papel da equipe, isto é, a relação de confiança depositada pela equipe no cuidado ao paciente.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção é voltada tanto para os pacientes, quanto para a equipe. Em relação aos pacientes, há necessidade de ensiná-los a se alimentarem melhor, dos benefícios relacionados a essa nova postura. Assim, a dieta baseada em consumo regular de frutas, verduras, carboidratos complexos, fibras e evitar consumo excessivo de sal, principalmente através de produtos industrializados, são vertentes que deve ser colocada em pauta. Ademais, o tratamento medicamentoso deve ser realizado conforme prescrição médica. É preciso que o paciente elabore rotina que favoreça o não esquecimento. É necessário que ele conheça os efeitos colaterais e do benefício da medicação para melhor aceitação.

A equipe deve estar preparada para intervenções e atividades educativas. É preciso que ela tenha noção das principais patologias da Unidade, isto é, da epidemiologia, fatores de risco, fisiopatologia e ações preventivas. Assim, os ACS devem realizar atividades de fiscalização, isto é, verificar se o paciente está seguindo as recomendações médicas.

O projeto foi programado a partir do diagnóstico situacional da ESF. Utilizou-se a estimativa rápida e os ACS tiveram papel fundamental, na medida em que, eles quem colheram todos os dados. A partir disso, selecionou-se os principais problemas e elencou-se como o maior a Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.1. Descrição do problema selecionado

A ESF Sagrada Família atende 312 hipertensos. Sobre os fatores de risco que se relacionam com a alta quantidade de hipertensos na comunidade, destacam-se: a baixa escolaridade da população, pois mais da metade dos hipertensos tem apenas o ensino fundamental o que dificulta o conhecimento da doença, a importância do controle e outras noções básicas que são mais passíveis de entendimento em indivíduos escolarizados. A idade é outro fator que se relaciona. A doença ocorre mais em pessoas acima dos 60 anos, mais de 50% dos hipertensos tem mais de 60 anos. Outro fator é o sexo. O sexo masculino teve maior prevalência em nossa comunidade, em contraponto ao sexo feminino. Ademais, ocorre com mais frequência nos sobrepesos da comunidade.

6.2 Explicação do problema selecionado

Percebe-se em nossa comunidade uma relação estrita entre hábitos alimentares e gerais com doenças crônicas, incluindo a HAS que é o foco deste trabalho. Deste modo, este problema tem maior prevalência em pessoas com dietas ricas em sal, conservantes, principalmente os alimentos industrializados. Nota-se também que a maioria dos pacientes com HAS não possuem o hábito de realizar pelo menos três atividades físicas semanais. Ademais, há dificuldade de adesão ao tratamento não medicamentoso. A perda de peso, prática de atividades, consumo de água e dieta balanceada são medidas que geram um transtorno para os membros da equipe, já que há adesão apenas por uma parcela mínima dos hipertensos.

6.3 Seleção dos nós críticos

Como fatores responsáveis pela HAS, elencam-se os nós críticos:

1. Pouco entendimento dos membros da equipe sobre a HAS.
2. Baixa adesão ao tratamento não medicamentoso.

6.4 Desenho das operações

O desenho das operações é fundamental, na medida em que se define o que se pode fazer pela comunidade. Além disso, pode-se estimar os custos e os resultados a longo prazo. Quando se realiza ações programadas, tem-se a possibilidade de intervir se o projeto não alcançar os objetivos propostos inicialmente. A equipe intitulou como maior problema da Comunidade a HAS.

Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagrada Família, do município São Francisco, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Pouco entendimento dos membros da equipe sobre a HAS.
Operação	Capacita Saúde
Projeto	Ministrar cursos específicos para a ESF, a fim de que os profissionais possam ter conhecimento sobre os principais problemas da Comunidade.
Resultados esperados	Maiores ações educativas voltadas para Comunidade por profissionais mais seguros.
Produtos esperados	Produção de palestras, visitas informativas pela equipe, grupos operativos voltados para HAS
Recursos necessários	Organizacional: organizar agenda de acordo com os horários da equipe. Cognitivo: Linguagem simples e dinâmica com os usuários hipertensos. Político: Necessário apoio da Administração para prover recursos e locais. Financeiros: Recursos para panfletos, notebook, papel, canetas.
Recursos críticos	Financeiros: Recursos para panfletos, notebook, papel, canetas.
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde
Ações estratégicas	Apresentar o projeto
Prazo	Até junho de 2018
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Membros da comunidade, equipe de saúde e secretário de saúde
Processo de	O processo de monitoramento ocorrerá por 2 anos através de

monitoramento e avaliação das operações	consultas ao prontuário dos pacientes e visitas a informantes chave que poderão ser realizadas por pessoas selecionadas pelo secretário de saúde.
--	---

Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagrada Família, do município São Francisco, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixa adesão ao tratamento não medicamentoso.
Operação	Mais Vida
Projeto	Prover meios de incentivar paciente a manter hábitos saudáveis, indicando, por exemplo, os benefícios dos alimentos e os risco do sedentarismo.
Resultados esperados	Maiores ações educativas voltadas para Comunidade por profissionais mais seguros.
Produtos esperados	Redução das sequelas da HAS, redução de doenças crônicas, melhor controle da HAS
Recursos necessários	Organizacional: organizar agenda de acordo com os horários da equipe Cognitivo: Linguagem simples e dinâmica com os usuários e familiares. Político: Necessário apoio da Administração para prover recursos e locais. Financeiros: Recursos para panfletos, notebook, papel, canetas.
Recursos críticos	Financeiros: Recursos para panfletos, notebook, papel, canetas.
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde

Ações estratégicas	Apresentar o projeto
Prazo	Até junho de 2018
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O processo de monitoramento ocorrerá por 2 anos através de consultas ao prontuário dos pacientes e visitas a informantes chave que poderão ser realizadas por pessoas selecionadas pelo secretário de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser a HAS uma doença de prevalência mundial há muitos estudos acerca dessa patologia. A manutenção de baixos níveis pressóricos ainda não é a realidade neste momento. Isso se deve, no caso da ESF Sagrada Família, em São Francisco, pela baixa escolaridade da população que interfere no conhecimento sobre as sequelas advindas do não controle da doença. Além disso, há não entendimento sobre a importância da perda de peso quando se deseja alcançar os níveis pressóricos estabelecidos pelas diretrizes do Ministério da Saúde e o papel da atividade física, não apenas no controle da doença e prevenção de sequelas, mas também como atividade de bem estar para o paciente.

Diante desse panorama, nota-se a importância da educação em saúde. E para se ter educação em saúde, é necessário o preparo de todos os membros da equipe, já que não é apenas papel do médico ter conhecimento de aspectos sobre a doença. Cada profissional pode exercer educação em saúde tendo conhecimento de aspectos básicos da doença para que possa ser passado para a população. O médico de família e comunidade com sua equipe devem acompanhar, orientar e tratar tanto com medidas não farmacológicas quanto as medicamentosas. A equipe deve ser atuante no processo de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Medidas como mudanças comportamentais, interrupção do tabagismo, evitar o consumo de bebidas alcoólicas, e tomar os medicamentos na dose e nos horários estabelecido são primordiais.

Espera-se com este estudo uma maior adesão ao tratamento das pessoas hipertensas da comunidade. Sabe-se que a boa relação com o paciente, respeitando seus conceitos e visões sobre a doença é fundamental para a relação de confiança com a equipe. Almeja-se que os pacientes realizem mais atividades físicas, que mantenham dieta rica em frutas, verduras e carnes magras, possibilitando a perda de peso e que também reduzem o consumo de sal. Para a equipe de saúde, o alcance das metas e a mudança da mentalidade da população acerca de práticas indevidas é o maior ganho que se pode ter quando se trabalha na atenção primária.

REFERÊNCIAS

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

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

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-DATASUS2018 Disponível em: ><http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>> acesso em 16 de janeiro de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **IBGE @cidades**,2018. Disponível em ><https://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=316110&search=||info%Elficos:-hist%F3rico>> acesso em 16 de janeiro de 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.

CARMEM, L. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p. 867-874, 2011.

COSTA, J. A.; *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência e Saúde coletiva**. vol. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

FUCHS, F. D.*et al.*PrevalenceofSystemic Arterial Hypertensionand Associated Factors in theUrbanRegionof Porto Alegre. Estudo de Base Populacional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, vol. 63, n. 6, p. 473-479, 1995.

GUS, I.;*et al.* Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 5, nov. 2004.

GUS, I., FISCHMANN, A. , MEDINA, C. Prevalência dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. **ArqBrasCardiol**, v. 78, n. 5, p. 478-483, 2002.

JARDIM, P. C. B.; *et al.* Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, vol. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

LYRAJUNIOR, D. P. .; et al. A farmacoterapia no idoso: Revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 428-34, 2006.

PAULO, M. B. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e saúde coletiva**. v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv.Saúde**, v.15, n.1, Brasília,2006.

PICCINI, R. X.;*et al.*Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em Hipertensão Arterial Aistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 258-68, 2011.

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

SANTOS, Z.M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da Hipertensão Arterial em trabalhadores: análises das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 90-97, 2008.

SÃO FRANSCICO. **Prefeitura Municipal de São Francisco**. 2018. Disponível em: <http://www.prefeituradesaofrancisco.mg.gov.br/>. acesso em 16 de janeiro de 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

SOUZA, A. R. A.; *et al.* Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **ArqBrasCardiol**, v. 88, n. 4, p. 441-446, 2007.

VIGO, K. O.; et al. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. **Acta Paul Enferm**. v. 19, n. 3, p. 296-303, 2006.