

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

GLAUCIO KENIO DE OLIVEIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
JOANA D'ARC, LAGOA SANTA, MINAS GERAIS**

LAGOA SANTA/ MINAS GERAIS

2019

GLAUCIO KENIO DE OLIVEIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
JOANA D'ARC, LAGOA SANTA, MINAS GERAIS**

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.

Orientador:

LAGOA SANTA/ MINAS GERAIS

2019

GLAUCIO KENIO DE OLIVEIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
JOANA D'ARC, LAGOA SANTA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a).

Examinador 2 – Professor(a). Nome - Instituição

Aprovado em de de 2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que, de alguma forma, contribuíram e contribuem para meu desenvolvimento como profissional médico e pessoa.

À minha família, pelo apoio, carinho e por sempre acreditarem em mim. Aos meus amigos, pelas palavras de encorajamento. À minha equipe, pelas ajudas constantes nos levantamentos de dados. E aos meus orientadores por tornar este projeto possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo apoio e suporte. Agradeço também minha equipe de saúde, pois sem eles nada disso seria possível. Minha equipe é empenhada e zelosa com a comunidade o que torna para mim um privilégio trabalhar com eles.

Agradeço também à comunidade, por ter me acolhido tão bem, pelos momentos de descontração e pela confiança no trabalho da minha equipe de saúde.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica que responde por diversos problemas cardiovasculares como, insuficiência cardíaca, Infarto agudo do miocárdio, além de problemas renais, como insuficiência renal e ainda sistêmicos, como hepatomegalia, turgência jugular e edema agudo de pulmão. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Joana D'arc este é o principal problema da população que leva a complicações orgânicas, econômicas e sociais. Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para acompanhamento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na UBS Joana D'arc, em Lagoa Santa, Minas Gerais. A partir do diagnóstico situacional, identificou-se como problema principal a HAS, já que de cada 10 habitantes, 3 são portadores da patologia. Ela se relaciona com outras comorbidades como, Índice de Massa Corporal (IMC) elevado, aumento da circunferência abdominal, glicose elevada ou Diabetes Mellitus (DM) diagnosticada, conferindo, de certa forma, a síndrome metabólica. Para o projeto de intervenção utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), realizando-se, também, uma revisão da literatura sobre HAS, papel da atenção primária e DM, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo, dentre outras que embasou este projeto reafirmando sua necessidade na comunidade. Espera-se um maior controle desta patologia e uma melhor abordagem pela equipe de saúde.

Palavras Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Sistema Único de Saúde, Tratamento.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a chronic disease that responds to several cardiovascular problems such as heart failure, acute myocardial infarction, kidney problems, and renal systemic problems such as hepatomegaly, jugular swelling and acute pulmonary edema. In the Basic Health Unit (UBS) Joana D'arc this is the main problem of the population that leads to organic, economic and social complications. This Course Completion Work (CBT) aims to develop an intervention project to monitor and control Systemic Hypertension (SBH) at UBS Joana D'arc, in Lagoa Santa, Minas Gerais. From the situational diagnosis, SA was identified as the main problem, since of every 10 inhabitants, 3 are carriers of the pathology. It is related to other comorbidities such as elevated Body Mass Index (BMI), increased waist circumference, elevated glucose or diagnosed Diabetes Mellitus (DM), conferring, to some extent, the metabolic syndrome. For the intervention project, the Strategic Situational Planning (PES) was used, and a review of the literature on SAH, the role of primary care and DM was also carried out in the following databases: Virtual Health Library, Scielo, among others who supported this project by reaffirming their need in the community. Greater control of this pathology is expected and a better approach by the health team. Key words: Systemic Arterial Hypertension, Single Health System, Treatment.

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
SUS	Sistema Único de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Priorização dos problemas da UBS Joana D’arc em Lagoa Santa, Minas Gerais.	14
Quadro 2 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hipertensão”, na população sob responsabilidade da UBS Joana D’arc, em Lagoa Santa, Minas Gerais.	24
Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hipertensão”, na população sob responsabilidade da UBS Joana D’arc, em Lagoa Santa, Minas Gerais.	26

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. Aspectos gerais do município de Lagoa Santa.	11
1.2. Aspectos da Comunidade	11
1.3. O sistema municipal de saúde.....	12
1.4. A Unidade Básica de Saúde Joana D’arc.....	12
1.5. A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Joana D’arc	13
1.6. O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Joana D’arc.....	13
1.7. O dia a dia da equipe	14
1.8. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e comunidade (primeiro passo)14	
1.9. Priorização dos problemas – a seleção do problema para o plano de intervenção (segundo passo)	14
2. JUSTIFICATIVA.....	17
3. OBJETIVOS.....	18
3.1. Geral.....	18
3.2. Específicos.....	18
4. METODOLOGIA	19
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
5.1. Estratégia de Saúde da Família	20
5.2. Atenção Primária à saúde	20
5.3. Hipertensão Arterial Sistêmica.....	21
5.4. Diabetes Mellitus.....	22
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
6.1. Descrição do problema selecionado.....	23
6.2. Explicação do problema selecionado.....	23
6.5. Seleção dos nós críticos.....	24
6.6. Desenho das operações	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

1.1. Aspectos gerais do município de Lagoa Santa.

Consoante ao IBGE (2018), o município de Lagoa Santa possui 52.520 pessoas. Com densidade demográfica de 229,08 hab/km². O salário médio dos habitantes é de 2,5 salários mínimos. Menos das metade das famílias recebem meio salário mínimo por pessoa. Sobre a educação a rede pública de ensino alcançou 6,3 no IDEB. Em 2010, a evasão escolar entre crianças de 6 a 14 anos foi de 3%. Sobre a saúde a taxa de mortalidade é de 9,49 para mil nascidos.

A prefeitura de Lagoa Santa (2018) confere que o primeiro povoado de Lagoa Santa data de 1749. Foi intitulada como Patrimônio Histórico e Paisagístico, em 2001 pelo Decreto n°234, o que conferiu à cidade um viés turístico e que garante proteção aos espaços públicos naturais, como as grutas e cachoeiras. A cidade conta com parques e museus arqueológicos o que fortalece ainda mais o turismo na região.

O IBGE (2018) refere que em relação a rede de esgoto e saneamento básico, a cidade contém apenas 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 o que é uma parcela muito pequena, não apenas por ser uma cidade turística, mas pela própria questão de saúde e segurança para a população.

1.2. Aspectos da Comunidade

A comunidade Joana D'arc possui por 3003 pessoas. Sua localização é em área urbana. É uma área de múltiplas carências. A população é simples, de baixa escolaridade e de poucos recursos tendo a UBS como subterfúgio em relação à saúde em todas as formas de apresentação. A população valoriza muito o trabalho da equipe o que facilita muito no acolhimento, práticas realizadas, continuidade e adesão ao tratamento. O papel dos agentes de saúde é essencial. Ele são os mais próximos da comunidade o que facilita a proximidade da UBS com a comunidade.

1.3. O sistema municipal de saúde

ATENÇÃO PRIMARIA: UBS e ESF que a cidade possui.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA: Hospitais

ATENÇÃO DE URGENCIA E EMERGENCIA: Hospitais

ATENÇÃO HOSPITALAR: Hospitais Municipais

APOIO DIAGNÓSTICO: Clínicas especializadas e laboratórios

ASSISTENCIA FARMACEUTICA: Farmácia popular e básica, além de farmácias privadas.

VIGILANCIA DA SAÚDE: ESF, Vigilância epidemiológica e sanitária.

RELAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO: Através das Redes de Atenção em Saúde (RAS)

RELAÇÃO COM OUTROS MUNICIPIOS: Referencia pacientes e recebe também de outros municípios. Não é município pólo. Conta apenas com atenção primária, secundária e terciária. Para atenção quaternária como grandes cirurgias, pacientes oncológicos dentre outros referencia-se para Belo Horizonte.

CONSÓRCIO DE SAÚDE:

MODELO DE ATENÇÃO: Assistencial.

1.4. A Unidade Básica de Saúde Joana D'arc

A ESF Joana D'arc, foi inaugurada há 4 anos. Atendo como médico na unidade há 1 ano. Apesar do pouco tempo, conheço bem a população. A UBS funciona em uma casa alugada de 7 cômodos, contendo 2 consultórios, um para o médico, o outro da enfermeira. Há também a farmácia e a sala de vacinas/curativos. A unidade é bem estruturada, nova, o que a torna bem convidativa e agradável de

trabalhar. Há espaço para realização dos grupos operativos o que facilita em muito nosso trabalho.

1.5. A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Joana D'arc

A equipe é formada:

Gláucio Kenio de Oliveira, médico, casado, 49 anos. Está na ESF há 1 ano.

K.R.E. , 39 anos, enfermeira formada há 5 anos. Está na ESF há 2 anos e meio.

G.D.A. , 40 anos, técnica de enfermagem, integra a equipe há 8 meses.

P.S.S. , 45 anos, ACS, casado, fundamental completo.

P.T.A. , 31 anos, ACS, união estável.

A.C.V. , 50 anos, ACS, união estável., fundamental completo.

J.L.O. , 58 anos, casada, ACS, união estável. ensino médio.

I.R.E.B. , 47 anos, casada, ACS, casado.

O.P.T.R. , 33 anos, ACS, casado.

1.6. O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Joana D'arc

A ESF funciona das 7 às 12 e das 13 às 16.30hs. Cada membro tem sua função na unidade. Eu e a enfermeira fazemos os atendimentos. Normalmente, atendo mais, de cada 15 pacientes, ela atende uma média de 3 e eu 12 pacientes, visto que ela também realiza um trabalho administrativo na unidade. A técnica de enfermagem realiza vacinas, auxilia nos curativos, faz visitas domiciliares, junto comigo e a enfermeira e também ajuda nos grupos operativos que realizamos. Os ACS fazem visitas domiciliares, agendam consultas, vigia os grupos de risco da comunidade, dentre outras funções.

1.7. O dia a dia da equipe

A equipe realiza 20 atendimentos diários. O acolhimento é realizado pela manhã. No período da tarde, os atendimentos são voltados para os casos agendados. A equipe demanda maior tempo no acolhimento, pela manhã, período em que a unidade fica bastante cheia, principalmente por crianças com queixas respiratórias. . Ademais, busca-se sempre realizar os grupos operativos, educação em saúde e palestras em escolas.

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

Após a estimativa rápida, definiu-se os principais problemas da comunidade. Sendo eles:

Quadro 1: Estimativa rápida dos problemas de saúde da UBSJoana D'arc

HAS
Diabetes Mellitus
Lombalgia
Depressão

1.9. Priorização dos problemas – a seleção do problema para o plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 2 : Priorização dos problemas da UBSJoana D'arc

Principais problemas	Impo rtância	Urg ência (0-10)	Capacida de de enfrentamento	S eleção
HAS	Alta	10	Máxima	1
Diabetes Mellitus	Alta	8	Máxima	2
Lombalgia	Média	8	Parcial	3
Depressão	Média	8	Parcial	4

Fonte:

*Alta, média ou baixa

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

***Total, parcial ou fora.

HAS é caracterizada pela pressão arterial sistólica (em momento de contração) maior ou igual a 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e diastólica (de dilatação) maior ou igual a 90 mmHg. Entre as causas externas para essa enfermidade estão predisposição hereditária, idade (envelhecimento), etnia (negros são mais propensos a serem hipertensos) e peso (obesidade é um fator de risco). Falta de exercícios físicos, má alimentação, consumo excessivo de sal e de álcool, tabagismo e estresse são fatores internos que favorecem o desenvolvimento da hipertensão.

A diabetes mellitus é uma doença caracterizada pelo excesso de açúcar no sangue, devido à atuação ineficaz da insulina, que é o hormônio responsável por baixar a glicemia no sangue. O paciente com diabetes mellitus tem de fazer o teste de glicemia para saber o valor de açúcar no sangue que não deve ser superior a 126 mg/dL em jejum e, o tratamento inclui o uso de remédios, como antidiabéticos orais ou insulina, prática de exercício físico e alimentação adequada. Existem fatores que aumentam o risco de uma pessoa desenvolver diabetes mellitus, como ter idade superior a 45 anos, obesidade, hipertensão, colesterol elevado ou historial familiar de diabetes, por exemplo.

A dor lombar é causada por uma lesão em um músculo (tensão) ou ligamento (entorse). As causas comuns incluem levantamento impróprio, má postura, falta de exercícios físicos regulares, fratura, disco rompido ou artrite. Geralmente, o único sintoma é a dor na lombar. A maioria das dores lombares desaparece sozinha dentro de duas a quatro semanas. Fisioterapia e analgésicos podem ajudar. Alguns casos podem precisar de cirurgia.

A depressão é um distúrbio mental persistente em que pode haver perda de interesse em atividades, prejudicando significativamente o dia a dia. As causas possíveis incluem uma combinação de origens biológicas, psicológicas e sociais de angústia. Cada vez mais, as pesquisas sugerem que esses fatores podem causar mudanças na função cerebral, incluindo alteração na atividade de determinados circuitos neuronais no cérebro. A sensação persistente de tristeza ou perda de interesse que caracteriza a

depressão pode levar a uma variedade de sintomas físicos e comportamentais. Estes podem incluir alterações no sono, apetite, nível de energia, concentração, comportamento diário ou autoestima. A depressão também pode ser associada a pensamentos suicidas.

2. JUSTIFICATIVA

Na UBS Joana Darc há um grande número de pacientes com HAS o que reforça a necessidade deste projeto de intervenção. A HAS gera complicações sérias na qualidade de vida, interferindo no padrão econômico das famílias, gerando instabilidades emocionais, físicas e conjugais. Como seqüelas, destaca-se a Insuficiência Cardíaca (IC), o IAM, AVE, dentre outras comorbidades. A presença de IC, aumenta o risco de morte súbita e gera incapacidade para o trabalho em níveis de dispnéia (NYHA) e classificação da IC em estágios mais avançados com o C e D.

Desse modo, percebe-se que a instituição desse projeto na UBS é medida desesperada e urgente que só terá a contribuir para a comunidade. Com a redução das seqüelas, com o diagnóstico e estratificação de risco precoce, a educação em saúde e a possibilidade de fazer a diferença em local de múltiplas carências, mas com uma finalidade de meios, simples, mas eficazes que podem reverter e melhorar o perfil da população atendida.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Elaborar um projeto de intervenção para acompanhamento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na UBS Joana D'arc, em Lagoa Santa, Minas Gerais

3.2. Específicos

Diagnóstico precoce.

Mudança do Estilo de Vida (MEV).

Preparo da equipe de saúde.

4. METODOLOGIA

Realizou-se a estimativa rápida para definir o principal problema da comunidade: a HAS. A partir disso, foi definido o tema do projeto de intervenção e foi possível traçar os meios para alcançar os objetivos. Para que este projeto se tornasse realidade, utilizou-se o PES como referencia. Assim, os seguintes passos foram seguidos: identificação e priorização do problema (HAS). A partir disso, fez-se a descrição e explicação do problema o que nos colocou a par do que a equipe de saúde, pacientes e todos os envolvidos poderiam fazer para melhorar esta condição, isto é, trabalhar em cima dos fatores de risco. Ademais, identificaram-se os autores responsáveis, objetivos, metas, enfrentamentos e recursos. Esses passos foram seguidos conforme (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Realizou-se revisão de literatura o que permitiu um maior conhecimento sobre o assunto e possibilitou também pensar em novas abordagens, mais eficazes do que as pensadas primeiramente. Assim, este trabalho foi embasado por artigos publicados entre os anos 2002 a 2016 que foram pesquisados nas seguintes plataformas: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros, sendo 20 artigos selecionados conforme coerência com o tema discutido. Outros dados utilizados foram buscados na Secretaria Municipal de Saúde do município de Lagoa Santa, dados do Ministério da Saúde e arquivos da UBS local, colhidos, na maioria, pelos agentes comunitários. Os descritores utilizados foram Hipertensão Arterial Sistêmica, Sistema Único de Saúde, Tratamento.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Estratégia de Saúde da Família

Marcondes (2002) a ESF visa ações da medicina comunitária. Ela representa um modelo de baixos custos do modelo de atenção médica em relação aos demais níveis de atenção. Sendo assim, é imprescindível tanto pela alta resolubilidade, pelo acolhimento prestado e pelas ações realizadas.

Conill (2008) observa que a ESF identifica a necessidade de reformular a saúde, com ênfase em serviços que atendem populações locais. A tecnologia é pouco evoluída neste setor que tem na boa anamnese e exame físico seu recurso laboratorial e de imagem.

Boing e Boing (2017) discutem que as doenças crônicas são problemas que deveriam ser resolvidos pela ESF. Ela quem é responsável pelo diagnóstico, tratamento e a continuidade. Assim, ela tem seu papel de destaque no SUS.

Blasco et al. (2003) retoma que a ESF revolucionou a forma tradicional de atendimento, com um intuito preventivo, maior relação com a comunidade que favoreceu a relação médico-paciente e permitiu a implementação de um modelo de atenção que atende as principais demandas da comunidade.

5.2. Atenção Primária à saúde

Araújo et al (2007) refere que a atenção primária renovou o modelo assistencial no Brasil, mudando o cenário sócio-sanitário nacional, regional e local, de forma homogênea, com base nos princípios do SUS, findando com o papel curativista de outrora.

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.

A atenção primária trás uma nova proposta de medicina. Uma medicina baseada em evidencias, com visão preventiva e humanizada, onde a resolubilidade tem seu diferencial. (ARAÚJO et al, 2007).

Helena; Nemes e Neto (2010) conferem que as doenças crônicas devem ser um dos principais focos de atenção na ESF, pois esta queixa a 29% e a até 39% entre mulheres negras. No Brasil, 20% da população acima de 20 anos é hipertensa.

5.3.Hipertensão Arterial Sistêmica

A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) confere que a maior incidência de 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.

Passos, Assis e Barreto (2006) consideram que a prevalência da hipertensão no Brasil varia entre as diferentes regiões com a maior taxa no nordeste, seguida pela Região Nordeste, Região Sudeste, Região Sul e Região Centro-Oeste. A diferença dessa incidência pode estar relacionada com o acesso à saúde e educação nestas regiões.

A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) refere que a HAS é uma doença sistêmica que, oligo ou assintomática que tem como fatores de risco a dieta desregrada, elevado IMC, sedentarismo, etilismo e tabagismo. Como o pacientes é pouco sintomático, geralmente, só manifesta sintomas nas crises hipertensivas. O diagnóstico pode ser realizado pelo MAPA, MRPA e no atendimento clínico.

Gus; *et al.* (2004) destacam que as principais complicações da HAS são as doenças cardiovasculares, sendo uma importante causa de morte no Brasil. De cada 10 óbitos, 3 são causados por doenças cardiovasculares. Essa estimativa reforça a necessidade de ações da atenção primária na prevenção desses agravos.

Ainda conforme a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) o tratamento da HAS baseia-se na terapia não medicamentosa (MEV) e medicamentosa feita principalmente pelas seguintes classes de medicação: IECA, BRA, BCC, BB e diuréticos. Pode-se, inicialmente optar pela monoterapia e, de acordo com a necessidade, realizar a adição ou troca por outras drogas.

5.4. Diabetes Mellitus

Mirandi, et al. (2008) relatam que o DM é uma doença crônica, multifatorial, que tem como principal fator de risco os hábitos irregulares de vida, como dieta desregulada, obesidade, gerando altos índices glicêmicos e resistência à insulina. Os sintomas que levam a pensar em DM são polidipsia, poliúria, polifagia e, mais cronicamente, redução da acuidade visual, alteração de função renal e neuropatia.

Schaan; Harzheim e Gus (2004) pode ser diagnosticado pela glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose e a hemoglobina glicosilada. Se o paciente tem DM e HAS deve fazer uso de um IECA ou BRA, por exemplo: captopril ou losartana, visto que estas medicações interferem na sobrevida do paciente.

Rodrigues, et al. (2012) afirmam que o tratamento não medicamentoso do DM, em relação a alimentação, deve ser prescrito por um nutricionista. O pacientes devem consumir carboidratos complexos para evitar a hipoglicemia. Ademais, devem realizar a MEV.

Schaan; Harzheim e Gus (2004) referem que as medicações disponíveis no SUS são as glicidas e as sulfoniureias. Esta última gera maior risco de hipoglicemia. A insulina regular também é disponível no SUS.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Com esta intervenção, espera-se uma mudança da realidade da UBS Joana D'arc. Sabe-se que estas mudanças só serão possíveis e efetivas com o apoio da comunidade, entidades responsáveis e um eficiente trabalho em equipe.

6.1. Descrição do problema selecionado

A ESF possui 3003 habitantes, destes, 964 são portadores de HAS. A média é quase de 1:3, isto é, uma ocorrência de HAS para cada 3 habitantes. Esse levantamento é feito anualmente pela equipe, mas sabe-se que estes dados não refletem corretamente a realidade da população, visto que há muitos casos que não são diagnosticados. Mais de 70% dos casos de HAS na comunidade ocorre em indivíduos com idade maior que 60 anos.

Os pacientes mais difíceis de tratar são os negros, com outras comorbidades como síndrome metabólica, AVE, seqüelas de IAM, IRC, dentre outras comorbidades. Como fatores de risco na comunidade para a ocorrência de HAS tem-se a questão da alimentação, inatividade física. Na realidade, acredita-se que todos esses fatores são justificados pela baixa escolaridade e pouco acesso sobre educação em saúde. Desse modo, percebe-se que a atuação da equipe nas medidas promotivas e preventivas e seu preparo para lidar com adversidades e propagação desses ideais na comunidade é fundamental.

6.2. Explicação do problema selecionado

Como discutido, a baixa escolaridade, nível socioeconômico são os principais fatores que interferem no surgimento e controle dessa patologia. Pelo fato da HAS ser uma doença pouco sintomática ou assintomática há uma despreocupação a cerca do tratamento que só se torna importante quando estes pacientes apresentam seqüelas da HAS, o que já se torna tarde demais e as intervenções passam a ser outras além do tratamento da HAS, como a recuperação desse pacientes em relação à fala, motricidade, sensibilidade e melhoria da qualidade de vida. Assim, a UBS deve-se comprometer com

a saúde de sua comunidade. Outro fator que pode dificultar é também a equipe. A equipe é preparada, possivelmente por se tratar de uma UBS os todos os membros, do ACS ao médico realizam cursos de capacitação. Esses cursos são presenciais e também por plataformas.

As turmas são diferenciadas para atender a cada público, visto que a dinâmica e a orientação dos cursos difere para cada profissional. Então, em termos de conhecimentos, todos estão bem amparados. Não obstante, o conhecimento não faz do homem um sábio. Falta preparo em relação às abordagens. Há necessidade de se aprender as técnicas de ensino em massa: repetição, dinamismo, criatividade, vigilância e nunca desistir do paciente, por mais difícil que ele e sua família sejam.

6.5. Seleção dos nós críticos

Há dois fatores relacionados à HAS na unidade:

1. Falha na educação em saúde para a população
2. Pouca adesão à MEV

6.6. Desenho das operações

Quadro 2 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hipertensão”, na população sob responsabilidade da UBS Joana D’arc, em Lagoa Santa, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falha na educação em saúde para a população
Operação	MELHOR ABORDAGEM
Projeto	Realizar abordagens criativas, repetitivas, dinâmicas, respeitando escolaridade, cultura e idade de cada paciente. Essas abordagens devem ter como foco os fatores de risco, formas de prevenção e seqüelas associadas à doença. Deve-se também abordar sobre a necessidade da MEV.
Resultados esperados	Maior conhecimento sobre a doença, melhor adesão ao tratamento, maior controle da HAS.

Produtos esperados	Realização de caminhadas, metas pressóricas alcançadas, perda de peso, hábitos saudáveis.
Recursos necessários	Organizacional: Todos os membros da equipe Cognitivo: Linguagem apropriada, criatividade e dinamismo Político: Para os recursos Financeiros: Cartilhas de saúde, folhas, canetas.
Recursos críticos	Financeiros: Cartilhas de saúde, folhas, canetas.
Controle dos recursos críticos	Prefeitura
Ações estratégicas	Apresentar o projeto, solicitar apoio dos líderes da comunidade.
Prazo	Junho de 2018
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Líderes da comunidade, equipe de saúde, administração pública
Processo de monitoramento e avaliação das operações	As operações serão monitorizadas de 2 formas: pelos prontuários, em que o registro constará a MEV do paciente, controle dos níveis pressóricos e maior adesão ao tratamento e pelos relatórios que são feitos após as ações em saúde, como os grupos operativos, palestras, dentre outras. Esse

	procedimento será realizado a cada 6 meses.
--	---

Autoria própria (2018)

Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hipertensão”, na população sob responsabilidade da UBS Joana D’arc em Lagoa Santa, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Pouca adesão à MEV
Operação	MEV
Projeto	Realizar abordagens ao paciente quanto à necessidade da MEV para o controle da HAS. Deve-se ensinar o paciente a escolher os alimentos a serem consumidos, as atividades físicas a serem realizadas e a parada do consumo do álcool, tabaco e outras drogas.
Resultados esperados	Maior conhecimento sobre a doença, melhor adesão ao tratamento, maior controle da HAS.
Produtos esperados	Realização de caminhadas, metas pressóricas alcançadas, perda de peso, hábitos saudáveis.
Recursos necessários	Organizacional: Todos os membros da equipe Cognitivo: Linguagem apropriada, criatividade e dinamismo Político: Para os recursos

	<p>Financeiros:</p> <p>Cartilhas de saúde, folhas, canetas.</p>
Recursos críticos	<p>Financeiros:</p> <p>Cartilhas de saúde, folhas, canetas.</p>
Controle dos recursos críticos	Prefeitura
Ações estratégicas	Apresentar o projeto, solicitar apoio dos líderes da comunidade.
Prazo	Junho de 2018
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Líderes da comunidade, equipe de saúde, administração pública
Processo de monitoramento e avaliação das operações	As operações serão monitorizadas de 2 formas: pelos prontuários, em que o registro constará a MEV do paciente, controle dos níveis pressóricos e maior adesão ao tratamento e pelos relatórios que são feitos após as ações em saúde, como os grupos operativos, palestras, dentre outras. Esse procedimento será realizado a cada 6 meses.

Autoria própria (2018)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como muito discutido, a HAS é uma doença silenciosa que gera graves sequelas ao seu portador por dois motivos: por ser uma doença pouco sintomática o que leva a este paciente a não ter tanto zelo no tratamento medicamentoso e MEV e pela dificuldade que o paciente tem na MEV, seja pela cultura, hábitos de vida, baixa escolaridade, que são fatores que predispõe à descompensação da doença e ao surgimento de sequelas tardias e incapacitantes que pode gerar invalidez, afastamento do trabalho, aumentar os gastos com saúde, além do impacto que esse paciente gera no SUS, em que recursos poderiam ser dirigidos para outras áreas.

Anseia-se que, com este projeto, mais pessoas co HAS na comunidade possam ser diagnosticadas precocemente e, aqueles com pré-hipertensão possam seguir a MEV. Em relação aos pacientes hipertensos, espera-se que sejam melhor amparados pela equipe de saúde para as metas sejam alcançadas e que o tratamento integral e contínuo seja uma realidade com a MEV e adesão à terapia medicamentosa.

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.
- ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev Saúde Pública**, vol. 41 n. 3, p. 368-74, 2007.
- BLASCO, Pablo Gonzáles; JANAUDIS, Marco Aurelio; LEOTO, Roberto Ferreira; LEVITES, Marcelo Rozenfeld; MORETO, Graziela; RONCOLETTA, Adriana Fernanda Tamassia. **Princípios da medicina de família.** São Paulo: Sombramfa, 2003.
- 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: 30 de Outubro 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.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
- 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
- CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *In: Caderno de Saúde Pública.* Vol. 24. Rio de Janeiro, 2008.
- CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *In: Caderno de Saúde Pública.* Vol. 24. Rio de Janeiro, 2008.

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.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. 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: 30 de novembro de 2018.

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.

MARCONDES, Eduardo. A conferência de Alma-Ata e as Ações Básicas de Saúde. *In: **Pediatria na Atenção Primária***. São Paulo: Savier, 2002.

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.

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.

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.

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.

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.