

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANTONIO LÓPEZ HERNÁNDEZ**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: MELHORIA DO CONHECIMENTO  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DOS FATORES DE  
RISCO E DA QUALIDADE DE VIDA – EQUIPE 43, CONTAGEM -  
MINAS GERAIS, 2015.**

**LAGOA SANTA - MINAS GERAIS.  
2015.**

**ANTONIO LÓPEZ HERNÁNDEZ**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: MELHORIA DO CONHECIMENTO  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DOS FATORES DE  
RISCO E DA QUALIDADE DE VIDA – EQUIPE 43, CONTAGEM /  
MINAS GERAIS, 2015.**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa.

**LAGOA SANTA - MINAS GERAIS.**

**2015.**

**ANTONIO LÓPEZ HERNÁNDEZ.**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: MELHORIA DO CONHECIMENTO  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DOS FATORES DE  
RISCO E DA QUALIDADE DE VIDA – EQUIPE 43, CONTAGEM /  
MINAS GERAIS, 2015.**

Banca examinadora

Prof. Edison José Corrêa - orientador

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 22/06/ 2015.

## DEDICATÓRIA

A minha família, especialmente, a minhas filhas, a razão de minha vida.

A todos aqueles que me apoiaram durante todo o processo de estudo e trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa Mais Médicos para o Brasil que me deu a oportunidade de trabalhar neste belo país.

Ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais.

A meus colegas de trabalho pelas horas de trabalho compartilhadas.

A meus professores pela ajuda brindada de forma desinteressada.

Muito obrigado.

“ Precaver es la mejor forma de curar “

José Martín (Cuba, 1878).

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica com uma elevada prevalência na população de todo o mundo e em especial na brasileira. Considerada um problema grave de saúde pública, é um fator de risco para outras doenças como: as cardiovasculares, as doenças renais e doenças cérebro vasculares. Segundo os dados do sistema de informação da Atenção Básica do Distrito Ressaca, nossa equipe Industrial Equipe n. 43, contava com 971 hipertensos cadastrados em 2014, representando 26% da população maior de 15 anos afetada pela hipertensão e suas complicações, apresentando-se abaixo dos parâmetros de pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS). Diante desses dados consideramos importante fazer uma estratégia de educação para à saúde com informações e medidas preventivas eficientes, com o fim de melhorar conhecimentos sobre a doença e fatores de risco dos pacientes que sofrem de HAS e melhorar a qualidade de vida. Este trabalho tem como objetivo principal elaborar uma estratégia de intervenção para elevar conhecimentos sobre a doença, desenvolvendo um plano de intervenção que ajude a incrementar informações brindadas aos pacientes pelos profissionais e trabalhadores da equipe. A estratégia utilizada foi uma revisão dos protocolos de funcionamento das equipes de saúde na atenção primária à saúde e análises da situação de saúde da área. Foi escolhido, um problema fundamental para trabalhar e definidos quatro “nós críticos” que dão solução para essa problemática selecionada. Concluiu-se que a elaboração do Plano de Intervenção (PI) melhorará os conhecimentos sobre a patologia em portadores, trabalhadores da equipe e gerentes de saúde, com isso se incrementará a qualidade de vida dos pacientes hipertensos, segundo preconizado pelo Ministério de Saúde.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Doenças cardiovasculares. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease with a high prevalence in the population around the world and especially in Brazil. Considered as a serious public health problem, is a risk factor for other diseases including cardiovascular disease, kidney disease and cerebrovascular disease. According to the information system of Ressaca District, our Family Health Team (Industrial 43), has enrolled 971 hypertensive patients in the catchment area in 2014, representing 26 % of the population older than 15 years affected by the hypertension and its complications, down the international data - World Health Organization (WHO). We consider important apply an education strategy for health information and effective preventive measures, in order to improve knowledge about the disease and the risk of patients suffering from hypertension and will increase quality of life factors. This work has as main objective to elaborate an intervention strategy to increase knowledge about the disease, developing an intervention plan to help improve information to patients by professionals and workers in the team. The strategy used was a review of protocols of work and functioning of health teams in primary health care, and analysis of health situation. There were chosen to work a fundamental problem and defined four critical knots that made solution to the main problem selected. It was concluded that the development of the Strategy Intervention Plan (IP), will improved knowledge of the disease in patients, workers and team managers of health, it shall increase the quality of life of hypertensive patients according recommended by the Ministry of Health.

**Key words:** Hypertension. Cardiovascular diseases. Primary Health Care.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitarios de Saúde.
ASS	Análise da Situação de Saúde.
AVC	Acidente Vascular Encefálico.
AMONP	Associação dos Moradores do Bairro Novo Progresso II.
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais.
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais.
COREM DF	Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal.
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde.
D.M	Diabetes mellitus.
DC	Doenças crônicas.
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde.
EPS	Educação Permanente em Saúde.
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HAC	Hipertensão Arterial Crônica.
IMC	Índice de Massa Corporal.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
P.I	Plano de Intervenção.
PAS	Pressão Arterial Sistólica.
PAD	Pressão Arterial Diastólica.
R.C	Risco Cardiovascular.
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica.
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
<b>4 MÉTODO.</b> ....	<b>16</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>17</b>
Conceito de hipertensão arterial sistêmica.....	17
Classificação da hipertensão arterial .....	18
Bases epidemiológicas.....	20
Fatores de risco para a hipertensão arterial.....	22
Acompanhamento da atenção à pessoa com hipertensão arterial.....	23
Educação permanente em Saúde e educação em Saúde, para a hipertensão.....	24
Atenção multidisciplinar na hipertensão arterial.....	26
Planejamento Estratégico Situacional.....	26
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.</b> .....	<b>28</b>
Identificação e priorização dos problemas.....	28
Descrição do problema.....	30
Explicação do problema.....	30
Identificação dos nós críticos do problema escolhido.....	31
Desenvolvimento das operações sobre os nós críticos do problema prioritário.....	32
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença altamente prevalente sendo um fator de risco maior para morbidade e mortalidade, exigindo a correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica, como também seu seguimento e a educação permanente em saúde dos profissionais (EPS) e a educação em saúde dos portadores e comunidade. Estudos populacionais evidenciam a importância do controle da hipertensão e a educação nesta doença para a redução da morbimortalidade cardiovascular, entre outras. Dessa forma, as elevadas taxas de morbimortalidade cardiovascular em países de industrialização recente parecem depender de modo importante da elevada prevalência de hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O município de Contagem, situado na região central de Minas Gerais, tem a terceira maior população do estado com 637 961 habitantes em 2014, integra a região metropolitana de Belo Horizonte, sendo um dos mais importantes municípios dessa aglomeração, principalmente pelo seu parque industrial. Tem uma área de 195.268 km<sup>2</sup>, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com uma densidade populacional de 3.013 habitantes/km<sup>2</sup> (BELO HORIZONTE, 2009; BRASIL, 2014).

Segundo dados obtidos na análise da situação de saúde (ASS), a população da área pertencente a nossa equipe de saúde n. 43 tem nível fundamental de ensino, mora em uma região de favelas, a maioria em casas de tijolos, com serviço de água proveniente de Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) e eletricidade das Centrais Elétricas de Minas Gerais (CEMIG). Os principais postos de trabalho na comunidade são fornecidos por uma escola municipal, comércios -- entre eles padarias, salão de beleza, lojas de roupas, casa lotérica, açougue, farmácias, sacolões, Lan House, sorveteria, floricultura, bares e restaurantes.

No distrito sanitário da Ressaca, onde trabalha o autor desse trabalho, atuam sete médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil, desde novembro de 2013,

atendendo a uma população de 96.118 habitantes. O distrito tem o maior conjunto de equipes de saúde do município, com 17 unidades e 25 equipes do Programa Saúde da Família, segundo dados fornecidos também pela gerência da Unidade de Saúde Industrial Jardim Laguna, que acolhe três equipes de saúde (BRASIL, 2014).

Entre elas, nossa equipe n.43 Industrial Jardim Laguna. É uma equipe de saúde completa, com médico do Programa Mais Médicos, enfermeira, administrativo, seis agentes comunitários de saúde (ACS), técnica de enfermagem, técnica de vacina e cirurgião dentista, entre outros, com uma população na área de abrangência de 5.207 pacientes cadastrados com 1383 famílias. Deles são 3.726 maiores de 15 anos, dos quais 971 são portadores de HAS, o que representa 26% da população maior de 15 anos afetada por esta patologia clínica, segundo resultados encontrados na Análise da Situação de Saúde (ASS) realizada em 2014, com resultado similar a média mundial.

As principais causas de internação em 2014 foram às doenças do aparelho circulatório, seguidas de doenças do aparelho respiratório, segundo informações recebidas na unidade. De maior prevalência temos a hipertensão arterial sistêmica (HAS) seguida do diabetes *mellitus* (DM). A HAS foi considerada o principal problema que atinge a população da área de abrangência da equipe.

Como é conhecida, a pressão arterial alta é considerada uma variável contínua que afeta um grande número da população, o que é comum em nossa área, tendo como um dos aspectos desafiadores os limites entre os valores normal e anormal. Atualmente os valores que caracterizam a hipertensão arterial para indivíduos acima de 18 anos são aqueles iguais ou superiores a 140 mmHg, para pressão sistólica e/ou iguais ou superiores a 90 mm Hg para pressão diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, CUBA, 2008).

Profissionais da atenção primária à saúde, pertencentes ao Programa Mais Médicos para o Brasil, ou não, são essenciais na estratégia de controle da HAS, tanto no diagnóstico clínico quanto na conduta terapêutica, bem como nas atividades informativas e de educação com o paciente hipertenso e população em geral. Entre as medidas que devem ser tomadas, o incentivo ao tratamento não farmacológico é

uma das principais. Por tanto, as atividades educativas se firmam como excelentes estratégias de explorar e divulgar conhecimentos para a população, produzindo um impacto positivo na saúde, conhecimento da doença e no incremento da qualidade de vida da população portadora de HAS em Brasil e em nossa área em particular (ORDÚÑEZ-GARCÍA *et al.*, 2006).

Com a elevada prevalência da HAS na área de abrangência é importante trabalhar mais na promoção e prevenção da doença e nos fatores de risco associados. Esse objetivo se obtém na atenção básica, trabalhando com a comunidade, com a família e com o paciente, precisando de apoio de todos os recursos existentes na comunidade, entre eles televisão, rádio e ainda com as organizações comunitárias, entre outras. Deste trabalho conjunto, liderado pelas equipes de saúde da família, poderemos obter ótimos resultados.

Com este trabalho pretendemos incrementar conhecimentos e melhorar novos métodos de trabalho com a hipertensão arterial e com o plano de ação, obter modificações dos modos de direção e provocar mudanças nos estilos de vida da população (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Ao analisar os objetivos dos serviços de saúde em relação ao controle e tratamento dos portadores de Hipertensão Arterial, como recomendado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, foi proposta à equipe n. 43 uma melhoria na organização dos serviços a partir da elaboração de uma estratégia de intervenção.

Esta proposta é relevante pelo fato de que a Hipertensão Arterial é a morbidade mais prevalente em nossa área de abrangência, com elevado índice de atendimentos, de complicações e incapacidades.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica entre a população da comunidade adscrita Equipe de Saúde da Família n. 43, em Ressaca, bairro de Contagem, Minas Gerais, bem como pelo pouco conhecimento pela população sobre esta doença, o grande número de idosos com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular (R.C) aumentado e suas consequências, assim como o desconhecimento de fatores de risco para esta doença.

É conhecido que a HAS não controlada se torna responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE), 25% por doença arterial coronariana, e junto ao diabetes *mellitus* é responsável por 50% dos casos de insuficiência renal, em fase terminal. É uma doença das mais presentes na Unidade Básica de Saúde (UBS) Industrial Jardim Laguna, afetando 26% da população maior de 15 anos atendida, e 22 % do total de atendimentos do mês de setembro de 2014.

O controle dos fatores de risco modificáveis é mandatório para um melhor prognóstico da saúde pública nessa comunidade. Dessa forma, surge a importância de novas formas de abordagem através de atividades educativas regulares e que consigam atingir um bom alcance.

A equipe de Saúde da Família n. 43 participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e alguns materiais para fazer um Projeto de Intervenção, em HAS, e que, portanto, esta proposta é viável.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral:**

Elaborar uma Proposta de Intervenção para melhoria de conhecimento de hipertensão arterial, fatores de risco e melhora da qualidade de vida, na Equipe de Saúde da Família 43, Distrito Ressaca, em Contagem - Minas Gerais.

#### **Objetivos específicos:**

Propor um instrumento de educação permanente em saúde para a equipe de saúde da família e gestores, integrado ao processo de trabalho.

Melhorar a educação pela saúde com a população da área de abrangência.

Integrar demanda espontânea e demanda agendada da população da área de abrangência.

## 4 MÉTODO

Para o desenvolvimento do presente Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos do módulo de Planejamento e Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para uma revisão narrativa da literatura sobre o tema foram utilizados os descritores em ciências da saúde (DeCS): hipertensão, doenças cardiovasculares e atenção primária à saúde, selecionando artigos e, posteriormente, fazendo uma leitura sistemática e atenta de toda a bibliografia a respeito do tema, o que permitiu a construção da base teórica ou conceitual do conhecimento disponível que permite compreender o fenômeno que abordamos.

Para obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento em um período de tempo curto com poucos gastos, foi utilizada a técnica de estimativa rápida, usando fontes de informações tais como registros, observação ativa e algumas entrevistas curtas a pacientes e outras pessoas, envolvendo a população da área portadores de HAS, autoridades locais, gerentes de saúde, agentes comunitárias, enfermeiras e médicos no processo de trabalho desta estratégia de intervenção.

Toda a informação foi coletada com uso de técnicas qualitativas e quantitativas, em fichas de trabalho, levadas ao computador e conformadas em Análise da Situação de Saúde de Equipe de Saúde da Família n. 43 para o ano 2014. Os principais debates foram feitos em reuniões de equipes com todos os integrantes, diante técnicas de participação como tempestades de ideias, debates em grupo, uso de técnicas de avaliação de resultados como a própria estimativa rápida, método de ranqueio, e finalmente a elaboração de planos de intervenção para dar saída aos principais nós críticos estabelecidos para o problema selecionado.

Para a normalização na elaboração do texto foi utilizado o módulo Iniciação à metodologia: textos científicos (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).



## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para um balizamento conceitual do plano de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica abordando:

- Conceito de hipertensão arterial sistêmica
- Classificação da hipertensão arterial
- Bases epidemiológicas
- Fatores de risco para a hipertensão arterial
- Acompanhamento da atenção à hipertensão arterial
- Educação Permanente em Saúde (equipe de saúde) e Educação em Saúde (comunidade), para a hipertensão.
- Atenção multidisciplinar na hipertensão arterial.

### **Conceito de hipertensão arterial sistêmica**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. É a mais comum das condições que afetam a saúde dos indivíduos adultos em todas as partes do mundo, representando, por si mesma, uma doença e um fator de risco importante para outras doenças como a cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular, insuficiência renal. É possível estabelecer uma causa específica para a hipertensão em apenas 10-15% dos portadores, aqueles em que não se pode identificar a causa específica são considerados portadores de hipertensão essencial. Essas questões estão bem registradas nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial, portanto, é definida como uma doença caracterizada pela elevação pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Considera-se ainda que, para o indivíduo ser considerado hipertenso, é necessário que sua Pressão Arterial aferida em duas ou mais ocasiões e que suas cifras tensionais se encontrem alteradas nesses momentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Também é considerada uma condição multifatorial, em que vários fatores são constitucionais como a idade, o gênero e a hereditariedade. Frequentemente a prevalência da doença ocorre com o aumento da idade, levando a hipótese de que o acúmulo de hipertensos em idades mais avançadas parece estar relacionado ao maior tempo de exposição aos fatores de risco. Outros fatores podem estar associados à aparição ou elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos. Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação destes sobre a elevação da pressão arterial, são conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas, vegetais e pobre em gorduras) sobre o comportamento dos níveis pressóricos (CUBA, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

### **Classificação da hipertensão arterial**

A classificação da HAS para adultos com mais de 18 anos de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão e com o Ministério da Saúde é apresentada na Tabela 1. Para avaliar os limites de pressão arterial normal para crianças e adolescentes com até 17 anos, é necessário utilizar tabelas especiais que levam em consideração a idade e a altura. Vale ressaltar que quando as pressões sistólica e diastólica encontram-se em categorias diferentes, a sistólica deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Cardiologia 2010 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A primeira medida da pressão arterial deve ser realizada em ambos os membros superiores, considerando caso ocorra à diferença de valores entre os membros, que o paciente deverá ser informado que sua pressão arterial precisa ser reavaliada mais vezes sua pressão arterial e que as medidas subsequentes deverão ser sempre feitas no membro que apresentar níveis mais elevados. E a cada vez que o paciente for realizar essas medidas elas devem ser feitas em pelo menos três verificações com intervalo de um minuto entre essas medições, e devem-se desconsiderar as medidas em que haja diferenças de pressão (sistólica ou

diastólica) maior do que 40mmHg e considerar o valor médio encontrado (BELO HORIZONTE, 2009).

**Tabela 1. Classificação da pressão arterial em adultos\***

<b>Pressão Arterial Sistólica (PAS)</b>	<b>Pressão Arterial Diastólica (PAD)</b>	<b>Classificação</b>
< 130	< 85	Normal
130 - 139	85 - 89	Normal Limítrofe
140 - 159	90 - 99	Hipertensão leve (Grau 1)
160 - 179	100 - 109	Hipertensão Moderada (Grau 2)
>ou = 180	>ou = 110	Hipertensão Grave (Grau 3)

\*Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010.

Para realizar adequadamente a avaliação de pressão arterial deve-se (CUBA, 2008; BELO HORIZONTE, 2009):

- Repousar pelo menos 5 a 10 minutos em lugar calmo.
- Esvaziar a bexiga.
- Não praticar exercício físico 60 a 90 minutos antes da aferição.
- Evitar a ingestão de café ou álcool antes da aferição pelo menos duas horas antes da aferição.
- Evitar o fumo 30 minutos antes da aferição.
- Manter o paciente sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.
- Remover as roupas do braço onde será colocado o manguito.
- Fixar o braço na altura do coração (4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.
- Solicitar para que a pessoa não fale durante a medição.
- Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço: crianças ou adultos.

- Colocar o manguito, sem deixar folgas, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
- Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
- Estimar o grau da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes da medida).
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva.
- Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mm Hg o grau estimado da pressão sistólica.
- Proceder à desinflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mm Hg/s). Primeiro somido de Korotkoff considera-se PA sistólica e a diastólica desaparecimento do mesmo.

A frequência muito baixa do controle clínico da HAS é determinada por fatores comuns, como o fato de a doença ser assintomática, na maioria dos casos, e não se usar os protocolos, portarias e recomendações para avaliação e tratamento de HAS já existentes. Por isso, o subdiagnóstico, e o tratamento não realizado corretamente devido à baixa adesão por parte dos pacientes (BRASIL, 2010).

Varias circunstancias levam aos indivíduos a evoluírem para hipertensão arterial crônica (HAC), muitas vezes sem mecanismo de causa bem definido, embora se saiba que a atuação de diversos fatores de risco está associada à pressão arterial elevada, entre eles os hábitos alimentares, os estilos de vida, o sedentarismo, a obesidade e o ambiente psicossocial (BELO HORIZONTE, 2009).

### **Bases epidemiológicas**

A HAS é uma doença crônica, de elevado custo econômico social, principalmente em decorrência das suas complicações, e com grande impacto na morbidade do mundo e na saúde brasileira. A prevalência mundial estimada é da ordem de um bilhão de indivíduos hipertensos sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos

por ano podem ser atribuídos à hipertensão arterial ou complicações. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estima-se que a hipertensão arterial atinja 30 a 32% da população mundial com tendência de elevação com o avançar da idade. A prevalência da hipertensão é maior em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento, mas a grande massa populacional em países em desenvolvimento tem contribuído de forma significativa para o número total de indivíduos hipertensos no mundo todo. Estima-se que por volta de 2025, 1,5 bilhões de pessoas serão hipertensos. Na época atual, a prevalência média mundial estimada da hipertensão é de 26,4%, com uma ampla variação dependendo da população estudada, atingindo 33,5 a 39,7% nos países europeus, entre 28 e 30% em Cuba, 15 a 21,7% nos países africanos e asiáticos, cerca de 40% na América Latina, 21,0% nos EUA e Canadá. Destes em torno de 70% tem conhecimento do diagnóstico, porém apenas 59% recebem tratamento e 34% têm seus níveis pressóricos controlados de acordo com as diretrizes atuais (CUBA, 2008).

Estudos de base populacional realizados nos últimos 10 anos demonstram que a prevalência de hipertensão arterial, na população brasileira com 18 anos ou mais, varia de 22,3% a 43,9%, dependendo do grupo estudado, da região ou da definição adotada, a etnia, assim como idade, sexo, características socioeconômicas, consumo de sal, obesidade, consumo de álcool e a inatividade física, estresse, são fatores importantes de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial. Apesar de conhecidos os fatores de risco, inquéritos domiciliares recentes revelaram baixos níveis (20% a 39%) de controle da pressão arterial (BRASIL, 2006).

Em Belo Horizonte e municípios metropolitanos, os índices de HAS são bastante elevados, com variação entre as diferentes faixas etárias: 9,9% de 25 a 39anos, 32,4% de 40 a 59 anos e 52,5% para maiores de 60 anos. Em nossa área de abrangência, especialmente, representam 26% da população maior de 15 anos como portadora desta doença uma com tendência similar a média mundial, pessoas que ademais de sofrer esta doença, esses pacientes têm pouco conhecimento dos

fatores de risco e de alternativas de tratamento para esta patologia (BELO HORIZONTE, 2009).

### **Fatores de risco para a hipertensão arterial**

A maioria dos pacientes desconhece a causa da hipertensão arterial. Porém vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial, sendo considerada uma condição multifatorial, tais como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso corpóreo, os fatores hereditários e fatores dietéticos, entre esses últimos o consumo excessivo de sal. Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação desses sobre a elevação da pressão arterial. São conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas, vegetais e pobre em gorduras) sobre o comportamento dos níveis pressóricos (BRASIL, 2009).

O controle de peso é uma das principais ações para controlar a HAS. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) recomendam que: o excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal--  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$  acarreta maior risco de desenvolver hipertensão.

A relação entre aumento de peso e da pressão arterial é quase linear, sendo observada em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da pressão arterial e melhora de alterações metabólicas associadas. Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m<sup>2</sup> e a circunferência abdominal menor que 102 cm para os homens e maior que 88 para as mulheres.

O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável. Mesmo uma modesta perda do peso corporal está associada a reduções na P.A em pessoas com sobrepeso. Assim, o alcance das metas deve ser perseguido. A utilização de dietas radicais, como as ricas em carboidratos ou em gorduras, deve ser desencorajada, pois não é sustentável em longo prazo e resulta invariavelmente em abandono de tratamento.

### **Acompanhamento da atenção à pessoa com hipertensão arterial**

A primeira questão a considerar é que não estaremos abordando uma doença, mas uma pessoa com hipertensão arterial. Aqui deve ser cumprida uma das diretrizes da atenção à saúde, o da integralidade.

A hipertensão arterial é considerada uma patologia crônica e o seu tratamento deve ser permanente e em longo prazo, por toda vida da pessoa. Ou seja, por ser uma doença incurável, constitui-se fator de grande impacto na vida das pessoas acometidas, exigindo processo de mudança muito complicado que a equipe médica deve conhecer e sensibilizar-se com a pessoa afetada. Devemos traçar estratégias de acompanhamento integral e humanizado para que os pacientes venham a conhecer melhor sua patologia e consequências e, além disso, os benefícios que possa adquirir mediante a manutenção e metas instituídas pelo plano terapêutico (BELO HORIZONTE, 2009; BRASIL, 2014).

É importante ainda informar aos pacientes sobre como reconhecer os sintomas que são característicos do descontrole da HAS, as complicações que podem ocorrer em órgãos alvos, assim como os efeitos colaterais e eventuais que o tratamento medicamentoso pode causar, não se esquecendo de que essas informações passadas aos pacientes sejam feitas claramente de forma oral, e para que possam ser bem compreendidas pelo paciente e seus familiares (BELO HORIZONTE, 2009; CUBA, 2008).

## **Educação Permanente em Saúde e Educação em Saúde, para a hipertensão.**

Conceituam-se como educação permanente em saúde os processos educacionais dos profissionais de saúde, integrados a seus processos de trabalho. E como educação para à saúde ou educação em saúde, os processos dirigidos à população e comunidades, para melhor entendimento dos processos de atenção, prevenção e promoção da saúde, incluído o autocuidado (BRASIL, 2009).

O objetivo dos cursos de capacitação para médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil é a organização da assistência a prestar aos hipertensos, diabéticos, asmáticos e doentes em geral, mediante os protocolos normalizados pelo Programa Nacional de Acompanhamento e Controle das Doenças, em que cada município possa aderir à proposta de acordo com seu perfil epidemiológico, e colocando em prática uma organização integrada de cuidar da população na área de abrangência de cada equipe de saúde (BRASIL, 2014).

Em cada equipe de trabalho planejar o retorno dos pacientes às consultas está-se tornando uma dificuldade pelo alto nível de atendimentos à demanda espontânea que é realizada e cada vez maior, pelo elevado número de pacientes pertencentes a cada equipe de saúde, os distanciamentos entre retornos, geralmente agendados com um intervalo de três a seis meses, dependendo em cada caso. Se o paciente é de baixo risco e com boa adesão, seus retornos podem ter um período de tempo maior, alternando assim as consultas entre enfermeiro e o médico, sem se esquecer da participação em ações educativas, que são muito importantes. Já os pacientes de nível de risco moderado e alto, e que ainda têm dificuldades na adesão ao tratamento precisam ter retorno para avaliação em tempos menores, com atendimento ser individualizado, em função dos riscos cardiovasculares individuais e da adesão do paciente ao tratamento proposto (MARTINS, 2010).

Para considerar um tratamento eficaz para pacientes portadores de HAS é necessário que o processo educativo possa ser considerado um aliado importante



para a complementação do tratamento desses pacientes, isto faz parte das propostas das políticas públicas para controle da doença hipertensiva, aonde, o processo educativo vem para aumentar a adesão e estimular esses indivíduos ao tratamento. Torna-se necessário que as equipes de saúde possam conhecer o indivíduo no todo, e suas atitudes a respeito de sua doença da qual é portador, para que o processo educativo seja considerado importante para complementação do tratamento de pacientes hipertensos, e assim, contribuindo para o controle da Pressão Arterial desses pacientes que estão em tratamento, com maior efetividade do atendimento prestado (PERÉS; MAGNA; VIANA, 2005).

Ações educativas são de muita importância para a estabilidade do tratamento dos hipertensos. Devem ser permanentes, continuadas na UBS e na comunidade permeadas pela educação permanente em saúde (EPS) da equipe profissional, considerando que elas podem esclarecer dúvidas e direcionar o autocuidado além de incrementar o conhecimento da doença. A educação é um componente essencial para a promoção, manutenção e restauração da saúde, devendo agir de maneira conscienciosa enquanto prática interdisciplinar que possibilite mudanças de comportamento da população, isso só pode ocorrer quando essa viabilidade é reconhecida pelos profissionais de saúde e pelos gerentes de saúde em todos os níveis do sistema. A partir desse reconhecimento de médicos e gerentes e da população, ocorrerá à produção efetiva de novos conhecimentos, modificando o comportamento de saúde dos pacientes, objetivando atingir o melhor nível de bem-estar no esclarecimento de dúvidas e direcionamento do autocuidado, sendo que a educação é um componente essencial para a promoção, manutenção e restauração da saúde, devendo agir de maneira consciente (SANTOS *et al.*; 2005).

O paciente com hipertensão arterial, como portador de doença crônica, precisa de cuidados de toda equipe de saúde, então este atendimento ao hipertenso deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, onde todos da equipe possam estar treinados para esse atendimento. Apesar disso o enfermeiro com ajuda do médico, é considerado ponto chave para que o paciente tenha melhor avaliação e adesão ao seu tratamento. É importante que o paciente siga corretamente as orientações e ações realizadas, para que conseqüentemente, haja controle de seus níveis de

pressão arterial e com isso melhora a qualidade de vida (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL, 2012).

### **Atenção multidisciplinar na hipertensão arterial**

Em consonância com as atuais políticas públicas para promoção à saúde, o Ministério da Saúde de Brasil, vem recomendando e promovendo ações multiprofissionais na área da atenção básica, com intuito de reverter à situação em combate a hipertensão arterial, implicando os cursos de capacitação para participantes do programa Mais Médicos para o Brasil. E, centrado neste contexto inserem-se as ações do Programa Saúde da Família (PSF), em que os cuidados das famílias e da população adstrita estão estruturados em uma unidade de saúde sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional com médicos, enfermeiras, ACS, técnicos de enfermagem, dentistas e com apoio de psicólogos, psiquiatras, pediatras e especialistas de reabilitação e de outros atores da comunidade, os que mediante seu trabalho e atividades no próprio ambiente físico e social dos portadores de HAS melhoram saúde física, mental incrementam qualidade de vida dos portadores de HAS (MOREIRA; PAZ; ARAÚJO, 2010).

### **Planejamento Estratégico Situacional para um plano de intervenção na hipertensão arterial.**

O planejamento estratégico situacional (PES) é o processo de elaboração da estratégia para um plano de intervenção sobre determinado problema, no qual se define a relação entre a organização e o ambiente interno e externo, bem como os objetivos organizacionais, com a definição de estratégias alternativas. PES é um planejamento que precede e preside a ação para criar o futuro, e que pretende (por acreditar ser possível) influir na realidade, caracterizado por quatro momentos que constituem uma dinâmica permanente e dialética que são (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010):

- ✓ *Momento explicativo:* Busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas.
- ✓ *Momento normativo:* É quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados procurando e analisando o momento da elaboração da proposta de solução.
- ✓ *Momento estratégico:* busca-se aqui analisar e construir viabilidade para a proposta da solução elaborando, formulando estratégias para alcançar os objetivos traçados.
- ✓ *Momento operacional:* Momento de execução do plano aqui devem ser definidos, e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente articuladas na prática de planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe caráter processar e dinâmico. Ou seja, a todo o momento, estamos revisando nossa situação, a evolução dos problemas e suas explicações, e, a partir dessa evolução, revisando nossas intervenções e nossas ações para viabilizar essas intervenções, assim como a sua implementação e a avaliação dos seus resultados práticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 9).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Um plano de ação envolve as seguintes etapas, que são descritas a seguir:

- Identificação e priorização dos problemas
- Descrição do problema
- Explicação do problema.
- Identificação dos nós críticos do problema escolhido
- Desenvolvimento das operações sobre os nós críticos do problema prioritário

### **Identificação e priorização dos problemas.**

Depois de feito novo cadastramento da população, em que as principais doenças foram classificadas nas fichas padronizadas de controle, procedemos à Análise de Situação de Saúde (ASS) correspondente ao ano 2014, obtendo uma panorâmica da situação real da comunidade. Ao discutir com a equipe, em presença de líderes comunitários, identificamos as principais situações que afetam na população e comunidade:

- Baixo nível educacional da população.
- Presença de fatores de risco como obesidade, hábito de fumar, alcoolismo, consumo de drogas.
- Elevado número de pacientes na zona de abrangência, mais de 5200 pessoas.
- Elevado número de consultas em demanda espontânea na UBS, Equipe 43.
- Redes de esgoto com situações deficientes.
- Tráfico e elevado consumo de drogas.
- Dificuldades na coleta do lixo, acúmulos alguns pontos.
- Insuficiente educação para a saúde, na comunidade.
- Elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis: hipertensão, asma, diabetes, acidentes cérebro vasculares, doenças cardiovasculares.
- Uso de polifármacos -- algumas vezes mais de cinco medicamentos -- e elevado número de pacientes com uso indiscriminado de psicofármacos.
- Alto índice de violência na área de abrangência.

- Elevada infestação de vetores.

Após conhecer todos os problemas, determinamos aqueles em que nossa equipe de saúde poderia ter atuação, ajudados com a Técnica de Ranqueamento ou Matriz de Ranqueamento, que foi a instrumento final que empregamos nesta priorização.

Cada problema foi avaliado segundo variáveis (1. Tendência; 2. Magnitude; 3. Gravidade; 4. Disponibilidade de recursos; 5. Capacidade para enfrentá-lo; 6. Importância do problema; 7. Urgência), e atribuída pontuação (alto valor: 3; meio valor: 2; baixo valor: 1), segundo as variáveis:

Com isso, chegamos a três problemas principais que submetidos à técnica de Ranqueamento (tabela 2) mostram as principais prioridades.

**Tabela 2. Técnica de Ranqueamento ou Matriz de Ranqueamento, para três principais problemas.**

Problema	Elevada infestação de vetores	Insuficiente educação para a saúde	Elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis - HAS
Tendência	2	3	3
Magnitude	2	3	3
Gravidade	2	2	3
Disponibilidade de recursos	1	1	2
Importância	2	3	3
Capacidade de enfrentamento	1	2	2
Urgência.	3	3	3
Total	13	17	18
Posição	3	2	1

Fonte: SIAB. ASS. Reunião de discussão com equipe n. 43.

O Ranqueamento mostrou, como priorização dos principais problemas, três principais, em que a equipe de saúde pode fazer intervenções, na seguinte

sequência: Elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis especialmente HAS (18 pontos); Insuficiente educação pela saúde (17 pontos); e Elevada infestação de vetores (13 pontos).

### **Descrição do problema**

Atualmente a prevalência de doenças crônicas (hipertensão, asma, diabetes, AVC) é um dos problemas mais importantes dos sistemas nacionais de saúde na maioria dos países, como Brasil, Inglaterra, Canadá, Cuba e outros, bem como, também, é objetivo de trabalho das equipes de atenção às famílias, com uma elevada importância.

Considerado que uma das principais ações a melhorar, para obter resultados positivos no processo de saúde-doença, é incrementar a saúde da população, o conhecimento dessas doenças que ocorrem na população permite a viabilização das ações de saúde que promovem uma melhor qualidade de vida.

### **Explicação do problema**

A equipe de saúde da família n. 43 está localizada em uma unidade remodelada em distrito Ressaca, Contagem, historicamente a assistência durante a maior parte do processo de trabalho é de atendimento as demandas espontâneas da população relatadas como um dos principais problemas que enfrentamos. Contando com uma população na área de abrangência de 5.207 pacientes cadastrados com 3.726 maiores de 15 anos, do total, 971 são portadores de HAS, o que representa um 26 % da população maior de 15 anos afetada por esta patologia clínica, deles 64 com idade acima de 65 anos, 49 com cifras de peso catalogadas como sobrepeso ou obesos, 84 pacientes da raça preta. Ressaltamos que neste período foram avaliadas seis grávidas que precisaram atendimento especializado, portando, com cifras de pressão arterial elevadas. Também um paciente menor de 16 anos apresentou cifras tensionais elevadas, pelo que foi classificado como hipertenso.

Contou-se também com nove pacientes portadores de sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), o que representa um 0,16% de afetação e 19 acamados

dos quais 11 tem algum grau de Hipertensão, elevado número de adultos com peso acima do peso ideal, e elevado consumo de sal e gorduras insaturadas na população.

Atualmente o processo de trabalho com as doenças crônicas (DC) está baseado no atendimento as solicitações espontâneas, o que provoca deficiência na Educação Permanente em Saúde, com redução das visitas domiciliares aos pacientes com doenças crônicas, devido à pressão intensa de trabalho durante as oito de trabalho hora por dia. Contando com equipamento na UBS para realizar educação pela saúde, atualmente encontra-se sem uso por risco de roubo. Na comunidade contamos com a Associação dos Moradores do Bairro Novo Progresso II (AMONP), que desenvolve trabalho em grupos com portadores de DC, que poderíamos aproveitar em benefício do conhecimento da HAS.

Durante um período de tempo superior a seis meses nossa equipe não contou com o profissional médico, devido à doença crônica da doutora, o que provocou incremento de situações desfavoráveis na saúde da população da área de abrangência, tais como: incremento do número de doentes e, conseqüentemente, descompensações de doenças como HAS, DM, asma, por falta de atendimento, tratamento e recomendações sanitárias ao respeito de educação pela saúde. Diante processos de avaliações da demanda espontânea ou da agendada conhecemos que a maioria dos pacientes não tem ideia clara da doença, consideram a HAS, uma doença que cura com tratamento, esqueciam o uso de remédios, não conhecem fatores de risco da patologia, e o mais importante relatavam nunca receber explicações sobre a doença.

### **Identificação dos nós críticos do problema escolhido**

Definido o problema fundamental, foram definidas como nós críticos as seguintes quatro situações:

1-Desconhecimento dos gestores de saúde, sobre a importância da visita domiciliar e da educação pela saúde, para criar condições favoráveis aos portadores de doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica.

2- Carência de materiais educativos para efetuar promoção de saúde em doenças crônicas.

3- Desconhecimento dos usuários, em relação a outras terapêuticas para tratamento da sua doença.

4- Falta de modelo de atenção voltado para a demanda espontânea e para o atendimento agendado da população.

### **Desenvolvimento das operações sobre os nós críticos do problema prioritário**

Os quadros 1 a 4 registram, para cada um dos nós críticos relacionados ao problema prioritário os seguintes tópicos: operação, projeto, resultados esperados, produtos esperados, atores sociais/responsabilidades, recursos necessários, recursos críticos, controle dos recursos críticos/viabilidade, ação estratégica de motivação, responsáveis, cronograma/prazo, gestão, acompanhamento e avaliação.



Quadro 1- Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema **"Desconhecimento dos gestores de saúde sobre a importância da visita domiciliar e a educação para saúde, para criar condições favoráveis aos portadores de doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica"**. Equipe de Saúde da Família 43, em Ressaca, Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Desconhecimento dos gestores de saúde, sobre a importância da visita domiciliar e da educação permanente em saúde, para criar condições favoráveis aos portadores de doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica (S).
Operação	Discutir com os gerentes de saúde sobre a importância de Educação Permanente em Saúde (EPS), sobre doenças crônicas, especialmente, sobre a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Capacitação do pessoal da equipe para uma melhor promoção, prevenção e controle à pacientes, familiares e comunidade em geral, com técnicas participativas. Avaliação e proposta de trabalho para as visitas domiciliares.
Projeto	<b>"Educação Permanente em Saúde, para a HAS"</b> .
Resultados esperados	Nível de conhecimento dos gestores de saúde em EPS aumentado, especialmente sobre a HAS. Espaço estabelecido para compartilhamento das informações das equipes de Saúde da Família (ESF) com a gestão.
Produtos esperados	Gerentes do Distrito Sanitário Ressaca participando das reuniões de EPS.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e Enfermeira da equipe: estratégia. Gerente da Unidade Básica de Saúde: Coordenação da reunião. Gerentes de coordenação do Distrito Ressaca: Ajuda na realização e colocação em prática da estratégia, no posto de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Espaço físico, horário liberado para reuniões quinzenais. Cognitivo: Material educativo em EPS, para hipertensão, publicado ou <i>online</i> Construção de estratégias e protocolos de atenção. Financeiro: Não necessário. Político: Autorização para participar na reunião distrital. Adesão dos Gerentes de Saúde para melhorar processo de atendimento nas UBS.
Recursos críticos	Político: Autorização para participar na reunião distrital.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Chefe da Equipe 43 controlará o uso de recursos disponíveis. Motivação: Favorável. Proposta Viável, que gera resultados satisfatórios.
Ação estratégica de motivação	Favorável: Ajuda da Secretaria de Saúde para realizar a reunião e apresentar estratégia.
Responsáveis:	Gerentes de postos, enfermeira e médico de equipe de trabalho <sup>43</sup> .
Cronograma / Prazo	Um ano / Avaliação mensal.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Controle sistemático e avaliação de cumprimento das atividades planejadas, quanto ao cumprimento das estratégias: (bom; regular ou mal). Reunião de avaliação e replanejamento semestral

Quadro 2 - Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema "Desconhecimento dos gestores de saúde sobre a importância da visita domiciliar e a educação para saúde, para criar condições favoráveis aos portadores de doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica". Equipe de Saúde da Família 43, em Ressaca, Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Carência de materiais educativos para efetuar promoção pela saúde em doenças crônicas.
Operação	Parceria de trabalho com: Associação dos Moradores do Bairro Novo Progresso II (AMONP).
Projeto	<b>"Educar com Saúde, para a HAS".</b>
Resultados esperados.	Incrementada a motivação do pessoal de equipe 43, sobre técnicas participativas de Educação pela Saúde em HAS.
Produtos esperados	Melhorado o conhecimento de técnicas participativas em educação pela saúde em funcionários da equipe 43.
Atores sociais/ responsabilidades.	Médico e Enfermeira da equipe: atualização em técnicas de trabalho em Educação pela Saúde.  Gerente do posto de Saúde: Fornecerá espaços e local de trabalho para capacitação.  Parceria com a Secretaria de Educação para Saúde para realizar aulas com especialistas em educação pela saúde.
Recursos necessários.	Estrutural: Obter recursos materiais e técnicas participativas para oferecer educação pela saúde em HAS na UBS e na comunidade.  Cognitivo: Conhecimento de técnicas de trabalho em promoção de saúde.  Financeiro: Financiamento de materiais para EPS (Vídeos, cartazes, propaganda escrita, materiais instrutivos).  Político: Vontade de incrementar nível de conhecimento e qualidade de vida da população portadora de HAS na área de abrangência da equipe 43.
Recursos críticos	Gerenciar recurso financeiro para propagandas, cartazes, materiais educativos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Chefe de equipe e Gerente de posto de Saúde controlam recursos recebidos para o trabalho.  Motivação: Projeto viável, que rende resultados a coto prazo.
Ação estratégica de motivação	Obter apoio favorável da Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde, Distrito, Gerencia das UBS e diferentes Organizações da comunidade para desenvolvimento das operações e propostas.
Responsáveis:	Enfermeira, médico de equipe de trabalho. Gerente da UBS controla desenvolvimento do trabalho.
Cronograma / Prazo	Avaliação Semestral / Realizar em 2015 duas avaliações.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Controle Sistemático Trimestral e avaliação do cumprimento das atividades planejadas no quanto ao cumprimento da Estratégia Educar com Saúde em HAS. (Bom; Regular ou Ruim).  - Avaliar com a gerente do Posto de Saúde Semestral, com relatório e memória.

Quadro 3 - Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema "Desconhecimento dos gestores de saúde sobre a importância da visita domiciliar e a educação para saúde, para criar condições favoráveis aos portadores de doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica". Equipe de Saúde da Família 43, em Ressaca, Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Desconhecimento dos usuários, em relação a outras técnicas e terapêuticas para tratamento da sua doença.
Operação	Avaliação do nível de informação da população sobre este tema, HAS e controle não medicamentoso.
Projeto	<b>"Conhecimento, para compreensão e melhores escolhas".</b>
Resultados esperados	Incrementar em 20% o nível de conhecimento dos portadores de HAS durante o ano 2015.
Produtos esperados	Incrementado uso de novas técnicas de tratamento em HAS não farmacológicas. Melhoria de conhecimento de portadores de HAS sob outras técnicas de tratamento, Terapia Floral, Liang Gong, Acupuntura.
Atores sociais/ responsabilidades	Integrantes de equipe de saúde, líderes da comunidade, especialistas em medicina natural, fitoterapia, terapia floral, Equipe Multidisciplinar (NASF): participaram das capacitações aos pacientes portadores de HAS.
Recursos necessários	Estrutural: Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde em tratamentos alternativos de Doenças Crônicas, HAS. Parceria de trabalho com AMONP para uso de locais de trabalho. Cognitivo: Informação de estratégias estabelecidas para outros tratamentos alternativos. Financeiro: Criar financiamento ou fundos para impressão de documentos em tratamentos alternativos para hipertensão arterial. Político: Vontade de incrementar conhecimento da população sobre alternativas de tratamento e EPS em hipertensão arterial.
Recursos críticos	Financeiro, solicitar incremento de recursos financeiros ao distrito sanitário Ressaca para UBS Industrial Jardim Laguna 43.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Enfermeira, Médico, responsabilizados pelas atividades a realizar com a população da área. Motivação: Secretaria de Saúde. Favorável Equipes de trabalho Favorável Gerencia da UBS. Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de intervenção na comunidade, ao secretário de saúde e secretaria do distrito ressaca.
Responsáveis:	Enfermeira e médico Equipe 43, responsabilizados pelo projeto de trabalho com a comunidade.
Cronograma / Prazo	1 <sup>o</sup> Semestre de 2015./ Avaliação Junho 28.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Controle Sistemático Semestral e avaliação do cumprimento das atividades planejadas no quanto ao cumprimento das Estratégias "Educar com Saúde" e "Conhecimento, para compreensão e melhores escolhas". (Bom; Regular ou Ruim). Reunião semestral para avaliar projeto, com relatório e memória.

Quadro 4- Operações sobre o nó crítico 4 relacionado ao problema "Desconhecimento dos gestores de saúde sobre a importância da visita domiciliar e a educação para saúde, para criar condições favoráveis aos portadores de doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica". Equipe de Saúde da Família 43, em Ressaca, Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Modelo de atenção voltado para a demanda espontânea e atendimento agendado da população de Ressaca, pertencente à equipe 43.
Operação	Sugerir a modificação de estilos de organização do trabalho, aplicando técnicas de controle e métodos de trabalho científicos protocolizados pelo Ministério de Saúde. Integrar demanda espontânea e agendada no processo de trabalho.
Projeto	<b>Educar com Saúde, para a HAS, no processo de trabalho.</b>
Resultados esperados	100% dos usuários que comparecem por demandas espontâneas e agendados instruídos em quanto à utilização do serviço de saúde na APS e sobre a importância do acompanhamento de saúde e autocuidado na visita domiciliar.
Produtos esperados	Organizar e melhorar o processo de trabalho com pacientes por parte de integrantes da equipe 43 e gestores da UBS Laguna. Incrementar número de visitas domiciliares e trabalho em grupo na comunidade, em pacientes portadores de HAS e outras doenças.
Atores sociais/ responsabilidades	Integrantes de equipe # 43, Administrativo da equipe e Dentista: participaram no processo de educação em saúde para a população da área de abrangência.
Recursos necessários	Estrutural: Estabelecer estratégias de trabalho para melhorar o processo de atendimento na UBS Industrial Jardim Laguna, na própria UBS. Cognitivo: Informação de estratégias estabelecidas para o trabalho na atenção Primária de Saúde. Conhecer portarias e protocolos de atendimento. Financeiro: Obter financiamento para impressão de diretrizes e protocolos de trabalho do SUS no Brasil. Político: Vontade de melhorar o processo de atendimento da população, pelas secretarias de saúde e gerentes das UBS.
Recursos críticos	Recursos Financeiros, dependentes de outros níveis para realização de materiais para educação pela saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gerente, Enfermeira, Médico. Administrativo e Técnica de Enfermagem. Viabilidade: Secretaria de Saúde. Favorável Equipes de trabalho Favorável Gerencia da UBS. Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar novos projetos para atendimento na UBS Jardim Laguna baseado no emprego de Protocolo de Manchester, de visita domiciliar como outra forma de atendimento e o trabalho em grupos como escolha para Educação pela Saúde.
Responsáveis:	Enfermeira e Médico de equipe43. Responsáveis por desenvolvimento do projeto de trabalho.
Cronograma / Prazo	1 <sup>o</sup> Trimestre de 2015./ Avaliação Junho 2015.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Apresentar estratégias de trabalho em 2 trimestre de 2015, a Gerente, Diretor (a) de Distrito Ressaca, Avaliar resultados e disponibilizar em ASS de 2015. Reunião semestral para avaliar projeto, com relatório e memória.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, tomando como base as situações descritas e que foram avaliadas no presente trabalho e revisadas em reuniões de trabalho, nossa equipe 43, com médico do Programa Mais Médicos para o Brasil, propôs estratégia de trabalho/plano de intervenção, em que foram identificados quatro nós críticos, com quatro projetos de trabalho finais, sendo: "Educação Permanente em Saúde, para a HAS", "Educar com Saúde, para a HAS", "Conhecimento, para compreensão e melhores escolhas", e "Educar com Saúde, para a HAS, no processo de trabalho", com a finalidade de incrementar a educação permanente em saúde dos gerentes, e funcionários da nossa equipe e também incrementar a educação pela saúde da população pertencente à nossa área de abrangência em hipertensão arterial. Esperamos, com essa estratégia, integrar demanda espontânea com demanda agendada, e melhorar o processo de trabalho com doenças crônicas, especialmente a HAS. Também proposta uma parceria de trabalho com Associação dos Moradores do Bairro Novo Progresso II (AMONP), para melhorar e aproveitar recursos para o trabalho em grupos. As possibilidades de resultados satisfatórios são elevadas, com possibilidade de incrementar o nível de conhecimento da equipe de profissionais de saúde e dos portadores de hipertensão arterial, para adequada atenção à patologia, e para prevenção de fatores de risco e melhoria da qualidade de vida.

Outra atividade proposta é apresentar os resultados da Análise da Situação de Saúde e a própria estratégia de intervenção aos Gerentes e Gestores de Saúde do distrito Ressaca em Contagem, como ação estratégica para assegurar novas formas de trabalho para melhorar, como a educação permanente em saúde e a educação para a saúde em doenças crônicas, especialmente em HAS, com a perspectiva expressa de melhorar a qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial na área de abrangência da equipe 43 em Ressaca município de Contagem em Minas Gerais.

## REFERENCIAS

AMARAL, M. P.; *et al.* **Hipertensão arterial em idosos**: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n2/06.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2015.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular**. Belo Horizonte, 2009; Disponível em: [http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/atadulto/protocolo\\_hipertensao\\_web.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/atadulto/protocolo_hipertensao_web.pdf). Acesso em: 2 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica **Programa Saúde da Família**. Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2000 (Cadernos de Atenção Básica n.3). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03\\_educacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03_educacao.pdf). Acesso em: 16 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf). Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; n.15). Disponível em: <http://www.redehumanizadas.net/71515-hipertensao-arterial-sistemica>. Acesso em: 2 abr. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009, 54p. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes.html>. Acesso em: 2 abr. 2015

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311860>. Acesso em: 9 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 31 dez. 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm). Acesso em: 9 abr. 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3). Acesso em: 2 abr. 2015

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. **Protocolo de Enfermagem.** Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, Janeiro de 2012; Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAfp1kAK/protocolo-fluxo-hipertensao-arterial-pdf-df>. Acesso em: 8 abr. 2015.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>. Acesso em: 8 abr.2015.

CUBA. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. **Hipertensión Arterial, Guia para la prevención, diagnóstico y tratamiento.** La Habana. Editorial Ciências Médicas, 2008. Disponível em: [http://www.hvil.sld.cu/uploads/10/guia\\_cubana\\_hta2008.pdf](http://www.hvil.sld.cu/uploads/10/guia_cubana_hta2008.pdf). Acesso em: 2 abr. 2015.

MARTINS, A. A. **Estratégia de implementação do protocolo de hipertensão arterial/risco cardiovascular** pela Equipe Azul do Centro de Saúde. Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2431.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2015.

MINAS GERAIS. **Linha Guia da Hipertensão Arterial.** Belo Horizonte, Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABq7QAC/linha-guia-hipertensa>. Acesso em: 9 abr. 2015.

MOREIRA, T. M. M. PAZ, E. P. A; ARAÚJO, J L. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. Ceará, 2010; **Esc. Anna Nery** (impr.) 2010 jul-set; 14 (3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300018&script=sci_arttext) Acesso em: 8 abr.2015.

ORDÚNEZ-GARCÍA,P. *et al.* Éxito en el control de la hipertensión en un escenario de pocos recursos: la experiencia cubana.**Journal of Hypertension**, 24:845-849, 2006,Disponível em:

[http://www.sld.cu/galerias/doc/servicios/hta/ordunez2006\\_spa\\_jez%5B1%5D.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/servicios/hta/ordunez2006_spa_jez%5B1%5D.doc). Acesso em: 6 abr.2015.

PERÉS, S. D.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev. Saúde Pública. v. 37, n. 5, p. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2015.

SANTOS, Z. M. S.A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. V. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: Análise com abordagem interdisciplinar., 2005; **Texto Contexto Enferm.** v. 14, n. 3, p. 332-40, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a03.pdf>. Acesso em: 22 de jun..2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 95, n.1, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001700001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001). Acesso em: 21 mar. 2015.





