

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

ITALO DE ALMEIDA CARVALHO

**EXPRESSIVO AUMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ESTRÁTEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RETIRO**

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

JUNHO/2017

ITALO DE ALMEIDA CARVALHO

**EXPRESSIVO AUMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ESTRÁTEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RETIRO**

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: Professor(a). Daniela Coelho Zazá

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

JUNHO/2017

ITALO DE ALMEIDA CARVALHO

**EXPRESSIVO AUMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ESTRÁTEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
RETIRO**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a). Nome – Instituição

Examinador 2 – Professor(a). Nome - Instituição

Aprovado em de de 2017

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha Estratégia de Saúde da Família, uma vez que eles são essenciais e tornam o dia a dia mais leve, tranquilo e divertido. Sem o auxílio deles, esse trabalho não seria possível

Dedico também aos meus pacientes, na medida em que todos os dias, a cada atendimento me transformam em um profissional mais humanizado e me permitem aprender, saber ouvir, ter paciência, tranquilidade, empatia e altruísmo.

Dedico também aos meus colegas de caminhada, já que contribuíram direta ou indiretamente, através de ajudas e conselhos, para a formação do meu conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, uma vez que são eles que me apóiam, torcem e vibram por mim. Agradeço a minha tutora, Daniela Coelho Zazá, sem suas instruções, direcionamento e críticas construtivas, o processo de conhecimento não teria consolidado.

Agradeço meus pacientes, pela paciência, por me receberem bem em suas casas, pelo bom vínculo e por verem a Estratégia de Saúde da qual faço parte, como primeira porta de saúde. Agradeço minha equipe pela luta e compromisso diário.

RESUMO

Este estudo objetivou traçar os indicadores de saúde relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica da Comunidade de Retiro atendida pela Estratégia de Saúde da Família, localizada em São Francisco, Minas Gerais. A Hipertensão Arterial Sistêmica configura como problema nacional freqüente nas maiorias das Estratégias de Saúde da Família. Além disso, está relacionada com Acidente Vascular Encefálico isquêmico, lesões renais, cardiopatias e afecções relacionadas à neurologia. A adesão ao tratamento e mudança de hábitos é um desafio para a equipe da ESF. Este estudo tem como objetivo avaliar o tratamento e as intervenções propostas pela equipe com finalidade de melhorar esse quadro. Entende-se que o atendimento global e integralizado propõe eficiência de resultados.

Palavras Chave: Hipertensão, Tratamento, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aimed to outline the health indicators related to the Community Systemic Hypertension served by the Family Health Strategy, located in São Francisco, Minas Gerais. Systemic Arterial Hypertension is a frequent national problem in most of the Family Health Strategies. In addition, it is related to ischemic cerebral vascular accident, kidney lesions, heart diseases and neurological related conditions. Adherence to treatment and change of habits is a challenge for an ESF team. This study aims to evaluate the treatment and how interventions by the team aiming to improve this situation. It is understood that the global and integrated service proposes the efficiency of results.

Keywords: Hypertension, Treatment, Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ESF	Estratégia Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Sobre a priorização dos problemas, com ordem decrescente de 14
importância da população sob responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família
Retiro, localizada em São Francisco, Minas Gerais.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Breves informações sobre o município São Francisco – MG.....	11
1.2. O sistema municipal de saúde	11
1.3. A Equipe de Saúde da Família Verde, seu território e sua população.	12
1.4. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) 13	
1.5. Priorização dos problemas	14
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVOS	17
3.1. Objetivo geral	17
3.2. Objetivos específicos	17
4. METODOLOGIA	18
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1. Estratégia de Saúde da Família.....	19
5.2. Condições associadas à Hipertensão Arterial Sistêmica	19
5.3. Hipertensão Arterial Sistêmica: dieta e sedentarismo	20
5.4. Obesidade e Hipertensão Arterial Sistêmica	21
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
6.1. Descrição do problema selecionado	22
6.2. Explicação do problema selecionado	22
6.5. Seleção dos nós críticos.....	23
6.6. Desenho das operações	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
8. REFERÊNCIAS	26
ANEXO A	28

1. INTRODUÇÃO

1.1. Breves informações sobre o município São Francisco – MG

São Francisco é uma cidade localizada às margens do rio São Francisco no norte de Minas Gerais. Sua população total é a 4ª maior do norte-MG. Fundada entre 1700 e 1702, por Domingos do Prado e Oliveira, nasceu a Fazenda Pedras de Cima, entre a beleza do Rio das Pedras e do Rio dos Angicos.

Neste contexto geográfico, encontra-se a 580 Km da capital Belo Horizonte, possui uma área territorial de 3.314,87 km². Possui Altitude de 695 metros. O clima é semi-árido, com um índice pluviométrico médio anual de 936 mm. A temperatura media anual é de 26° C. População: 53898 habitantes; População urbana:34.235; População rural:19.663; PIB: 118.986.908,00PIB per capita: R\$ 3.767,81.

A cidade conta com ruas largas e planas na região central. A maioria das vias urbanas próximas à região central é pavimentada e permite acesso fácil às regiões mais distantes. A rodovia que liga a cidade de São Francisco ao município de Luislândia possui maior tráfego de veículos. A travessia sobre o rio São Francisco é feita por balsas, que fazem o percurso periodicamente e despertam bastante curiosidade nos visitantes. A cidade conta com um enorme espaço aberto para festas na região central, conhecido como "Cimentão"; um Centro Cultural Católico; o Parque de Exposições Zezé Botelho; um estádio de futebol; e duas estações rodoviárias. Há também um grande número de praças espalhadas por toda a cidade. Como forma de contenção da água do rio nas épocas de cheia, foi criado um aterro às margens do rio em toda a região central, impedindo as inundações na cidade.

A economia de São Francisco consiste na agropecuária, piscicultura, e está em andamento a extração de gás natural na margem do rio São Francisco, além do comércio entre comerciantes e serviços. Há a presença do setor industrial no município, porém com influência econômica bastante discreta.

A religiosidade tem influência marcante nas principais manifestações culturais do povo sanfranciscano, principalmente nas festas folclóricas. A cidade de São Francisco conta com uma população de maioria católica, porém houve na última década um importante crescimento das comunidades evangélicas no município. Há ainda a presença de religiões afro-brasileiras, como candomblé.

1.2.O sistema municipal de saúde

ATENÇÃO PRIMÁRIA: 15 Unidades Primárias de Saúde: 7 Rural e 8 Urbanos.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA: Apoio Diagnóstico, Assistência Farmacêutica, Vigilância Epidemiológica(Imunizações, Combate de Endemias e Fiscalização Ambiental), Hospital Geral(Conta com especialidades como ortopedia , pediatria, ginecologia, cirurgia geral, clínico e laboratório clínico e serviços de RX).

ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: uma Unidade de Pronto Socorro e Serviços do SAMU.

ATENÇÃO HOSPITALAR: um Hospital Geral.

APOIO DIAGNÓSTICO:Um Laboratório Clínico e serviços de RX.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: Conta com uma Farmácia Popular, Farmácia do trabalhador, Farmácia Básica.

VIGILÂNCIA DA SAÚDE: Vigilância Epidemiológica (Imunizações, Combate de Endemias e Fiscalização Ambiental).

RELAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO: Existe relação mais ainda tem muitas dificuldades.

RELAÇÃO COM OUTROS MUNICÍPIOS: se relaciona sobre todo pra o atendimento dos pacientes dos programas Mais Vida, Hipertensão, Hemodiálises e Saúde Mental.

CONSÓRCIO DE SAÚDE: CISNORTE.

MODELO DE ATENÇÃO: existem os modelos primários e secundários.

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

A Estratégia de Saúde da Família de Retiro, foi inaugurada há mais ou menos 3 anos e está situada no centro do povoado, os horário de atendimento de segunda- sexta feira , das

7:00 horas às 16:00 horas, dividida em 7 micro áreas, existem 727 famílias, das quais neste momento só 447 são atendidas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Conta com 10 trabalhadores que são 01 médico, 01 enfermeira, 02 tec.de enfermagem, 01 auxiliar de serviços gerais e 07 agentes comunitários de saúde e 01 motorista.

A área física do posto de saúde é uma construção nova, com uma sala de espera ,recepção, banheiros para usuários,sala para triagem, sala para vacinação , 2 salas para consultas (médico e enfermeiro), sala de curativos, sala para procedimentos e administração de medicamentos, salão odontológico que não tem equipe de trabalho, cozinha, banheiro para trabalhadores e salão de esterilização e manipulação de material séptico e salão de reuniões.

A população tem muito apreço pela Unidade, fruto de anos de luta da associação de vizinhos. A Unidade atualmente não está bem equipada e não conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém até o final da última administração funcionava com mesa ginecológica, glicômetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. A falta de outros materiais constituiu-se em foco de tensão relevante entre a Equipe de Saúde, gestor de saúde do município e prefeitura municipal.

Existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido até às 18:00 horas pelo menos em alguns dias da semana. Essa demanda se justifica, segundo a comunidade, entre outros motivos, pelo fato de existirem muitos trabalhadores rurais que retornam do trabalho no final da tarde e, por isso, têm dificuldade de acesso à Unidade de Saúde. O tempo da Equipe Retiro está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda programada e espontânea.

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

A alta prevalência de Hipertensão arterial na comunidade, alta quantidade de diabéticos na comunidade, inacessibilidade aos serviços de saúde, a alta demanda pelo serviço, os poucos recursos que a unidade pode oferecer a ineficiência dos sistemas de transferência e contra-referência, falta de capacitação de alguns profissionais quanto prevenção e promoção, alta demanda por consultas o que gera um atendimento menos prolongado, grandes horas de espera por atendimento devido alta demanda espontânea.

1.5. Priorização dos problemas

Principais problemas	Importância	Urgência (0-10)	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão na comunidade	Alta	10	Parcial	1
Alta prevalência de diabetes na comunidade	Alta	9	Parcial	2
Inacessibilidade aos serviços de saúde	Alta	8	Mínima	3
A ineficácia dos sistemas de transferência e contra-referência.	Média	7	Mínima	4
Poucos recursos da Unidade	Média	7	Mínima	5
A falta de preparo de alguns profissionais quanto prevenção e promoção	Média	7	Máxima	6

Fonte:

*Alta, média ou baixa

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

***Total, parcial ou fora.

A prevalência de Hipertensão na comunidade se dá principalmente entre os idosos e representa o maior problema da Comunidade, já que a falta de adesão ao tratamento, a dificuldade em implantar medidas que ressaltam a dieta balanceada e a prática de atividades físicas não são bem aceitos pela população. Isso é também reflete uma dificuldade da equipe em abordar esse problema. A capacidade de enfrentamento é parcial, pela dificuldade em implantar mudanças, a importância é alta pelos agravos subseqüentes e a urgência é máxima devido a quantidade de pessoas.

Alta prevalência de diabetes na comunidade é fato que gera outras comorbidades como Acidente Vascular encefálico, lesões renais, infarto. Por isso, é qualificada de grande importância. A equipe tem dificuldade de enfrentamento, na medida em que, nem sempre usa a melhor linguagem, isto é, a mais acessível a população para contornar o problema. A capacidade de enfrentamento é parcial, pela dificuldade em implantar mudanças, a importância é alta pelos agravos subseqüentes e a urgência é quantificada em 9, porque há problemas maiores na comunidade.

A inacessibilidade aos serviços de saúde ocorre de várias maneiras, seja pela alta demanda dos atendimentos, a falta de suporte da unidade em receber cadeirantes, pessoas com deficiência visual e auditiva, na medida em que o espaço físico e a equipe não se encontram totalmente preparados para receber. A capacidade de enfrentamento é mínima pela dificuldade de capacitar equipe, a importância é alta por que fere princípios do Sistema Único de Saúde e a urgência é quantificada em 8, porque há problemas maiores na comunidade.

Ademais, a ineficácia dos sistemas de transferência e contra-referência ocorre pela má comunicação entre secretários de saúde das cidades vizinhas, fato que pode gerar muitos transtornos no atendimento. Outrossim, os sistemas de transferência são burocráticos e complexos de se conseguir. A capacidade de enfrentamento é mínima, pela dificuldade da

equipe em envolver em assuntos administrativos, a importância é média, já que gera poucos agravos e a urgência é quantificada em 7, porque há problemas maiores na comunidade.

Os poucos recursos da Unidade refletem não apenas um problema em minha Unidade, mas na maioria em todo o Brasil, falta recursos básicos como gases, materiais para realização do PCCU, álcool 70, luvas de procedimento, dentre outros materiais. Desse modo, a capacidade de enfrentamento é mínima, pela dificuldade da equipe em envolver em assuntos administrativos, a importância é média, já que gera poucos agravos e a urgência é quantificada em 7, porque há problemas maiores na comunidade.

A falta de preparo de alguns profissionais quanto prevenção e promoção gera uma atenção curativa, pouco holística, integral e globalizada. Desse modo, é comum o tratamento dos doentes em análise apenas subjetiva, isto é, a maioria da equipe preocupa em tratar apenas a sintomatologia. A capacidade de enfrentamento é máxima, já que é possível implementar ações que revisem essas atitudes, a importância é máxima, já que gera muitos agravos e a urgência é quantificada em 7, porque há problemas maiores na comunidade.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estimativas indicam que sua prevalência está ascendente e seu impacto nas populações será ainda mais danoso nos próximos anos. A constante análise e o levantamento de informações sobre este agravo são de fundamental importância para planejadores e gestores de saúde. (BOING; BOING, 2007).

A preocupação com a hipertensão arterial sistêmica (HAS) decorre de sua contribuição para a morbimortalidade causada por doenças cardiovasculares, as quais, mesmo quando não fatais, levam com frequência à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o indivíduo, sua família e a própria sociedade. A HAS, por exemplo, aumenta em sete vezes o risco de acidente vascular cerebral, torna o risco de infarto do miocárdio três vezes maior, é a causa mais comum de insuficiência cardíaca e associa-se com aneurismas em 60% a 80% dos casos. (SALES, M. C.; TAMAKI, 2007).

A despeito disso, percebe-se a necessidade de realizar esse trabalho, uma vez que a equipe de da ESF Retiro não se encontra em capacidade total para exercer ações que estabeleçam a redução do número de hipertensos da Comunidade. Ademais, este trabalho também reforça a necessidade de aprofundamento sobre essa patologia, na medida em que só podemos mudar uma realidade quando dispomos de todos os aparatos e ferramentas necessárias, isto é, quando estamos preparados.

Outrossim, há muitas dúvidas da Comunidade sobre a doença e muita desinformação sobre os fatores condicionantes e agravantes, sobre as formas de controle e as seqüelas associadas.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Realizar projeto de intervenção com a objetivo de melhorar as estatísticas e possibilidade de tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica ESF Retiro, em São Francisco, Minas Gerais.

3.2. Objetivos específicos

Possibilitar, juntamente com a equipe uma melhor abordagem sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Realizar na ESF ações de educação em saúde voltadas à Hipertensão Arterial Sistêmica.

Rever estudos relacionados a Hipertensão Arterial Sistêmica através da revisão bibliográfica.

4. METODOLOGIA

Para este estudo utilizou-se o diagnóstico situacional. Assim, realizou-se o método de Estimativa rápida a fim de estabelecer o maior problema da comunidade, os nós críticos e as ações a serem propostas.

Deste modo, houve revisão de literatura. Plataformas e documentos de órgãos públicos foram revistos. Trata-se de estudo transversal, de base populacional, acerca das práticas alternativas de cuidado a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, o que permite o privilégio de se realizar novas abordagens e aprofundamentos.

Para a redação, as normas da ABNT foram as preconizadas para edição deste trabalho. Para a definição das palavras chaves recorreu-se a descritores em ciências da saúde.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1.Estratégia de Saúde da Família

A atenção programática estruturada parece desempenhar papel importante para melhorar o controle da pressão arterial. Estudo realizado em serviço de atenção primária mostrou redução dos níveis pressóricos de pessoas mais jovens e que tinham maior frequência de comparecimento às consultas programadas. (HELENA, NEMES, 2010).

Desde sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) lida com insuficiência de recursos, dado cenário adverso do ponto de vista econômico à época de sua criação. O Programa de Saúde da Família surgiu sob a crítica inicial de ser um programa com características restritivas de atenção. Entretanto, sua expansão veloz nos últimos anos e sua importância a transformaram numa estratégia de conversão do modelo de atenção básica. O controle e diagnóstico da hipertensão tem sido atribuição da Saúde da Família, tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial e é ação estratégica de atuação após o Pacto em Defesa da Vida, de 2005. (RABETTI, FREITAS, 2011).

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturado em uma unidade de saúde, e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional. A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico–enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional. (ARAÚJO, GUIMARÃES, 2007).

5.2.Condições associadas à Hipertensão Arterial Sistêmica

Não há dúvidas de que, atualmente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um sério problema de saúde pública em todo o mundo. A HAS é comprovadamente um fator de risco para uma série de outras doenças e agravos à saúde, sendo, portanto, considerada a origem das doenças crônico-degenerativas. (MANFROI, OLIVEIRA, 2006).

A hipertensão arterial é considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes melito e dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica. (ROSÁRIO; et al, 2009).

O risco que a elevação da pressão arterial (PA) representa para o sistema cardiovascular e outros órgãos é bem conhecido. O estresse hemodinâmico decorrente de regimes de pressão, sustentadamente elevados, origina cardiopatia, nefrologia e retinopatia hipertensivas, além de se constituir em um dos principais fatores de risco para as doenças aterotrombóticas. (FUCHS, et al, 1995).

5.3. Hipertensão Arterial Sistêmica: dieta e sedentarismo

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco (FR) e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos (HA, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modificam a história evolutiva desses agravos torna ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência. (JARDIM, et al, 2007).

Considerações a respeito do sobrepeso devem ser direcionadas à dieta, apontando para a necessidade de reeducação alimentar e não dietas curtas. Considera-se a dieta como a primeira conduta, pois funciona como o principal fator relevante dentro dos fatores modificáveis. Após o controle deste, não há uma resolução completa dos fatores modificáveis, até porque o grupo de pessoas aqui relacionado convive no mundo pós-moderno e tecnológico, onde a acomodação é quase que um convite. (SILVA, SOUZA, 2004).

Os reais mecanismos da redução da PA pelo exercício ainda não estão totalmente esclarecidos. Não parece que esta redução seja somente devida a ações indiretas do exercício como redução do peso, diminuição do estresse, do perfil lipídico, da mudança do estilo de vida, dentre outros, porém relacionados a alterações diretas do exercício, das quais destacamos: diminuição da atividade simpática e redução da resistência à insulina participação dos barorreceptores, embora estejam mais relacionados aos ajustes agudos do exercício; participação do endotélio com maior produção de óxido nítrico. (BAPTISTA, et al, 1997).

5.4. Obesidade e Hipertensão Arterial Sistêmica

A prevalência de obesidade tem aumentado em todo o mundo e vem se tornando o maior problema de saúde na sociedade moderna na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Quando comparados aos indivíduos com peso normal, aqueles com sobrepeso possuem maior risco de desenvolver diabetes mellitus(DM), dislipidemia e hipertensão arterial(HAS), condições que favorecem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV). (CARNEIRO, et al, 2003).

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui no delineamento desse quadro. (JARDIM, et al, 2007).

A obesidade é um fator de risco independente dos demais para a ocorrência de doença isquêmica coronariana e morte súbita, especialmente em homens abaixo de 50 anos. A maior prevalência de hipertensão na obesidade tem sido atribuída à hiperinsulinemia decorrente da resistência à insulina presente em indivíduos obesos, principalmente naqueles que apresentam excesso de gordura na região do tronco. A hiperinsulinemia promove ativação do sistema nervoso simpático e reabsorção tubular de sódio, o que contribui para aumentar a resistência vascular periférica e a pressão arterial. (CARNEIRO, et al, 2003).]

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Em relação às propostas de intervenção, as principais são: realizar abordagens aos hipertensos com objetivo de realizarem atividades físicas diárias, consumirem um maior número de frutas, legumes, verduras e hortaliças, estabelecerem horário para alimentar, realizarem dieta hipossódica, manter tratamento medicamentoso e, sobretudo, garantir continuidade do atendimento na ESF. A equipe desenvolverá essas ações através de grupos operativos, consultas, palestras em escolas, cartazes, folders, consultas e nas visitas.

A equipe necessitará de capacitação a fim de que possa assistir os doentes de forma holística. Assim, a equipe desenvolverá ações com objetivo não apenas informativo e educador, mas também visando aumentar vínculo com comunidade para que a ação seja duradoura e eficaz.

Sobre o plano operativo do projeto de intervenção, almeja-se delatar aos responsáveis sobre as necessidades da ESF de São Francisco, as ações a serem promovidas, os principais grupos a serem atendidos, as metas, prazos, o processo de longitudinalidade e integralidade da assistência.

Sobre o plano de ação, foi realizado diagnóstico situacional nas microáreas da ESF. Para isso, adotou-se o método de estimativa rápida. Assim, demonstrou-se como principal problema “A alta prevalência de hipertensos na Comunidade”.

Realizou-se, revisão de literatura latino-americana e do caribe em ciências (lilacs) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO) através dos seguintes descritores: “Hipertensão, Tratamento, Intervenção da equipe de saúde, Estratégia de Saúde da Família”.

6.1.Descrição do problema selecionado

A ESF de Retiro atende os 238 hipertensos da Comunidade. O maior índice de Hipertensão é entre homens idosos. Percebe-se também o aumento de hipertensão nas menacnes durante período gestacional. Não há crianças hipertensas. Há apenas 5 adolescentes hipertensos, a doença correlaciona-se com o sobrepeso/obesidade. A HAS também está presente em grande parte dos obesos/sobrepesos.

6.2.Explicação do problema selecionado

A HAS é diagnóstico prevalente na ESF, ocorre, sobretudo nas mulheres, assim que entram na menopausa, e idosos de maneira geral. A falta de adequação do tratamento é freqüente, na medida em que, muitos não seguem os aconselhamentos propostos pela equipe,

deixam de realizar tratamento medicamentoso e, o mais comum, não seguem tratamento relativo a hábitos alimentares e atividade física.

A alta prevalência de Hipertensão na Comunidade se deve a: poucas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na Comunidade e a alta quantidade de pessoas sobrepeso e obesas.

Sobre as poucas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, destaca-se que poucas pessoas da equipe não estão preparadas para efetuar ações nessa área. Ademais, as pessoas têm pouco conhecimento sobre a fisiopatologia da doença, as formas de abordagem, como ajudar e as seqüelas da doença.

Sobre a alta quantidade de obesos e sobrepesos, ocorre, sobretudo, nas classes mais baixas e em pessoas com baixa escolaridade. Destarte, esses fatores contribuem para a inadequação do controle do peso. Assim, eles não seguem o tratamento medicamentoso e as mudanças de hábitos de forma correta, o que culmina em aumento da Hipertensão Arterial.

6.5. Seleção dos nós críticos

Foram selecionados os seguintes nós críticos para o elevado número de hipertensos em nossa área de abrangência:

- poucas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na Comunidade
- hábitos e estilo de vida inadequados

6.6. Desenho das operações

O desenho das operações é um passo importante já que nesta fase se definem as ações e os resultados esperados, além dos recursos necessários. Desse modo, nossa equipe interdisciplinar elencou como problema prioritário o seguinte aspecto: a alta quantidade de hipertensos na comunidade .

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Poucas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na Comunidade	Mudanças já Esclarecer aos pacientes sobre as formas de prevenção e	Maior número de ações para promoção da saúde	Formação de grupos operativos para divulgação contínua de informações, visitas	Organizacional: organização da agenda; Cognitivo: estratégias de comunicação;

	controle da doença		informativas, palestras educativas	<p>Politico: Conseguir local, mobilização social,</p> <p>Financeiros: Para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc</p>
Hábitos e estilo de vida inadequados	<p>+ Saúde</p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida</p>	<p>Maior adesão ao tratamento, maior controle da doença, pessoas fisicamente ativas</p>	<p>Grupos de caminhada, grupos sobre alimentação saudável, palestras educativas</p>	<p>Organizacional para organização das caminhadas e grupos;</p> <p>Cognitivo: estratégias de comunicação;</p> <p>Financeiros: Para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc</p>

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito da HAS, apesar de ser uma doença comum nacionalmente e de todos os programas que podem ser realizados na Atenção Primária, é ainda uma doença de difícil controle e tratamento, na medida em que muitos pacientes não realizam o controle dietético, não perdem peso e nem sempre aderem ao tratamento medicamentoso.

Assim, nota-se como a ESF deve ser atuante nesse processo de recuperação da saúde e prevenção de agravos, na medida em que a HAS pode ter como conseqüência: lesões renais, infartos, Tromboembolismo Pulmonar, Acidente Vascular Encefálico, entre outras patologias. Destarte, a ação integrada da equipe, permite uma melhor intervenção no quadro clínico, o conhecimento da população sobre a patologia, bem como fatores de risco, seqüelas, importância da boa alimentação e práticas de atividades físicas diárias.

REFERÊNCIAS

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*, vol. 14, n. 2, p. 84-88, 2007.

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

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

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

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.

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

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

FUCHS, F. D.; et al. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores Associados na Região Urbana de Porto Alegre. Estudo de Base Populacional. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, vol. 63, n. 6, p. 473-479, 1995.

SILVA, J. L. L., SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004.

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

BAPTISTA, C.; et al. Hipertensão arterial sistêmica e atividade física. RevBrasMed Esporte, vol. 3, n. 4, Niterói, 1997.

CARNEIRO, G.; et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Rev. Assoc. Med. Bras., vol.49, n.3, São Paulo, 2003

ANEXO A

Equipe interdisciplinar de saúde da ESF Retiro, São Francisco, Minas Gerais.