

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

RICARDO SUAREZ FUENTES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ATENDIDOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BERNARDA DO MUNICÍPIO RIO
MANSO - MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2018

RICARDO SUAREZ FUENTES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ATENDIDOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BERNARDA DO MUNICÍPIO RIO
MANSO - MINAS GERAIS**

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

Orientador: Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2018

RICARDO SUAREZ FUENTES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ATENDIDOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BERNARDA DO MUNICÍPIO RIO
MANSO - MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim. - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 24/04/2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus, pela força e vontade dadas ao traçar meu caminho como Profissional de Saúde.

A meus pais, responsáveis pela minha educação e formação.

A minha filha que, apesar da distância me fortalece para seguir em frente e a minha querida esposa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha tutora Daniela Coelho Zazá do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais pelos esforços realizados e o apoio para que tudo desse certo e aos integrantes da minha equipe de trabalho e a Bernarda pela atenção oferecida.

Agradeço o apoio recebido, a dedicação, a compreensão da minha família, do povo brasileiro e de todas as pessoas que contribuíram para a minha preparação profissional.

Agradeço também minha orientadora Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim pela ajuda imensurável.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada uma doença crônica, degenerativa e representa sério problema de saúde na população, sendo uma das prioridades da atenção básica, pois o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição de eventos cardiovasculares. A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença que atinge cerca de 30% da população. Na Estratégia de Saúde da Família Bernarda, no município de Rio Manso, observou-se um aumento das incidências de Hipertensão Arterial Sistêmica e esse fator relacionava-se à falta de conhecimento dos fatores de risco e ao estilo de vida pouco saudável dos pacientes. O objetivo desse estudo foi elaborar um plano de intervenção para redução da incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica nos pacientes atendidos pela equipe. Para seu desenvolvimento foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional para levantar os problemas da comunidade e eleger o problema prioritário para intervenção. Foi elaborada a revisão da literatura, através de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva Scientific Electronic Library Online, através dos descritores Hipertensão, Estratégia Saúde da Família e Fatores de risco. Este projeto pretende elevar o nível de conhecimento de Hipertensão Arterial Sistêmica, para favorecer o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis e habilidades, que por sua vez permite tomar decisões adequadas para o controle da hipertensão arterial e melhorar a qualidade de vida para esse grupo de pacientes, evitando complicações e a morte.

Palavras-chave: Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Fatores de risco.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is considered a chronic, degenerative disease and represents a serious health problem in the population, being one of the priorities of basic care, since good control and appropriate treatment of this condition are essential for the reduction of cardiovascular events. Systemic Arterial Hypertension is a disease that affects about 30% of the population. In the Bernarda Family Health Strategy, in the city of Rio Manso, there was an increase in the incidence of Systemic Arterial Hypertension, and this factor was related to the lack of knowledge of the risk factors and unhealthy lifestyle of the patients. The objective of this study was to elaborate an intervention plan to reduce the incidence of Systemic Arterial Hypertension in patients treated by the team. For its development, the Situational Strategic Planning Method was used to raise the problems of the community and to choose the priority problem for intervention. The review of the literature was done through data from the Virtual Health Library, Virtual Library of the Scientific Electronic Library Online Health Education Center, through the descriptors Hypertension, Family Health Strategy and Risk Factors. This project intends to raise the level of knowledge of Systemic Arterial Hypertension to promote the development of healthy living habits and abilities, which in turn allows to make adequate decisions for the control of arterial hypertension and to improve the quality of life for this group of patients, avoiding complications and death.

Keywords: Hypertension. Family Health Strategy. Risk factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Breves informações sobre o município	10
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 (segundo passo)	13
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
5.1 Caracterização da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	19
5.2 Tratamento da Hipertensão Arterial.....	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	23
6.1 Descrição do problema selecionado.....	23
6.2 Explicação do problema selecionado.....	23
6.3 Seleção dos nós críticos.....	24
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	24
6.5 Análise de viabilidade do plano.....	27
6.6 Plano operativo.....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERENCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

Este trabalho foi desenvolvido em Rio Manso que se localiza na Zona Metalúrgica do Estado de Minas Gerais e integra-se a região metropolitana de Belo Horizonte. Seu núcleo urbano fica num planalto rodeado pelo verde que se perde de vista, cercado aos pés pelas águas mansas do rio que lhe deu nome. Rio Manso foi criado em 1962 e tem atualmente uma área de 232,102 Km² (IBGE, 2015).

Em meados do século XVII, estas terras foram atravessadas, pela primeira vez, pelos bandeirantes Fernão Dias Paes Lemos, Mathias Cardoso de Almeida, Antônio Gonçalves Figueira, Antônio do Prado Cunha, Francisco Pires Ribeiro, Manoel de Borba Gato e João José Dias Paes e próximo às águas tranquilas do rio que corta a região no sentido sul/norte, predominando áreas planas propícias à cultura e pastagens, originou-se o primitivo arraial (IBGE, 2015).

Acredita-se que os primeiros habitantes de Rio Manso foram os índios catagüeses, os mesmos que habitavam a região, devido ter sido encontrados algumas peças de cerâmica, onde, provavelmente, foi um cemitério indígena, na época das escavações para construção da principal praça da cidade (IBGE, 2015).

No século XX, a lei nº 843, de 07 de setembro de 1923, fez com que a denominação Santa Luzia do Rio Manso fosse simplificada para Rio Manso. (IBGE, 2015).

Com um povo muito religioso e devoto de Santa Luzia, foi erigida a primitiva matriz nos meados do século XVIII, de acordo com informações no manuscrito Relação das Freguesias do bispado da Cúria de Mariana de autoria do Cônego Raimundo Trindade, em 1748 (IBGE, 2015).

A igreja foi construída por Francisco Borges, pai do padre Francisco Borges, primeiro sacerdote do lugar. Os principais eventos da comunidade são a Festa de Santo

Antônio (31 de maio a 13 de junho) e a Festa de Santa Cruz (3 de maio) (IBGE,2015).

A população do município é de 5.267 habitantes, com uma densidade populacional de 22,69 habitantes por Km². Seus municípios limítrofes são Bonfim, Brumadinho, Itatiaiuçu, Crucilândia e Itaguara. A distância até a capital é de 63 km. O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,708. Acrescenta-se que taxa de alfabetização é de 88,3 % e que a principal atividade econômica é a agricultura (IBGE, 2015).

Além de Postos de Saúde como o Rio Manso Policlínica, quatro localizados no Centro de Rio Manso, há também o AMA (Assistência Médica Ambulatorial), a ESF (Estratégia de Saúde da Família), além de várias outras iniciativas na área da saúde em âmbito municipal e até mesmo estadual (IBGE, 2015).

A gestão atual desse município é realizada pelo Prefeito, gestão da saúde conta com a Secretaria Municipal de Saúde e com a Coordenadora da Atenção Primária à Saúde.

1.2 O sistema municipal de saúde

Com respeito ao sistema de saúde para que se possa cumprir o que a Lei determina, o Conselho Municipal de Saúde deve exercer o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa dizer que cabe ao Conselho fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados à área de Saúde no Orçamento do município, bem como aprovar o Plano Municipal de Saúde e, do mesmo modo, exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, que são destinados os recursos a serem gastos com a saúde no município. O município conta com duas Equipes de Saúde de Família, uma Unidade Saúde 24 horas, uma Unidade de Saúde Bucal, três farmácias municipais. Atualmente conta com 100% das Equipes de Saúde cobertas com médicos e cada profissional cumpre com um horário de segunda a sexta feira de 7.00 horas até 17.00 horas, com uma carga de 40 horas semanais.

1.3 Unidade de Saúde da Família

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Bernarda localiza-se na zona rural do município de Rio Manso. A UBS é uma casa alugada, foi inaugurada no ano 2005 e desde então aloja uma Equipe de saúde composta de um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma farmacêutica, um administrativo, dois auxiliares de limpeza e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A UBS Bernarda atende uma população de 3.087 pessoas, que formam 1150 famílias. Nessa UBS são prestados serviços tais como acolhimento, atendimento de enfermagem, atendimento médico, prevenção e tratamento de doenças, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), dentre outras, curativos, distribuição de preservativos, educação em saúde, exame citopatológico do colo do útero, administração de alguns medicamentos sob prescrição médica, nebulização, planejamento familiar, pré-natal e puericultura. São realizados ainda atendimento médico e de enfermagem em domicílio e as ACS realizam atividades do Programa de Agente Comunitário de Saúde. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 07:00 às 17 horas. A unidade atende, ainda, alguns casos de urgência, os quais são encaminhados para a Policlínica de Rio Manso e as que necessitam de procedimentos hospitalares são encaminhadas ao pronto atendimento da cidade de Betim e Belo Horizonte.

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

A equipe de saúde é responsável pelo acompanhamento de toda a população da área de abrangência, o que permite conhecer a realidade das famílias atendidas, além de identificar suas situações de risco, vulnerabilidade e os problemas de saúde. Desta forma, é possível elaborar planos de ação para a resolução de problemas mais frequentes e/ou relevantes.

O trabalho da equipe está orientado para o atendimento, o acompanhamento das doenças crônicas e os agravos de maior relevância. Atualmente são realizadas consultas médicas previamente agendadas pela enfermeira, bem como aquelas que demandam atendimento no mesmo no dia. No entanto, a equipe vem tentando

programar as ações preconizadas pela atenção primária, o que diminuiria a demanda da atenção secundária e terciária.

Segundo os dados da UBS Bernarda, no final de 2016, existiam cadastrados 422 portadores de HAS, 117 portadores de DM e 12 com abuso de álcool. As principais causas de internação, segundo os dados do Departamento de Informática do Sistema Único da Saúde (DATASUS) foram: complicações decorrentes de HAS, DM e acidente vascular encefálico (AVE). As principais causas de óbitos foram doença cardiovascular em idades compreendidas de 50 a 59 anos. A taxa de mortalidade infantil foi de um por cada mil nascidos vivos e a cobertura de vacinação da população menor de cinco anos foi de 97%.

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

Os principais problemas de saúde da comunidade identificados pela UBS são: HAS com prevalência de 25,5%, DM com prevalência de 12,2%, alto índice de consumidores de álcool, também alta dependência a psicofármacos e baixo nível cultural da população.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Depois de uma discussão na equipe e tendo em conta:

- A importância, atribuindo valor “alto, médio ou baixo”,
- Urgência, distribuindo pontos conforme apreciação, e
- Capacidade para enfrentar os problemas identificados, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto, demos uma ordem de prioridade como é mostrado no quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da UBS Bernarda.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de HAS	Alta	8	Dentro	1
Alta Prevalencia de DM	Alta	7	Dentro	2
Alta dependencia de psicofármacos	Alta	6	Dentro	3
Abuso de álcool	Média	5	Parcial	4
Baixo nível cultural da população.	Média	4	Fora	5

Depois de um debate, a equipe considerou que o problema da alta prevalência HAS é de prioridade 1. Nos últimos 3 anos a incidência de HAS foi maior, sendo cadastrados, ao final do ano 2016 pacientes hipertensos.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de HAS na comunidade, 422 pacientes com níveis pressóricos não controlados e um grande número de pessoas portadoras de fatores de risco associados, como: hábitos alimentares pouco saudáveis, tabagismo, obesidade ou sobrepeso, sedentarismo, estresse, DM, hipercolesterolemia, muitos com abandono do tratamento, ou tratamento irregular, com desconhecimento da doença, nível de escolaridade muito baixo, alguns analfabetos, o que dificulta o controle correto. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2010), as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no Brasil. Segundo a HAS é um dos mais importantes fatores de risco para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. De acordo com Brito, Pantarotto e Costa (2011) são múltiplos os fatores associados ao desenvolvimento da HAS, que comumente se apresenta de forma assintomática dificultando o diagnóstico de forma mais precoce (CAMARGO; BASTOS, 2011). Além disso é uma doença crônica, sendo um problema de saúde mundial diante, devido à alta prevalência.

A HAS refere-se à persistência da pressão arterial sistólica (PAS) acima de 135 mmHg e a diastólica (PAD) acima de 85 mmHg. Associa-se a alta prevalência de alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas.

Muitos fatores influenciam para que uma pessoa seja hipertensa, por exemplo, hábitos e estilos de vida inadequados e ineficiência na divulgação sobre: prevenção, fatores de riscos, complicações e consequências da HAS. Outros fatores favorecem ao descontrole dos pacientes já diagnosticados, não somente da não-adesão ao tratamento, também inadequação da droga, quantidade de drogas e número de doses diárias da medicação prescrita, resistência ao tratamento, efeitos adversos,

indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde e, dificuldade do acesso ao sistema de saúde (KOHLMANN JR et al.,1999).

No Brasil, segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007), o protocolo utilizado nos serviços de atenção básica oferece uma organização do atendimento por estabelecer condutas e procedimentos que otimizam o processo de trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para redução da incidência de HAS em pacientes atendidos no UBS Bernarda do município Rio Manso/Minas Gerais.

3.2 Específicos

Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre sua doença.

Identificar os principais fatores de risco associados à HAS.

Motivar os pacientes para a mudança de estilo de vida.

Reorganizar o processo de trabalho da Equipe de Saúde na abordagem e monitoramento dos pacientes hipertensos.

4 METODOLOGIA

O estudo foi realizado no município de Rio Manso e tratou-se de um projeto de intervenção para tratar do problema da elevada incidência de HAS em pacientes atendidos pela equipe da UBS Bernarda.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados por essa UBS, foram planejadas intervenções sobre a elevada incidência de HAS nos pacientes atendidos na unidade.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), de acordo com a disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Este método transcorre por quatro momentos: momento explicativo, onde se buscou conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas; momento normativo, da elaboração de propostas de soluções, ou seja, a formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado; momento estratégico, onde se buscou analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado e momento tático-operacional, que é o momento de execução do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Estes momentos têm diferentes passos, mas neste trabalho utilizaram-se os seguintes: definição dos problemas, priorização do problema, seleção dos “nós críticos” e os críticos e. elaboração do plano operativo para dar solução aos problemas encontrado.

Para a construção deste projeto, foram utilizados trabalhos científicos encontrados nas bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual do Nescon, dentre outros. Foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão, fatores de risco e Estratégia Saúde da Família.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Caracterização da Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma doença cardiovascular crônica caracterizada por aumento dos níveis de pressão arterial (PA). Frequentemente está associada a taxa de morbidade e mortalidade elevadas e alterações das funções e/ou estrutura dos órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Nessa patologia acontece um aumento da PA como resultado de estreitamentos arteriolares, diante de múltiplos fatores desencadeantes. Como consequência é necessário um maior esforço do coração para que aconteça uma adequada irrigação dos tecidos mais periféricos, aumentando as pressões dentro do espaço vascular (SANJULIANI, 2013).

A HAS é a doença cardiovascular mais frequente, no Brasil, com percentuais de 22 a 44 (BRASIL, 2006), com prevalência mundial de cerca de 1 bilhão, com mais de 7,1 milhões de mortes (THEODOROU *et al.*, 2011).

No Brasil a hipertensão arterial gera altos custos por conta dos cuidados médicos continuados no atendimento da atenção primária de forma periódica e encontrasse entre as principais causas de internações hospitalares por doenças cardiovasculares, mais esses custos são ainda maiores em torno ao tratamento das complicações derivadas do mal controle da doença, podendo levar a exames mais específicos por tanto mais caros sendo desde a dialise até o transplante de órgãos afetados (COSTA *et al.*, 2007).

A prevalência de HAS aumenta com a idade, sendo que acima de 65 anos em 60 a 70% e nas mulheres após 50 anos, sendo esse fato relacionado com a menopausa. Em relação à raça, a prevalência é maior na raça negra.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), a classificação de hipertensão arterial é:

- Ótima: pressão arterial sistólica <120 e pressão arterial diastólica <80;

- Normal: pressão arterial sistólica (120-129) e pressão arterial diastólica (80-84);
- Limítrofe: pressão arterial sistólica (130-139) e pressão arterial diastólica (85-89);
- Hipertensão arterial estágio 1: pressão arterial sistólica (140-159) e pressão arterial diastólica (90-99);
- Hipertensão arterial estágio 2: pressão arterial sistólica (160-179) e pressão arterial diastólica (100-109) e
- Hipertensão arterial estágio 3: pressão arterial sistólica (≥ 180) e pressão arterial diastólica (≥ 110). Se as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, deve-se considerar a categoria mais alta para a classificação.

Os procedimentos de medida da PA são simples e de fácil realização, mas nem sempre são realizados de forma adequada. É necessário haver o preparo adequado do paciente porque situações tais como ter fumado ou ter feito esforço físico longo antes da aferição podem provocar elevações artificiais da PA levando à uma interpretação errada do grau de HAS do paciente, uso de técnica padronizada e de equipamentos calibrados. A aferição pode ser realizada pelo método indireto com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide, devidamente calibrado, ou com técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

5.2 Tratamento da Hipertensão Arterial

Certamente o controle adequado da HAS deve partir de mudanças no estilo de vida, sendo fundamental a redução do consumo do sal, em combinação com a terapia medicamentosa anti-hipertensiva única ou múltipla para favorecer uma redução de morbimortalidade por doenças cardiovasculares (MORERA; MORAES; RAGGI, 2013).

Observam-se falhas na adesão ao seguimento do tratamento medicamentoso e não medicamento, aumentando as chances de descontrole para este grupo de pessoas. Por tanto o trabalho operacional deve estar direcionado a incentivar a correções comportamentais que promovam a melhoria do controle de doença (OLIVEIRA *et al.*, 2013a).

Para o tratamento e controle da PA elevada, é fundamental compreender os fatores de risco, sendo os mais importantes: idade, sexo, nível socioeconômico, sobrepeso, obesidade, sedentarismo, taxa de ingestão de sal, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo (BRASIL, 2002).

A restrição de sal a 6g/dia produz uma queda média da pressão sistólica de a 2 a 8mmhg. Ingestão aumentada de sódio tem sido observada em populações com baixos níveis socioeconômicos. Mostra-se que o excesso de peso, mesmo que discreto, aumenta substancialmente o risco de HAS. O consumo de álcool tem um efeito bifásico na PA. Pequenas quantidades diminuem seus valores, provavelmente devido ao efeito vasodilatador; no entanto, o uso contínuo e crônico faz os níveis de PA aumentarem e diminui a eficácia dos anti-hipertensivos. Portanto, recomenda-se limitar o consumo de bebidas alcoólicas ou sugere-se o abandono definitivo (SOSA-ROSADO, 2010).

O sedentarismo é um problema fundamental de saúde pública no mundo e contribui com a epidemia crescente de obesidade e aumento da prevalência de HAS. O estresse provoca um aumento transitório da PA. A tendência à ansiedade e depressão, conflitos de autoridade, o perfeccionismo, desconfiança e agressividade, são importantes e devem ser levados em conta ao avaliar um paciente com HAS (FERREIRA *et al.*, 2009).

Também é recomendada para todos os hipertensos a prática regular de exercícios físicos como a caminhada, corrida, ciclismo, dança e a natação. Recomenda-se durante 30 minutos, na maior parte de 3 a 5 dias por semana, porque reduz o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral (CAMARGO; BASTOS, 2011).

Associada a HAS outros fatores de risco como DM, dislipidemias, obesidade abdominal, que confere um maior risco cardiovascular (BEJARANO; CUIXART, 2011).

O aumento de peso e da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de HAS, sendo a obesidade central um relevante indicador de risco cardiovascular (OLIVEIRA *et al.*, 2013b). Resultados de pesquisa realizado por estudos INTERSALT e o National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), evidenciaram a associação positiva entre HAS e excesso de peso. (CAMARGO; BASTOS, 2011).

Um contínuo controle dos fatores de risco e de tratamento tem sido o alvo para a melhoria da qualidade de vida das diversas populações no Brasil e no mundo (NOBRE; MION JUNIOR, 2013).

O tratamento medicamentoso associado ao não-medicamentoso objetiva a redução da PA para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica. A terapia medicamentosa pode ser realizada com uma variedade de classes de medicamentos anti-hipertensivos e suas associações, com o objetivo comum de controlar a doença, usando o mais recomendável para cada situação, segundo eficácia e tolerância (PEREIRA *et al.*, 2011).

Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

Nestes últimos anos observou-se um aumento nos índices da HAS, terminado o ano 2016 com 422 pacientes registrados, correspondendo a 13.6 % do total da população da UBS Bernarda. Isso chamou a atenção da equipe, pois a HAS é uma doença crônica não transmissível, que pode levar a múltiplas complicações cardiovasculares, cerebrais e renais, aumentar o número de internações hospitalares, aposentadoria e mortalidade por esta causa.

6.2 Explicação do problema selecionado

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não existe uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A HAS e o DM são os dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional. A HAS afeta 15 a 20% da população brasileira adulta. (KOHLMANN JR.et al.,1999).

Esta doença é hereditária, além disso, há fatores de risco da população que incrementa as incidências e complicação dela, como a idade, obesidade, sedentarismo, maus hábitos alimentares, consumo do álcool, tabagismo, baixo nível cultural, etc. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). Por isso temos que orientar a população e obter alterações dos hábitos e estilos de vida, para poder evitar o incremento desta doença, assim como complicações dela;

- Manter o peso normal em adultos (índice de massa corporal de 20–25 kg/m²);
- Reduzir o consumo de sódio para <100 mmol/ dia (<6 g de cloreto de sódio ou <2,4 g de sódio por dia);
- Praticar atividade física aeróbica de forma regular, como caminhar a pé (≥30 min por dia, a maior parte dos dias da semana);
- Limitar o consumo de álcool a 3 unidades por dia em homens e 2 unidades por dia em mulheres;

- Manter uma dieta rica em fruta e vegetais (pelo menos cinco porções por dia). (PEREIRA et al., 2011).

Tendo estabelecido um adequado padrão nas mudanças do estilo de vida poderiam ser obtidos resultados idênticos aos alcançados com a medicação, sendo potencializados esses resultados na combinados duas ou mais modificações favoreceria aos resultados esperados (KOHLMANN JR et al.,1999).

6.3 Seleção dos nós críticos

Para Campos; Faria e Santos (2010) o “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando atacado é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transforma-lo. Para abordagem e tentativa de resolução, foram selecionados pontos chaves para realização de intervenções e mudança do panorama. Os chamados “nós críticos” escolhidos foram:

- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Nível de informação.
- Organização do processo de trabalho da equipe de saúde.

6.4 Desenho das operações

Para cada nó crítico desenhou-se as operações com os resultados esperados, produtos e recursos necessários.

O Quadro 2 permite uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas por UBS bernarda para o enfrentamento de cada nó crítico.

- Hábitos e estilos de vida inadequados: neste problema a operação e modificar os hábitos de vida para diminuir a quantidade de pacientes com fatores de risco modificáveis que podem desencadear a doença em um momento determinado. Para isso a equipe pode aumentar a realização de palestras, programar caminhadas e as campanhas educativas na rádio local. Os recursos necessários para levar adiante estas ações são os conhecimentos que tem cada membro da equipe de saúde e o poder organizacional e planejador da equipe.

- Baixo nível de informação sobre a doença e seus fatores de risco: deve se lembrar q o grau de Escolaridade da população que vive e muito baixo. Neste problema a operação é aumentar o nível de conhecimento da população em relação a doença, com o objetivo que está fique mais informada, pode se fazer campanhas educativas na rádio local e aumentar a fabricação de panfletos educativos que falem de hipertensão. Para isso serão necessários diferentes recursos, tais como cognitivos, financeiro para a elaboração dos panfletos, políticos com mobilização social e poder da equipe para planejar as ações.
- Organização do processo de trabalho da equipe de saúde. Neste no necessita da uma reorganização do processo de trabalho, discutir com a equipe as funções de cada membro e a corresponsabilidade e compromisso na execução das mesmas. A partir desta negociação a operação e aumentar as ações de saúde para fazer busca ativa de pacientes com hipertensão, organizar a agenda para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde produto final e avaliar o maior número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção e promoção, os recursos necessários são ligados a organização na agenda de trabalho.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema alta prevalência de HAS na UBS Bernarda, Rio Manso/MG.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Mais saúde Modificar estilos de vida	Diminuir em 80% o número de tabagista, obesos e sedentarismo	Programa de caminhada orientada. Campanha educativa na rádio local. Palestras sobre alimentação saudável.	Organizacional: para organizar as atividades físicas Cognitivo: nível de informação do tema. Político: conseguir o local para as reuniões com os grupos de hipertensos. Mobilização social intersectorial com a

				rede. Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Baixo nível de informação sobre a doença e seus fatores de risco	Saber mais Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de risco da hipertensão arterial.	População mais informada sobre os fatores de risco da hipertensão arterial.	Campanha educativa na rádio local. Capacitação dos ACS e cuidadores.	Cognitivo: Conhecimento de estratégias de comunicação. Organizacional: Organização da agenda. Político: disponibilidade de local para fazer palestras educativas. Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, pôster.
Organização do processo de trabalho da equipe de saúde.	Linha de cuidado Estabelecer sistema de cuidado. Aferir a pressão arterial de todos os pacientes durante a consulta e em visitas domiciliar.	Cobertura de 90% da população com FR de desencadear hipertensão arterial.	Linha de cuidados implantada. Protocolos implantados Pessoal capacitados para fazer levantamento de todos os hipertensos do PSF	Cognitivo: Elaboração de projetos de linha de cuidados e protocolos para pacientes hipertensos Políticos: articulação entre os setores da saúde, adesão dos profissionais. Organizacional: organizar palestras educativas e pôster. Financeiro: Aquisição de recursos para pôster, material de oficina e recursos audiovisuais.

6.5 Análise de viabilidade do plano

A ideia central que preside esse passo – Análise de viabilidade é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Por tanto, ele precisa identificar os autores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema, para então definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano.

O quadro 3 busca descrever as ações necessárias para a execução do plano operativo, os atores responsáveis e ações estratégicas.

+ Saúde: neste passo é importante o nível motivacional de cada pessoa no desenvolvimento do plano, se necessário o coordenador deve usar estratégias para melhorar o nível de motivação. Todos os recursos necessários devem ser levantados, pois o autor não controla previamente os recursos para alcançar os objetivos almejados.

Saber +: neste passo é importante aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de risco, se necessário o coordenador deve usar estratégias para melhorar o nível de motivação, e alcançar melhor educação em saúde.

Linha de Cuidado: neste passo tem com projeto implantar protocolo de ações para risco de hipertensão arterial, mediante a mobilização dos profissionais, sendo controlados pelo ator que controla para aumentar o nível motivacional da população.

Quadro 3 - Propostas de ações para a motivação dos atores na UBS Bernarda, Rio Manso/MG

Operações/projetos.	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica.
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde Modificar hábitos de vida.	Político > conseguir o espaço ou local para reuniões com os grupos de pacientes	Secretário de Saúde e Gerente do PSF Secretário de	Favorável Favorável	Educação em saúde.

	hipertensos. Financeiro > para aquisição de recursos, pôster, mídias audiovisuais, etc.	saúde		
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os FR da hipertensão arterial.	Político > articulação intersetorial. Cognitivo> informação sobre o tema e estratégia de comunicação.	Secretário de saúde. Equipe de saúde.	Favorável. Favorável.	Educação em saúde.
Linha de Cuidado Implantar protocolo de ações para risco de hipertensão arterial.	Político> articulação entre os setores assistenciais de saúde. Cognitivo> elaboração de projeto de linha de cuidado.	Secretário de Saúde. Equipe de saúde	Favorável. Favorável.	Mobilização dos profissionais para garantir esta tarefa. Elaborar o protocolo de ações.

6.6 Plano operativo.

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. Como está apresentado no Quadro 4.

Neste passo, é muito importante que cada responsável cumpra suas ações atribuídas para alcançar os resultados propostos no projeto, sendo cumprido dentro dos prazos estabelecidos para cada operação descrita.

Quadro 4 - Plano operativo para redução da incidência de hipertensão arterial na UBS Bernarda, Rio Manso/MG

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+ Saúde	Diminuir em	Educação em	Equipe de	Três meses

Modificar hábitos de vida.	80% o número de tabagistas, obesos e sedentários.	saúde (palestras) Campanha educativa na rádio local e distribuição de folhetos educativos.	Saúde, Médico, Enfermeira e ACS.	para o início das atividades.
Saber + Aumentar o nível de informação da população.	População informada sobre risco de adoecimento s e formas e prevenção.	Educação em saúde. Avaliação do nível de informação da população sobre FR da hipertensão arterial. Campanha educativa na rádio local; Programa de saúde. Capacitação dos ACS.	Equipe de saúde. Setor de comunicação social. Secretário de saúde.	Início em seis meses e termino em doze meses. Avaliação aos doze meses.
Linha de Cuidado Implantar protocolo de ações para risco de hipertensão arterial.	Mapeamento e cobertura de 100% da população com fatores de risco de desencadear hipertensão arterial.	Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Elaboração do protocolo, ações intersetoriais implantadas Gestão da linha de cuidado implantada. Regulação elaboração gestão da linha de cuidado.	Gerente da UBS. Equipe de saúde.	Mapeamento três meses. Protocolo início em três meses e finalização em doze meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este projeto de intervenção aplicado esperamos diminuir a morbimortalidade provocadas pela HAS em nossa Estratégia de Saúde da Família, Bernarda.

Espera-se com este projeto elevar o nível de conhecimento para favorecer o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis e habilidades, que por sua vez permite tomar decisões adequadas para o controle da hipertensão arterial e melhorar a qualidade de vida para esse grupo de pacientes, evitando complicações e a morte.

Uma adequada adesão ao tratamento e a prevenção e a promoção de saúde são muito importantes no trabalho do dia à dia da equipe de saúde na atenção primária. Somente tendo o paciente o conhecimento da doença e dos fatores de risco que levam à mesma, podemos fazer mudanças no modo e nos estilos de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

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, 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**, 2002.

BEJARANO, L.J.M.; CUIXART, C. B. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. **Aten Primaria**. v. 43, n. 12, p. 668-677, 2011.

BRITO, E. S.; PANTAROTTO, R. F. R.; COSTA, L. R. L. G. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). **J Health SciInsti**, v. 29, n. 4, p. 265 -268, 2011.

CAMARGO, A.C.; BASTOS. V.P. **Manual de Orientação Clínica. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**. São Paulo: SES/SP, p.11-33, 2011.

CAMPOS, F..C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 23 julho 2017.

COSTA, J. S. D. *et al.* Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq Bras Cardiol.**, v. 88, n.1, p 59 - 65, 2007.

FERREIRA, S. S. F. *et al.* **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. Disponível em: https://www2.ghc.com.br/gepnet/publicacoes/protocolodehiperten_sao.pdf. Acesso em: 22 novembro 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **IBGE @ cidades**, 2015. Censo Populacional 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>.

KOHLMANN JR, O. *et al.* **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**. v. 43, n. 4, p.257-286, 1999.

MOREIRA, J.P.L; MORAES, J.R; RAGGIO, R.L. Prevalence of self-reported systematic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n. 1, p. 62-72, 2013.

NOBRE, F.; MION JUNIOR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial**. São Pablo: Literatura Medica, 2013.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso no tratamento da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 2, p. 179-184. 2013a.

OLIVEIRA, L.M.F.T. *et al.* Associação entre obesidade geral e abdominal com a hipertensão arterial em idosas ativas. **Rev. Educ. Fis. UEM**, v. 24, n. 4, p. 659-668, 2013 b.

PEREIRA, A.F. *et al.* Protocolo de Hipertensão Arterial / Risco Cardiovascular. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: [https://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/.../files.do?...protocolo hipertensão](https://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/.../files.do?...protocolo%20hipertensao). Acesso em: 22 novembro 2017.

SANJULIANI, A. F. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. **Rev Bras Cardiol.** v. 1, n. 11, p. 210-217, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89 n. 3, p. 24-e79, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. In: **Revista Hipertensão**, v.13, n.1, p. 1-66, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq Bras Cardiol.** n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

SOSA-ROSADO, J.M. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. **An Fac Med.**, v.74, n. 4, p.241-244, 2010.

THEODOROU, M. *et al.* Quality of life measurement in patients with hypertension in Cyprus. **Hellenic Journal of Cardiology**, v. 52, n.5, p.407-415, 2011.