

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

BEATRIZ BORNOT SANTIAGUEZ

MELHORIA DA ATENÇÃO AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2018

BEATRIZ BORNOT SANTIAGUEZ

**MELHORIA DA ATENÇÃO AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof.^a Liliane da Consolação Campos Ribeiro

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2018

BEATRIZ BORNOT SANTIAGUEZ

**MELHORIA DA ATENÇÃO AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Prof^a. Liliane da Consolação Campos Ribeiro - Universidade Federal dos Vales do
Jequitinhonha e Mucuri - orientadora

Profa. Gabriela de Cássia Ribeiro – Universidade Federal dos Vales do
Jequitinhonha e Mucuri

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2018.

DEDICATORIA

Dedico esse Trabalho a minha filha, pelo apoio incondicional e me dê força para continuar à frente de si mesmo todos os dias.

AGRADECIMENTOS

- A Deus por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida.
- A minha família pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.
- E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para realização deste trabalho.

“O que é a vida? Um frenesi. O que é a vida? Uma ilusão, uma sombra, uma ficção; e o maior bem é pequeno; que toda a vida é um sonho, e os sonhos são sonhos.”

Calderón de la Barca.

RESUMO

Nos últimos anos, a Hipertensão Arterial tem sido reconhecida como um problema de saúde pública. A importância desta doença está crescendo em razão do aumento de sua prevalência e incidência, com consequentes repercussões, traduzidas em mortes prematuras pelas suas complicações; porém é considerado um problema de saúde que deve ser priorizado na Atenção Primária para evitar mais hospitalizações e mortes. Por esse motivo foi implementando uma intervenção com o objetivo principal de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos, na Unidade Básica de Saúde Luizote, pertencente ao município Uberlândia/ MG. Atualmente há 214 hipertensos residentes na área de abrangência da unidade básica de saúde. E muitas das ações proposta para a intervenção já vem sendo realizada como rotina pela equipe na estratégia de saúde da família, como atenção e cadastramento de hipertensos, palestras e ações educativas em grupo, entre outras. Dentre as principais ações realizadas pela equipe durante esse período destaca-se o mapeamento de hipertensos de risco para doença cardiovascular, promoção da saúde de hipertensos, capacitações para a equipe conforme preconizações do Ministério da Saúde. A intervenção propiciou uma melhora significativa na qualidade da atenção da população alvo e também nos registros desta ação programática, trouxe impactos positivos para a equipe, pois abriu espaço para novos conhecimentos, permitiu à busca coletiva de soluções e a participação conjunta em atividades. Os usuários acompanhados mostraram sua satisfação com o atendimento.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Hipertensão.

ABSTRACT

In recent years, Arterial Hypertension has been recognized as a public health problem. The importance of this disease is increasing due to the increase of its prevalence and incidence, with consequent repercussions, translated into premature deaths due to its complications; but it is considered a health problem that must be prioritized in Primary Care to avoid further hospitalizations and deaths. For this reason, it was implementing an intervention with the main objective of improving health care for hypertensive users, in the Luizote Basic Health Unit, belonging to the municipality of Uberlandia / MG. Moreover, many of the actions proposed for the intervention have already been carried out routinely by the team at the ESF, such as attention and registration of hypertensive (HIPERDIA), lectures and group educational actions, among others. Among the main actions carried out by the team during this period are the hypertensive mapping of risk for cardiovascular disease, promotion of hypertensive health, training for the team according to the recommendations of the Ministry of Health. The intervention provided a significant improvement in the quality of care Target populations and in the records of this programmatic action. It brought positive impacts to the team, as it opened space for new knowledge, allowed the collective search for solutions and joint participation in activities. The users followed showed their satisfaction with the service.

Palavras-chave: Family Health; Primary Health Care; Chronic disease; Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

APS - Atenção Primária à saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

PA - Pronto Atendimento

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UAI- Unidade de atendimento integral.

OMS- Organização Mundial da Saúde.

SUMÁRIO

<u>1.</u>	INTRODUÇÃO.....	11
<u>2.</u>	JUSTIFICATIVA.....	19
<u>3.</u>	OBJETIVOS.....	21
<u>4</u>	METODOLOGIA.....	22
<u>5</u>	REVISAO DE LITERATURA.....	23
<u>6</u>	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	26
<u>7</u>	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32

1. INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Uberlândia.

O município de Uberlândia foi fundado em 31 de agosto de 1888. Está localizado no Estado de Minas Gerais, na Região Ampliada de Saúde do Triângulo Norte. Uberlândia possui 4 distritos: Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama. Subdivide-se em 5 setores sanitários: Norte, Sul, Oeste, Leste e Central (IBGE, 2015).

Histórico de criação do município

Em 1682, passara pelas terras de M. Gerais, em direção a Goiás, o bandeirante Bartolomeu Bueno da Silva, “O Anhanguera”, cujo filho viria a organizar a primeira exploração da região no ano de 1722. Por volta de 1823, após a proclamação da independência do Brasil, começaram a chegar do sul de Minas, as famílias que deram início ao processo de produção econômica organizada: plantação de mandioca, cereais e criação de gado. O Distrito de Paz foi criado, com a denominação de São Pedro de Uberabinha, na Paróquia e Município de Uberaba, pela Lei provincial nº. 602, de 21 de maio de 1852 e elevado à freguesia pela de nº. 831, de 11 de junho de 1857.

A Lei nº. 4.643, de 31 de agosto de 1888, criou o Município de Uberabinha, constituído pelas freguesias de São Pedro de Uberabinha (sede) e Santa Maria, está desmembrada do Termo de Monte Alegre e aquela do de Uberaba. A instalação verificou-se a 14 de março de 1891. Pelo disposto na Lei estadual nº. 2, de 14 de setembro desse ano, o distrito de Uberabinha teve confirmada sua criação. A Lei estadual nº. 23, de 24 de maio de 1892, concedeu categoria de cidade à sede do Município. Este se apresenta em 1911 (Divisão Administrativa) e no Recenseamento Geral de 1920 integrado pelos distritos de Uberabinha e Santa Maria. Por força da Lei estadual nº. 843, de 7 de setembro de 1923, o Município passou a abranger o novo distrito de Martinópolis, criado com território desmembrado do distrito-sede. Seis anos depois, em 1929, na conformidade do disposto em Lei estadual número 1.128, de 19 de outubro, o Município e o distrito passaram a denominar-se Uberlândia. Por força do Decreto-lei estadual nº 1.058, de 31 de dezembro de 1943, o Município passou a constituir-se de 5 distritos: Uberlândia, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia (ex-Martinópolis), Miraporanga (ex-Santa Maria) e Tapuirama, assim

permanecendo até hoje. A Comarca de Uberabinha foi criada pela Lei estadual nº. 11, de 13 de novembro de 1891, e teve o topônimo mudado para Uberlândia pela Lei estadual nº. 1.128, acima citada. 17: Comarca de 3.^a instância (BRASIL, 2015).

População

A população de Uberlândia em 2010, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), correspondia a 604.013 habitantes, sendo que desse total, 2,77% residem na zona rural, correspondente a 16.745 habitantes. Atualmente, o município está subdividido em 4 distritos (Cruzeiro dos Peixotos (24 km), Martinésia (32 km), Miraporanga (50 km) e Tapuirama (38 km)) e 5 setores sanitários. É importante ressaltar que a população considerada nesta pesquisa mensal de serviço se refere ao ano de 2010, a última registrada e divulgada pelo (IBGE, 2015).

Crescimento populacional

Segundo o censo de 2010, a população na área urbana do município era de 587.267 habitantes, comparando com a população de 2000 que foi de 488.982 habitantes, o crescimento populacional foi de 20,1% em 2010, ou seja, 98.285 habitantes na área urbana. Na área rural, a porcentagem de crescimento foi de 36,9% resultando num aumento de 4.513 habitantes em 2010 (IBGE, 2000; IBGE,2010).

Pensar no território requer pensar também nos diferentes interesses e relações de poder. Por um lado, temos uma população que sofre com o déficit habitacional, de outro, temos o poder público que procura cumprir com suas responsabilidades sociais e o capital privado interessado em lucrar com as vantagens que a economia oferece. O documento gerado na 13^a Conferência Nacional de Saúde Brasileira traz importantes diretrizes que contribuem para essa discussão. O Eixo II artigo 47 coloca que: O Ministério da Saúde deve com urgência mapear os empreendimentos previstos pelo PAC nos territórios de intervenção e indicar situações de risco e vulnerabilidades sociais, ambientais, institucionais e de conhecimento, promovendo estratégias e ações para sua superação, garantindo a estrutura, nos três níveis de governo, para atender integralmente a saúde dos trabalhadores e das populações que sofram o impacto desses empreendimentos produtivos ou dessas obras de infraestrutura (BRASIL, 2008, BRASIL, 2015).

Estrutura organizacional da rede municipal de saúde e serviços

O Modelo de Atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias.

Em Uberlândia as ações são definidas em função da análise situacional considerando os perfis demográficos, epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde. Ao se reconhecer as características das condições de saúde e as condições sociais dos usuários, a singularidade do cuidado prestado precisa estar organizada para responder de forma qualificada aos problemas identificados. Para isso, é necessário o fortalecimento de estratégias de cuidado que integre todas as esferas de atenção.

A Secretaria Municipal de Uberlândia possui uma rede pública de serviços assistenciais abrangente do ponto de vista geográfico, com atuação significativa no coletivo e no individual, no preventivo e no curativo, apresentando ações de serviços públicos em todos os níveis de complexidade. As unidades estão regionalizadas em setores sanitários (Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul) e possuem no total 48 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 44 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) entre rurais e urbanas e mais 2 Unidades de Apoio à Saúde na zona rural. Com este número de ESF tem-se uma cobertura populacional assistida de 27%, correspondente a cerca de 176.344 pessoas e 48.984 famílias. (UBERLÂNDIA, 2015).

O município possui também 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS) convencionais, responsáveis pela cobertura de 26% da população, assistindo aproximadamente 159.110 pessoas (Sistemas de Informação da Secretaria de Saúde). Composto o conjunto de equipamentos de saúde que integram os setores sanitários, estão as 8 Unidades de Atendimento Integrado, responsáveis pela cobertura do atendimento de 38,42% da população. Nas USF, em sua maioria, são oferecidos os seguintes serviços de saúde: atendimento ambulatorial nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Ginecologia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e atendimento de enfermagem. Os serviços prestados pelas UAI são:

pronto atendimento em Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia, atendimento ambulatorial de atenção primária de sua área de abrangência, assim como o atendimento de várias especialidades tais como, Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Urologia, Gastrenterologia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Dermatologia, Cardiologia, Angiologia, Nefrologia, Neurologia, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Serviço Social. Também são realizados exames de apoio diagnóstico de imagem e laboratório, dentre outros. Existem, ainda, os leitos para observação, sala de emergência e sala para pequenas intervenções cirúrgicas ambulatoriais (BRASIL 2013).

Em janeiro de 2011 iniciou-se o atendimento no Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, integrando a Rede de Atenção à Saúde do município. Atualmente este Hospital conta com 265 leitos, com média de 1000 pacientes atendidos por mês e suas principais especialidades são: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, UTI (Adulto e Neonatal) e Cuidados Intermediários. O município conta, também, com 5 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (divididos em CAPS adultos, CAPS AD e CAPS Infantil), 1 Centro de Convivência e Cultura e 4 outras unidades de atendimento especializado: o Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e 24 AIDS, o Centro de Atenção ao Diabético do Tipo I, o Ambulatório de Oftalmologia e o Centro de Reabilitação Física. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), também integra a Rede de Atenção no Município. O HC é um hospital de referência macrorregional em serviços de alta densidade tecnológica, desenvolvendo ainda, ações de média densidade tecnológica e outras em atenção básica. Mantém atendimento de urgência/emergência 24 horas em pronto-socorro. O Hospital de Clínicas conta atualmente com 526 leitos, disponibilizando 100% de sua capacidade de leitos hospitalares, serviços ambulatoriais e de pronto socorro para o SUS (BRASIL, 2013).

Unidades de saúde da família

A Unidade de Saúde da Família (USF) que tem a Estratégia Saúde da Família como forma de organização é denominada de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). É composta por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou

auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, além dos profissionais de apoio como serviços gerais e auxiliar administrativo. Em 21 equipes há a presença da equipe de Saúde bucal, com dentista e auxiliar de saúde bucal.

A equipe trabalha com área de abrangência definida de 3000 a 4000 pessoas, cuidando de todos os ciclos de vida, desde a o recém-nascido até os idosos, com vínculo e responsabilização pelas pessoas. Além das atividades de prevenção e promoção de saúde, a equipe atende as demandas agudas desta população da sua área abrangência dentro da competência da atenção primária e é também responsável pela coordenação do cuidado nos outros pontos da rede, ou seja, encaminha às especialidades e para procedimentos de média e alta complexidade. Entretanto, os pacientes devem retornar à equipe com contra referência para continuidade do cuidado com sua equipe de saúde da família. Assim, há um resgate do cuidado com personificação, próximo da sua realidade local, utilizando as potencialidades da comunidade em que vive. Os Agentes Comunitários de Saúde são a extensão da unidade de saúde, dentro das residências das pessoas, é o olhar dos profissionais para além dos muros da unidade, possibilitando a identificação de problemas e caminhos para o cuidado efetivo das pessoas com suas especificidades.

Além da equipe mínima, há apoio matricial de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educador físico e tutoria de médicos ginecologistas-obstetras, psiquiatras, pediatras em grande parte das ESF, além da tutoria de geriatria/clínica médica no setor norte. Há atendimento de acupuntura em duas unidades dos Setores Oeste e Leste, integrando as atividades de Práticas Integrativas e Complementares, que serão ampliadas, inicialmente em todo Setor Leste (UBERLÂNDIA, 2015).

Todas essas categorias profissionais fazem parte da equipe de Apoio Matricial que visa aumentar a resolubilidade das Equipes de Saúde da Família, possibilitando o atendimento integral e melhor a qualidade de vida das pessoas. São 73 equipes de saúde da família, distribuídas em 59 Unidades Básicas de Saúde da Família e 4 Unidades de Apoio à Saúde da Família, sendo cinco equipes de Zona Rural (uma em cada distrito e uma equipe itinerante).

ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE (PRIMEIRO PASSO)

Problemas de Saúde na UBSF Luizote.

1-Alta prevalência de hipertensão arterial.

2-Problemas de saúde mental.

3-Aumento de incidência de câncer.

4-Problemas de saúde ambiental.

PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA: SEGUNDO PASSO

QUADRO 1- PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA

Principais Problemas.	Importância.	Urgência.	Capacidade de enfrentamento	Seleção
1-Alta prevalência de hipertensão arterial.	ALTA	7	PARCIAL	1
2-Problemas de saúde mental.	ALTA	7	PARCIAL	2
3-Aumento de incidência de câncer.	ALTA	7	PARCIAL	3
4-Problemas de saúde ambiental.	ALTA	6	PARCIAL	4

*Valor conforme prioridade numa escala que vai de 0 a 10

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: TERCEIRO PASSO

O problema escolhido pela equipe foi alta incidência de hipertensão arterial na UBSF Luizote de Freitas.

A alimentação rica em sódio e gorduras, ausência de exercício físico regular, tabagismo, etilismo e alterações psicoemocionais são mencionados como contribuintes para a elevação da pressão arterial, considerando chave para a instalação de doenças cardiovasculares e associação a Hipertensão Arterial.

EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA: QUARTO PASSO

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

A prevenção primária da elevação da pressão arterial pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida, que incluam o controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal, do hábito de fumar e da prática de atividade física.

Frente à alta prevalência da hipertensão arterial e à sua condição de ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e níveis de controle pouco satisfatórios, é fundamental conhecer a prevalência de hipertensão e aspectos relacionados ao tratamento em nossa população.

Em Uberlândia, o Programa de Hipertensão e Diabetes estima que 30% da população tenha pressão alta. Muita gente não sabe que pode estar com alterações na pressão arterial e é aí que o perigo se esconde. As alterações são responsáveis por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vasculares cerebrais (AVCs) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (UBERLANDIA,2014).

A preocupação com as doenças crônicas, especialmente aquelas associadas ao um estilo de vida sedentário, é cada vez maior, uma vez que, diariamente, pessoas de todas as idades e de todas as classes são vítimas de complicações devidas a esses agravos (BRASIL,2015).

Dentre essas doenças, a Hipertensão Arterial Sistêmica tem se destacado, motivo pelo qual foi escolhido para realizar este trabalho.

Para elaboração do plano de ação, antes, discutimos, identificamos e elegemos os " nós críticos" para o enfrentamento do problema:

SELEÇÃO DOS "NOS CRÍTICOS " QUINTO PASSO

1- Os hábitos de vida inadequados da população como:

- Controle do peso.
- Ingestão excessiva de álcool.
- Ingestão excessiva de sal.
- Hábito de fumar.
- Ausência de exercício físico regular.

2- Falta de conhecimento sobre os principais fatores de risco da Hipertensão Arterial.

3- Poucas atividades educativas para aumentar o conhecimento geral da doença e suas complicações.

2-JUSTIFICATIVA

A ação programática de Atenção Primária à Saúde que foi foco de minha intervenção é Hipertensão Arterial. Nos últimos anos, a Hipertensão Arterial tem sido reconhecida como um problema de saúde pública. A importância desta doença está crescendo em razão do aumento da sua prevalência e incidência, com consequentes repercussões, traduzidas em mortes prematuras. Em pesquisa de prevalência de fatores de risco para doença coronária foi constatado que 7,0% da população acima de 20 anos eram portadoras de DM, e 31,5% eram portadoras de HAS. As doenças cardiovasculares (DCV) representam uma das maiores causas de mortalidade em todo mundo. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do Ministério da Saúde, no ano de em 2000 corresponderam a mais de 27% do total de óbitos no Brasil. No Sistema Único de Saúde (SUS), estas comorbidades são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, com um custo aproximado de 475.000.000 reais (BRASIL,2015).

Sabe-se que o risco cardiovascular duplica nestas doenças, especialmente quando estão associadas a outros fatores de risco como tabagismo e dislipidemias aumentando a morbimortalidade cardiovascular por morte súbita, infarto do miocárdio, angina do peito, insuficiência renal, entre outros, o que aponta para a necessidade de estratégias para atuar sobre os fatores de risco, fazer um diagnóstico oportuno, tratamento e controle das mesmas para assim evitar as complicações (BRASIL, 2015).

A UBSF Luizote de Freitas foi fundada no ano 2016. A mesma tem sua localização no setor principal da comunidade, com uma boa acessibilidade para os pacientes da comunidade pois fica na via principal as salas e consultórios estão bem-dispostos e organizados com o tamanho adequado. Prestamos serviços desde segunda-feira até sexta-feira para toda a população de nosso setor. A população

alvo de minha ação programática são as pessoas com hipertensão, temos cadastrados um total de 214 hipertensos com um indicador de cobertura de 99%.

Posso concluir dizendo que é de grande importância realizar esta intervenção no âmbito da UBSF, pois é possível a partir daqui elevar a qualidade do atendimento destes usuários, porém ainda falta programar todos os recursos desta ação programática baseados nos protocolos estabelecidos. Para dar cumprimento aos objetivos, contamos com o apoio de todos os profissionais da equipe de saúde.

A nossa finalidade é ampliar o número de visitas e atendimentos domiciliares, de forma dirigida e planejada, ampliar nossas estratégias de promoção e educação em saúde, para melhorar a qualidade de vida de nossos usuários com hipertensão arterial, criar um bom sistema de registro da informação de forma muito específica, e capacitar os agentes comunitários de saúde são possíveis metas a cumprir, fazer corretamente o cadastro dos usuários, com esse projeto a saúde da população alvo pode melhorar em quanto a prevenção e controle efetivo desta doença e o mais importante podemos diminuir consideravelmente a aparição de complicações referentes a Hipertensão Arterial. Considero que as dificuldades não são muitas.

3- OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica, na Unidade Básica de Saúde Luizote de Freitas, Uberlândia/MG.

3.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura a pacientes hipertensos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a pacientes hipertensos.

4- METODOLOGIA

Este projeto foi desenvolvido na UBSF Luizote de Freitas, no Município de Uberlândia, no estado de Minas Gerais. Participaram da intervenção as pessoas com hipertensão arterial residentes na área da UBSF. Utilizando como critério de seleção os pacientes hipertensos maiores de 20 anos, pertencentes à área adstrita da Unidade Básica de Saúde Luizote de Freitas, realizamos reuniões no grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Foi utilizado o protocolo do Ministério da Saúde, Caderno nº 37 de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2013 que trata a Hipertensão Arterial Sistêmica, a planilha OMIA de HAS e as planilhas de coleta de dados e as fichas espelhos oferecidas pelo curso. (BRASIL,2013).

Para a busca na literatura foram utilizados os termos: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Hipertensão.

Foram avaliadas as publicações dos últimos 5 anos, em português, obtidas através da busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Interna em Ciências da Saúde (Medline) e na Biblioteca Virtual da plataforma do Programa do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON).

Foram desconsideradas da análise as publicações sem correlação com tema proposto.

Com a aplicação da metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde foi descrita uma proposta de intervenção.

5- REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 130 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal. Os fatores de risco para hipertensão arterial são: idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade Ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos (BRASIL,2015).

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos (BRASIL,2015).

A pressão arterial elevada foi redefinida no Estados Unidos pela primeira vez em 14 anos: sistólica acima de 130 mmHg agora já é considerado hipertensão (AMERICAN HEART ASSOCIATION,2017).

A pressão arterial elevada agora é definida como resultados de 130 mmHg ou mais para a medida da pressão arterial sistólica, ou resultados de 80 mmHg ou mais para a medida da diastólica. Essa é uma mudança em relação à antiga definição de

140/90 mmHg, refletindo complicações que podem ocorrer nos números mais baixos.

Na primeira atualização das diretrizes Americanas sobre detecção e tratamento da pressão arterial desde 2003, a categoria de pré-hipertensão está sendo eliminada (AMERICAN HEART ASSOCIATION,2017).

As novas categorias de pressão arterial são:

Normal: Menos de 120/80 mmHg;

Elevado: PA sistólica entre 120-129 e PA diastólica inferior a 80;

Hipertensão Fase 1: Sistólica entre 130-139 ou diastólica entre 80-89;

Hipertensão Fase 2: Sistólica pelo menos 140 ou diastólica pelo menos 90 mm Hg;

Crise hipertensiva: Sistólica superior a 180 mmHg e/ou Diastólica acima de 120 mmHg, com pacientes que necessitam de mudanças imediatas na medicação em pacientes sem sintomas relevantes, ou hospitalização imediata se houver sinais de danos nos órgãos-alvos. Espera-se que o impacto das novas diretrizes seja maior entre os jovens. Prevê-se que a prevalência de hipertensão arterial irá triplicar entre homens com menos de 45 anos e duplicar entre as mulheres com menos de 45 anos, de acordo com o relatório (AMERICAN HEART ASSOCIATION,2017).

Outras mudanças na nova diretriz incluem:

Apenas prescrever medicamentos para hipertensão do estágio I se o paciente já teve um evento cardiovascular, como um ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral, ou está em alto risco de ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral com base na idade, presença de diabetes mellitus, doença renal crônica ou cálculo de risco aterosclerótico (usando a mesma calculadora de risco utilizada na avaliação do colesterol alto).Reconhecendo que muitas pessoas precisarão de dois ou mais tipos de medicamentos para controlar a pressão arterial e que as pessoas podem tomar seus comprimidos de forma mais consistente se vários medicamentos forem combinados em uma única pílula. (AMERICAN HEART ASSOCIATION,2017).

Identificar o status socioeconômico e o estresse psicossocial como fatores de risco para a pressão arterial alta que devem ser considerados no plano de cuidados de um paciente (AMERICAN HEART ASSOCIATION,2017).

No Brasil, as últimas diretrizes de hipertensão, capitaneadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, foram publicadas em setembro de 2016, pouco mais de um

ano atrás. Elas mantiveram os valores de 140/90 mmHg ou mais para diagnóstico de hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA.2010).

Com as novas recomendações Americanas publicadas, espera-se que as diretrizes brasileiras sejam revisadas, inclusive com impacto sobre os valores considerados desejáveis para medidas domiciliares, como no caso da MRPA (monitorização residencial da pressão arterial).

Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo é realizado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA.2010).

Alimentação rica em sódio e gorduras, ausência de exercício físico regular, tabagismo, etilismo e alterações psicoemocionais são mencionados como contribuintes para a elevação da pressão arterial, considerando chave para a instalação de doenças cardiovasculares e associação a HA. A prevenção primária da elevação da pressão arterial pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida, que incluam o controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal, do hábito de fumar e da prática de atividade física (PICON,2012).

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (UBERLANDIA,2015).

6. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Dando sequência aos passos propostos pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), diante do exposto, fica evidente a necessidade de se realizar ações que modifiquem o cenário apresentado, melhorando o panorama da Hipertensão Arterial na unidade.

Para isso, foram elaborados alguns projetos, tomando-se por base os nós críticos detectados no diagnóstico situacional. Estes projetos estão esquematizados no quadro a seguir.

Para elaboração desta proposta de intervenção, apresentaremos para cada nó crítico identificado pela equipe sua operação, resultados e produtos obtidos, além das pessoas responsáveis e sua gestão.

- 1- Hábitos de vida inadequados da população em estudo
- 2- Falta de conhecimento sobre os principais fatores de risco da Hipertensão Arterial.
- 3- Poucas atividades educativas para aumentar o conhecimento geral da doença e suas complicações.

DESENHOS DAS OPERAÇÕES (SEXTO PASSO)

Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico 1 - "Hábitos de vida inadequados da população em estudo" - relacionado ao problema priorizado, na população sob responsabilidade da ESF Luizote de Freitas, Uberlândia, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos de vida inadequados da população.
	Modificar estilos de vida.

Operação	
Projeto	“Mais Saúde”.
Resultados esperados	- Diminuir 20% de tabagistas, etilistas e obesos.
Produtos esperados	Fortalecimento do vínculo com a população alvo do estudo da abrangência da ESF. Programa da campanha educativa na rádio local.
Atores sociais / responsabilidades	População da área de abrangência, profissionais de saúde da ESF, Secretaria Municipal de Saúde
Recursos necessários	Cognitivos: Para orientações saudáveis. Políticos: Conseguir o espaço na rádio local. Econômicos: Folhetos educativos, recursos audiovisuais. Organizacionais: Para caminhadas e exercício físico.
Recursos críticos	Políticos: Conseguir o espaço na rádio local.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: Melhor qualidade vida dos pacientes hipertensos
Ação estratégica de motivação	Reunião dos profissionais de saúde da ESF com a Secretaria Municipal de Saúde expondo as necessidades da população alvo do estudo e de forma geral. Estabelecer cronogramas sobre as atividades para melhorar os indicativos.
Responsáveis	Profissionais de saúde da UBSF Luizote de Freitas
Cronograma / Prazo	Junho a julho de 2017.

Gestão, acompanhamento e avaliação	Levantamento de dados após cadastro de toda a população de nossa área pelos ACS.

Quadro 2- Operações sobre o nó crítico 2 " Falta de conhecimento sobre os principais fatores de risco da Hipertensão Arterial. " - Relacionado ao problema priorizado, na população sob responsabilidade da ESF Luizote de Freitas, Uberlândia, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Falta de conhecimento sobre os principais fatores de risco da Hipertensão Arterial.
Operação	- Implantar um programa educativo para a população. - Agendar as atividades com a população.
Projeto	"Saber mais".
Resultados esperados	-População mais informada sobre os riscos de hipertensão arterial. -Atividades agendadas.
Produtos esperados	-Programa da campanha educativa na rádio local sobre comunidade saudável. -Avaliação do nível de informação da população de risco.
Atores sociais / responsabilidades	População alvo do estudo e profissionais de saúde da ESF.
Recursos necessários	Cognitivos: Aumentar conhecimento sobre principais fatores de risco que conduzem a hipertensão arterial Políticos: Conseguir o espaço na rádio local. Articulação intersetorial e mobilização social. Econômicos: Folhetos educativos, recursos audiovisuais.
Recursos críticos	Cognitivos: Aumentar conhecimento sobre principais fatores

	de risco que conduzem a hipertensão arterial
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais de saúde da ESF. Motivação: Estabelecer vínculo do paciente com o serviço de saúde para cuidado continuado de comorbidades, reduzindo o risco cardiovascular.
Ação estratégica de motivação	Motivar aos usuários a conhecer a doença e fatores de risco que atingem com mais frequência. Realizar as palestras e grupos operativos.
Responsáveis	Profissionais de saúde da UBSF Luizote de Freitas
Cronograma / Prazo	Julho a setembro de 2017.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Agenda treinamento, orientações, palestras e atividades com a finalidade de elevar o conhecimento de nossa população

Quadro 3 –Operações sobre o nó crítico 3 " Poucas atividades educativas para aumentar o conhecimento geral da doença e suas complicações." - Relacionado ao problema priorizado, na população sob responsabilidade da ESF Luizote de Freitas, Uberlândia, Minas Gerais

Nó crítico 3	Poucas atividades educativas para aumentar o conhecimento geral da doença e suas complicações.
Operação	Discutir com a equipe, organizar e agendar atividades educativas oferecer orientações necessárias
Projeto	<i>“Mais saúde”.</i>
Resultados esperados	- Atingir um 80% da comunidade com maior conhecimento em geral da doença. -Equipe consciente e comprometida com a comunidade. -Atividades agendadas

Produtos esperados	-Campanhas promocionais de saúde em diferentes pontos da comunidade e no posto de saúde. -Processo de educação continuada.
Atores sociais / responsabilidades	População alvo do estudo e profissionais de saúde da ESF.
Recursos necessários	Cognitivos: Para o desenvolvimento da campanha. Políticos: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais da área. Econômicos: Para confeccionar e comprar os materiais. Organizacionais: organização da agenda e distribuição do pessoal em diferentes atividades.
Recursos críticos	Econômicos: Para confeccionar e comprar os materiais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais de saúde da ESF. Motivar aos pacientes a conhecer sua doença e oferecer conhecimentos para detectar possíveis fatores de riscos modificáveis.
Ação estratégica de motivação	Reunião dos profissionais de saúde da ESF com o conselho de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde expondo a necessidade de melhorar a qualidade de vida dos usuários e elevar os conhecimentos sobre a doença. Incrementar as atividades físicas supervisionadas.
Responsáveis	Profissionais de saúde da UBSF Luizote de Freitas
Cronograma / Prazo	Julho a agosto de 2017.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Controle estrito dos usuários, acrescentar as atividades de promoção de saúde e vincular o maior número de pacientes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição crônica que constitui um dos grandes problemas a resolver pela saúde pública no Brasil. Conforme constatado na literatura sobre o assunto, a população adulta no Brasil apresenta níveis pressóricos altos e, muitas vezes nem percebe o problema.

Com a implementação deste projeto tentamos que os pacientes adquiram um nível elevado de conhecimentos e assim possam diminuir a incidência de doenças cardiovasculares em pacientes com hipertensão arterial, diminuir a incidência dos fatores de risco de pacientes hipertensos, obter modificações no estilo de vida dos pacientes estudados e vincular os pacientes à grupos de hipertensos na UBSF.

Afinal, a hipertensão arterial é um mal que não pode ser curado, mas pode ser controlado afim de permitir uma melhor qualidade de vida.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados Censo 2010. Disponível em: Acesso em 18 de maio de **2015**.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Indicadores e dados básicos: Brasil-2000 [Internet]. Brasília (DF); 2007 [citado 2007 abr 12]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/idb>.

PICON RV,FUNCHS FD,MOREIRA LB, RIEGEL G, FUNCHS SC. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. PLOS One.2012;7(10):e48225.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2007; 89 (3): e25-e79.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n.1, p.1-51, 2010. Suplemento 1.

UBERLÂNDIA. Conheça Uberlândia. Portal da prefeitura de Uberlândia. Disponível: <<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Conteudo&id=2508>>. Acesso em 25 abr. 2015

VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults; American College of Cardiology (ACC) and American Heart Association (AHA); November 13, 2017.