

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

**ANUSKA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ**

**REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES PARA O CONTROLE DA PRESSÃO  
ARTERIAL DOS PACIENTES DA COMUNIDADE RETIRO, MUNICÍPIO  
SÃO FRANCISCO-MINAS GERAIS E A INTERVENÇÃO  
MULTIPROFISSIONAL**

**POLO MONTES CLAROS / MINAS GERAIS  
2014**

**ANUSKA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ**

**REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES PARA O CONTROLE DA PRESSÃO  
ARTERIAL DOS PACIENTES DA COMUNIDADE RETIRO, MUNICÍPIO  
SÃO FRANCISCO-MINAS GERAIS E A INTERVENÇÃO  
MULTIPROFISSIONAL**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Ana Mônica Serakides Ivo

POLO MONTES CLAROS / MINAS GERAIS  
2014

**ANUSKA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ**

**REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES PARA O CONTROLE DA PRESSÃO  
ARTERIAL DOS PACIENTES DA COMUNIDADE RETIRO, MUNICIPIO  
SÃO FRANCISCO-MINAS GERAIS E A INTERVENÇÃO  
MULTIPROFISSIONAL**

**Banca examinadora**

Prof.<sup>a</sup> Ana Mônica Serakides Ivo - Orientadora

Professora

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção com vista ao controle da pressão arterial dos hipertensos atendidos pela equipe do Programa de Saúde da Família da comunidade do Retiro no município São Francisco - MG. A realização do mesmo possibilitou à Equipe de Saúde da Família (ESF) do Retiro identificar os principais problemas que afetam hoje à comunidade, relacionada à hipertensão arterial: dificuldade no controle da pressão arterial dos pacientes hipertensos; aumento do risco cardiovascular e cerebrovascular em pacientes hipertensos e diabéticos; alto percentual de dislipidemia em pacientes que sofrem hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Os problemas foram identificados por meio de uma análise situacional em saúde e o plano de ação construído a partir das demandas apresentadas. Espera-se que o plano de ação possibilite a organização do trabalho da equipe no enfrentamento deste problema identificado e seja efetivo no controle da pressão arterial da comunidade.

Palavras chave: Hipertensão Arterial. Pressão Arterial.

## **ABSTRACT**

This study aimed to develop an intervention project aimed at controlling high blood pressure of hypertensive patients by Health Program team Retiro community family in the city San Francisco - MG. The realization of that enabled the Family Health Team (FHT) Retiro identify the main problems affecting the community today related hypertension: difficulty in controlling blood pressure of hypertensive patients; increased cardiovascular and cerebrovascular risk in hypertensive and diabetic patients; high percentage of dyslipidemia in patients suffering from hypertension and / or diabetes mellitus. The problems were identified through a situational analysis on health and the action plan built from the demands presented. It is expected that the action plan enables the organization of team work in tackling this problem identified and be affective in controlling blood pressure in the community.

Key words: Arterial Hypertension. Arterial Pressure.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PA	Pressão Arterial
PIB	Produto Interno Bruto
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TFD	Tratamento Fora do Domicílio

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para indivíduos maiores de 18 anos.....	15
Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional segundo importância, urgência e capacidade para enfrentá-los na área de abrangência da ESF Retiro, São Francisco, MG, 2014.....	18
Quadro 2 - Desenho das operações .....	21
Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos .....	22
Quadro 4 - Análise da viabilidade do plano.....	22
Quadro 5 - Elaboração do plano operativo.....	23
Quadro 6 - Gestão do plano.....	24
Quadro 7 - Avaliação e Monitoramento dos resultados.....	25

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Justificativa.....</b>	<b>12</b>
<b>3. Objetivos.....</b>	<b>13</b>
<b>4. Metodologia.....</b>	<b>14</b>
<b>5. Revisão de literatura.....</b>	<b>15</b>
<b>6. Plano de Ação.....</b>	<b>18</b>
<b>7. Considerações Finais.....</b>	<b>27</b>
<b>Referências.....</b>	<b>28</b>



## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1. Diagnóstico Situacional**

#### **1.1.1. Identificação do município**

São Francisco é um município brasileiro situado ao norte de Minas Gerais, com área de aproximadamente 3.308 km. Encontrando se a uma distância de 568 km<sup>3</sup> com relação á capital (IBGE, 2014).

#### **1.1.2. Histórico e descrição do município**

Fundada entre 1700 e 1702, por Domingos do Prado e Oliveira, proprietário do terreno, nasceu a Fazenda Pedras de Cima. Com o desaparecimento do proprietário, a fazenda Pedras de Cima foi transformada em Povoado de Pedras dos Angicos. Depois foi acrescido o nome de São José das Pedras dos Angicos. No decorrer de outubro de 1877, a Vila foi elevada à categoria de Cidade com a denominação de Cidade Evangelina, que posteriormente tornou se São Francisco das Pedras. Em 1877, no dia 5 de novembro, o município recebe definitivamente o nome de São Francisco, deixava, assim, a categoria de vila tornando se a mais nova e bela cidade ribeirinha (IBGE, 2010).

#### **1.1.3. Aspectos Demográficos**

O município de São Francisco é constituído dos distritos da cidade: Vila do Morro e Santa Isabel, nove povoados e 120 comunidades. Tem uma área total de 3.299, 801 km<sup>2</sup> sendo urbana: 5,68 km<sup>2</sup> e rural: 3.291,767 km<sup>2</sup>. De acordo aos dados do IBGE (2010) a população do município é de 53.828 habitantes, sendo 34.202 habitantes na Zona Urbana e 19.626 na Zona Rural, um 51.4% da população é homem (27658) e outro 48.6% é mulher (26170).

#### **1.1.4. Aspectos Socioeconômicos.**

A economia de São Francisco consiste na agropecuária, piscicultura, comércio entre comerciantes e serviços.

O município apresenta-se com uma população de baixo nível econômico, sendo que 70% das famílias têm renda familiar menor de um salário mínimo a um e meio salários mínimos. De acordo ao IBGE 2011 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) foi de 0.638, maior em comparação com o ano 2000 que foi de

0.485. O Produto Interno Bruto (PIB) foi de R\$ 285.064 mil e o PIB per capita é de R\$ 5.278,29 (IBGE, 2011).

### **Saneamento Básico**

O abastecimento de água de São Francisco é feita pela COPASA com 100% de abrangência. A coleta de lixo é depositada a céu aberto sem qualquer tipo de tratamento.

### **Educação**

A cidade de São Francisco conta com inúmeras escolas públicas e privadas de ensino fundamental e médio, além de algumas instituições de ensino superior. A Universidade Estadual de Montes Claros mantém alguns cursos de licenciatura na cidade.

#### **1.1.5 Sistema municipal de saúde**

O setor de saúde disponibiliza para a população: um hospital Municipal com atendimento especializado na clínica médica, pediatria, cirurgia, ginecologia-obstetrícia, cardiologia, ortopedia e laboratório de análises clínicas, raios-X, eletrocardiograma; ambulatório / Pronto Socorro, com plantões de 24 horas; quinze centros de saúde; oito gabinetes odontológicos; onze equipes de saúde da família; um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher; programa de Assistência Integral a Saúde da Criança. Além disso dispõe de outros programas como: odontologia; DST / AIDS (Educação em Saúde); hanseníase; tuberculose; diabetes; hipertensão; doença de Chagas; álcool e tabagismo (educação em saúde); saúde mental; leishmaniose; raiva (vacinação canina); Teste do Pezinho; combate ao mosquito da dengue; saneamento; vigilância sanitária; saúde da família; saúde ambiental; esquistossomose.

As redes de serviços de saúde de São Francisco são coordenadas pelo Tratamento Fora Domicílio (TFD), onde os pacientes são orientados e dirigidos aos diferentes formulários dependendo da necessidade de avaliação do paciente.

#### **1.1.6. Unidade da Saúde da Família**

A Unidade Básica do Retiro está localizada na zona rural do município São Francisco a aproximadamente 20 km da sede municipal. Tem 861 famílias cadastradas para um total de 3921 habitantes de acordo com o relatório da situação de saúde feito no mês de fevereiro de 2014.

A unidade tem uma estrutura integrada por: recepção, consulta médica, consulta de enfermagem, vacinação, sala de cura, sala para reuniões de grupo, esterilização e expurgo.

A equipe de saúde está constituída por um médico geral, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários.

A comunidade conta com uma igreja, uma farmácia, supermercados e escolas. Serviços existentes de luz elétrica, telefonia e saneamento básico.

#### **1.1.7. Aspectos Epidemiológicos**

De acordo os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) o município tinha cadastrado até o mês de janeiro 2014, 4120 hipertensos, 750 diabéticos, cinco portadores de tuberculose e quatro portadores de hanseníase. A área de Retiro tinha cadastrado até o mês de fevereiro de 2014 um total de 333 hipertensos, 66 diabéticos e uma pessoa com tuberculose.

As doenças mais freqüentes no município na rede ambulatorial foram: doença cardiovascular, respiratórias e pulmonares, digestivas e osteomusculares. Outras doenças prevalentes da região são: doença de Chagas, tuberculose, leishmaniose, hanseníase, esquistossomose e dengue.

A morbidade hospitalar no município no ano 2013 de acordo aos dados do IBGE foi de 130 óbitos, sendo os mais freqüentes relacionados às doenças do aparelho respiratório (37 óbitos), circulatório (25), doenças infecciosas e parasitárias (18), aparelho digestivo (15), neoplasias e tumores (9).

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência, considerada um problema de saúde pública de âmbito mundial devido a seu risco e dificuldade de controle. É classificada como uma doença crônica, de natureza multifatorial, em muitos casos de curso assintomático, negligenciando assim o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento (BRITO; PANTAROTTO; COSTA, 2011).

No ano de 2011 havia no Brasil cerca de 17 milhões de pessoas com hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais (BRITO; PANTAROTTO; COSTA, 2011). Esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também tenham a doença. Estes mesmos autores identificaram que níveis elevados de pressão arterial (PA) aumentam o risco de doenças cardiovasculares, sendo a hipertensão arterial reconhecida como o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade precoce. De acordo com a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel 2012, 24,3% da população brasileira têm hipertensão arterial, contra 22,5% em 2006. A doença é mais comum entre as mulheres (26,9%) que entre os homens (21,3%) e também varia de acordo com a faixa etária. Entre os brasileiros com mais de 65 anos de idade, 59,2% se declaram hipertensos, sendo apenas 3,8% na faixa de 18 a 24 anos e 8,8% de 25 a 34 anos.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença cardiovascular mais freqüente na comunidade do estudo (Retiro), bem como a patologia responsável pela maior parte dos atendimentos, sendo que grande parte das pessoas atendidas chegam com quadros hipertensivos descontrolados, o que justifica a importância de intervenção sobre o problema identificado. Vale ressaltar que essa problemática não é uma característica apenas da comunidade Retiro, mas de todo o Brasil, sendo necessária atuação dos profissionais. Segundo o Ministério da Saúde:

Ela é um dos mais importantes fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com a diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASILIA, 2006, p.26).

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um Projeto de Intervenção com vista ao controle da hipertensão arterial dos hipertensos atendidos pela equipe do Programa de Saúde da Família da comunidade do Retiro no município São Francisco - MG.

#### 4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste projeto realizou-se um diagnóstico situacional conforme orientações do Módulo de Planejamento em Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) que possibilitou a identificação do perfil populacional e dos problemas de saúde do município e da unidade básica de saúde, as características socioeconômicas e culturais da comunidade as quais podem influir no processo saúde-doença da comunidade, bem como suas demandas de saúde. Por meio do método da estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) obteve-se informação sobre o conjunto de problemas de maior envergadura na área de abrangência assim como os recursos potenciais para seu enfrentamento. A equipe priorizou um dos problemas tendo considerado a importância, a urgência e a capacidade para enfrentá-lo atribuindo valor de alto, médio ou baixo conforme sua urgência, definindo ainda se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.

Para elaboração do plano de intervenção aplicou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A construção da proposta de intervenção contou ainda com consultas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados do *Scientific Electronic Library Online*, Pub Med e Google Acadêmico com as seguintes palavras-chave: Hipertensão arterial, Pressão Arterial.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo a VI Diretrizes Brasileira De Hipertensão Arterial, 2010, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, associa-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

A hipertensão arterial é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular por apresentar alta prevalência e ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores (CARVALHO; BASTOS, 2011).

Na maioria das vezes, a hipertensão arterial é diagnosticada ao se constatar valor pressórico elevado em uma consulta médica casual. A correta medida da pressão arterial é fundamental para que uma adequada terapêutica seja administrada ao paciente (CORRÊA et al., 2006).

De acordo com a Revista Brasileira de Hipertensão, 2010, o diagnostico deve ser validado por medidas repetidas de pressão arterial, em pelo menos três ocasiões e em condições ideais. A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg, mostrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para indivíduos maiores de 18 anos.

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão diastólica (mmHg)</b>
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	$\geq 180$	$\geq 110$

Fonte: Revista Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, v. 17, n.1, 2010. p.15.

De acordo com o Ministério da Saúde, 2006, devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões em órgãos-alvo e as comorbilidades associadas.

A pressão arterial é um parâmetro que deve ser avaliado continuamente, mesmo em fase de resultados iniciais normais (BRASIL, 2006). A avaliação clínico-laboratorial do paciente hipertenso visa confirmar a elevação da pressão arterial; firmar o diagnóstico de hipertensão; identificar os fatores de risco para doença cardiovascular; avaliar lesões de órgão alvo; identificar doenças associadas à hipertensão; estratificar o risco cardiovascular do paciente e diagnosticar hipertensão secundária em caso de suspeita clínica. Para atingir tais objetivos é fundamental o detalhamento da história clínica do paciente, exame físico, avaliação laboratorial básica e exames complementares (CARVALHO; BASTOS, 2011)

De acordo com a Revista Brasileira de Hipertensão, 2010, os níveis elevados e mantidos de pressão arterial podem ser responsáveis pelo incremento de óbito devido a acidente vascular encefálico, doença isquêmica cardíaca e doença renal crônica. São ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados.

O objetivo final da terapêutica anti-hipertensiva é reduzir a morbimortalidade de pacientes que apresentam elevado risco cardiovascular, como pacientes diabéticos e em especial com microalbuminúria, com insuficiência cardíaca, com nefropatia e com vasculopatias periféricas secundárias a hipertensão arterial crônica, além da prevenção primária e secundária de acidente vascular cerebral (CORRÊA et al., 2006).

Para o Ministério da Saúde, um dos desafios para as equipes da atenção primária é iniciar o tratamento dos casos identificados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013).



A adoção de hábitos de vidas saudáveis por todas as pessoas é essencial para a prevenção do desenvolvimento da hipertensão arterial, sendo indispensável como parte do tratamento (CORRÊA et al., 2006).

A mudança no estilo de vida, com alimentação equilibrada, redução do consumo de sal, controle de peso, prática de atividade física, dentre outras, é de fundamental importância para o controle da hipertensão arterial, e redução do risco de morbimortalidade global por doença cardiovascular (BRITO; PANTAROTTO; COSTA, 2011).

As indicações de modificações no estilo de vida são importantes, pois já existem evidências do seu efeito na redução da pressão arterial, além de se caracterizar por uma intervenção de baixo custo que aumentam a eficiência do tratamento medicamentoso e reduzem o risco cardiovascular (CHOBANIAN et. al, 2003 apud FERREIRA et al., 2009). Os cuidados em relação à manutenção dos níveis pressóricos em condições ideais são requisitos indispensáveis para o individuo quando este possui uma doença crônica (LOPES et al., 2008).

Para que aconteçam essas mudanças na vida dos hipertensos é imprescindível o envolvimento dos profissionais da saúde, cabendo a todos abordar aspectos de prevenção e de promoção à saúde, prestar informações ao público, implementar programas educativos e avaliá-los periodicamente, visando à melhoria das ações desenvolvidas e à adequação e o controle da hipertensão arterial (FENSTERSEIFER; GAPERIN, 2006 apud BRONDANI et al., 2004).

## 6 PLANO DE AÇÃO

### Primeiro passo: definição dos problemas.

A Equipe de Saúde da Família do Retiro, com a participação de membros da comunidade conseguiu identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, assim como as causas e as conseqüências destes problemas, utilizando o método da estimativa rápida. Os problemas identificados foram:

- Aumento do atendimento por parasitismo intestinal sobre tudo na idade pediátrica, que está ligado ao abastecimento da água potável e condições de armazenamento inadequado dos alimentos, além da característica sociocultural dos habitantes da área.
- Uso abusivo de medicamentos psicoativos entre os que se destacam o clonazepam e fluoxetina.
- Dificuldade no controle da pressão arterial dos pacientes hipertensos.
- Aumento do risco cardiovascular e cerebrovascular em pacientes hipertensos e diabéticos.
- Alto percentual de dislipidemia em pacientes que sofrem Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

### Segundo passo: priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, os integrantes da equipe fizeram a priorização dos problemas que serão enfrentados. Como critérios para seleção dos problemas, o grupo considerou: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los.

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional segundo importância, urgência e capacidade para enfrentá-los na área de abrangência da ESF Retiro, São Francisco, MG, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Aumento do atendimento por parasitismo intestinal.	Alta	4	Parcial	5
Uso abusivo de	Alta	5	Parcial	4

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
medicamentos psicoativos.				
Dificuldade no controle da pressão arterial dos pacientes hipertensos.	Alta	8	Parcial	1
Aumento do risco cardiovascular e cerebrovascular em pacientes hipertensos e diabéticos.	Alta	5	Parcial	2
Alto percentual de dislipidemia em pacientes com hipertensão arterial e ou diabetes mellitus.	Alta	4	Parcial	3

Fonte: próprio autor

A dificuldade no controle da pressão arterial dos pacientes hipertensos foi o problema selecionado como prioridade 1. A seleção foi feita tendo em conta os pontos obtidos com os critérios anteriores.

### **Terceiro passo: descrição do problema selecionado**

Para a descrição do problema priorizado a equipe utilizou dados do SIAB registrados até fevereiro 2014.

A comunidade de Retiro tem cadastrados e acompanhados 333 pacientes com hipertensão arterial sistêmica, o que representa 8.49% da população estimada. O difícil controle da mesma foi identificado, pois 74% da população hipertensa não têm um estilo de vida adequado, dieta pouco saudável, inatividade física, excesso de peso que afetam a homens e mulheres, além do habitual uso de tabaco e consumo de bebidas alcoólicas entre a população hipertensa.

Outras questões que a equipe considera relevante para justificar esse quadro é o fato de que, dos 333 pacientes cadastrados e acompanhados, 229 são idosos e 193 não são alfabetizados com dificuldade para exercer os tratamentos adequadamente, dificultando a adesão ao tratamento.

### **Quarto passo: explicação do problema**

As causas do problema são:

1. Estilo de vida pouco saudável.

- Alimentação cotidiana: colocam excessiva quantidade de sal nas comidas.
- Insuficiente ingestão de frutas e vegetais.
- Insuficiente ingestão de água.
- Propensão ao sobrepeso ou obesidade.
- Níveis inadequados de lípidos no sangue.
- Estado de ansiedade ou de estresse.
- Alta ingestão de álcool.
- Tabagismo.
- Falta de exercício físico sobre tudo no sexo feminino em que prevalece o sedentarismo.

2. Falta de adesão ao tratamento medicamentoso anti – hipertensivo.

- Baixa disponibilidade dos tratamentos na farmácia básica.
- Baixo nível econômico.
- Baixa escolaridade e analfabetismo que dificultam a compreensão das orientações por parte do paciente.
- O apoio familiar é insuficiente.
- Falta de responsabilidade por parte do paciente para com seu tratamento.

**Conseqüências:**

**Risco cardiovascular e cerebrovascular aumentado.**

**Aumento das internações hospitalares.**

**Invalidez ou aumento de óbitos por complicações da mesma.**

**Aumento da demanda e gasto para o sistema de saúde e previdenciários.**

### Quinto passo: seleção dos "nós críticos"

Neste passo a equipe identificou as causas mais importantes da origem do problema para melhor enfrentamento. Para realizar essa análise utilizamos o conceito de "nó crítico" proposto pela PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os "nós críticos" considerados pela Equipe de Saúde do Retiro como desencadeadores para o problema foram: hábitos e estilos de vida inadequados e a falta de adesão ao tratamento.

### Sexto passo: desenho das operações

Depois de explicado o problema e identificadas as causas mais importantes, a equipe procedeu à busca de estratégias para dar solução ao problema. Foi preciso descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como "nós críticos" e identificar os produtos e resultados para cada operação definida, como demonstrada no Quadro - 2.

Quadro 2 - Desenho das operações.

Nós críticos	Operação	Resultado esperado	Produto esperado	Recursos necessários.
Estilo de vida pouco saudável.	Modificar hábitos e estilos de vida dos hipertensos.	Melhorar os hábitos alimentares dos hipertensos;  Diminuir o estresse, o sedentarismo e a obesidade;  Diminuir a ingestão de álcool e o tabagismo.	Constituição de Grupo operativo operante com participação de 100% dos usuários hipertensos;  Programa de caminhada	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema.  Organizacional: Organizar palestras de educação em saúde. Organizar as caminhadas.
Falta de adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo	Aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários hipertensos.	Reduzir os episódios de agudização.  Melhorar o controle da pressão arterial.	Adesão de 100% dos hipertensos participantes dos Programas de Educação em Saúde ao tratamento medicamentoso	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema.  Organizacional: Organizar grupos operativos e de educação em

Nós críticos	Operação	Resultado esperado	Produto esperado	Recursos necessários.
		Reduzir o risco de complicações agudas e crônicas.		saúde.

Fonte: próprio autor

### Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.

Neste passo a equipe conseguiu identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação. Foram considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, como está representado no Quadro - 3.

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos.

Operação	Recursos críticos
Modificar hábitos e estilos de vida dos hipertensos.	Organizacional: organizar palestras de educação em saúde com o grupo de hipertensos e organizar as caminhadas.
Aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários hipertensos.	Organizacional: Organizar as palestras de educação em saúde com participação dos familiares

Fonte: próprio autor

### Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Neste passo a equipe identificou as três variáveis fundamentais: os atores responsáveis para executar e controlar os recursos críticos das operações que compõem o plano; os recursos controlados pelos atores e a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano, estando representados no Quadro - 4.

Quadro 4- Análise da viabilidade do plano.

Operação	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas.
Modificar hábitos	Organizacional:	Equipe	Favorável	Apresentar a

Operação	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas.
e estilos de vida dos hipertensos	organizar as palestras de educação em saúde com o grupo de hipertensos e organizar as caminhadas	de Saúde da Família		proposta para a coordenação da Atenção Primária Municipal e equipes de apoio, como o NASF, para garantir o apoio no desenvolvimento das ações e fortalecimento da proposta.
Aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários hipertensos	Organizacional: Organizar as palestras de educação em saúde com participação dos familiares	Equipe de Saúde da Família	Favorável	Apresentar a proposta para a coordenação da Atenção Primária municipal e equipes de apoio, como o NASF, para garantia de apoio no desenvolvimento das ações e fortalecimento da proposta.

Fonte: próprio autor

### **Nono passo: elaboração do plano operativo.**

Neste passo o equipe designou responsáveis pelo projeto e operações estratégicas além de estabelecer os prazos para a execução e cumprimento das ações, representadas no Quadro - 5.

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo.

Operação	Resultado	Produto	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Modificar hábitos e estilos de vida dos hipertensos	Melhorar os hábitos alimentares dos hipertensos; Diminuir o estresse, o sedentarismo e a obesidade; Diminuir a	Constituição de grupo operativo operante com participação de 100% dos usuários hipertensos; Programa de caminhada orientada com o grupo de	Apresentar a proposta para a coordenação de Atenção Primária municipal e equipes de apoio, como o NASF, para garantia de apoio no desenvolvimen	Enfermeira da UBS. Médica Clínica Geral da UBS.	Curto prazo: início das atividades em 15 dias

Operação	Resultado	Produto	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
	ingestão de álcool e o tabagismo.	hipertensos.	to.		
Aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários hipertensos	Melhorar a qualidade de vida dos hipertensos e os episódios de agudização. Melhorar o controle da pressão arterial. Reduzir o risco de complicações agudas e crônicas.	Adesão de 100% dos hipertensos participantes dos Programas de Educação em Saúde ao tratamento medicamentoso.	Apresentar a proposta para a coordenação de Atenção Primária municipal e equipes de apoio, como o NASF, para garantia de apoio no desenvolvimento das ações e fortalecimento da proposta.	Enfermeira da UBS. Médica Clínica Geral da UBS.	Com início em 30 dias

Fonte: próprio autor

### Décimo passo: gestão do plano

Neste passo a equipe desenhou um modelo de gestão do plano de ação e foi discutido e definido o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos; representado no Quadro - 6.

Quadro 6 - Gestão do plano.

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Modificar hábitos e estilos de vida dos hipertensos	Constituição de grupo operativo operante com participação de 100% dos usuários hipertensos; Programa de caminhada orientada com o grupo de	Enfermeira da UBS. Médica Clínica Geral da UBS.	Curto prazo: início das atividades em 15 dias			



Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
	hipertensos.					
Aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários hipertensos	Adesão de 100% dos hipertensos participantes dos Programas de Educação em Saúde ao tratamento medicamentoso.	Enfermeira da UBS. Médica Clínica Geral da UBS.	Com início em 30 dias.			

Fonte: próprio autor

### **Avaliação e Monitoramento dos resultados.**

Para a avaliação e monitoramento dos resultados propostos, foi elaborada pela equipe, a planilha mostrada no Quadro – 7, que permitirá monitorar os resultados em um prazo de seis meses e um ano.

Quadro 7 - Avaliação e Monitoramento dos resultados.

Indicadores Monitorados	Atuais		Em 6 meses		Em um ano	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipertensos cadastrados.						
Hipertensos acompanhados conforme o protocolo.						
Hipertensos controlados.						
Hipertensos com hábitos dietéticos inadequados.						
Hipertensos tabagistas.						

Indicadores Monitorados	Atuais		Em 6 meses		Em um ano	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipertensos com hábitos de ingerir bebidas alcoólicas.						
Hipertensos sedentários ou com estresse.						
Hipertensos obesos.						
Hipertensos com participação ativa no programa de caminhada.						
Hipertensos com adesão ao tratamento medicamentoso.						
Hipertensos com complicações agudas.						
Hipertensos com complicações crônicas.						
Hipertensos com internações por complicações cardiovasculares ou cerebrais.						
Óbitos de hipertensos por complicações cardiovasculares ou cerebrais.						

Fonte: próprio autor

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização do projeto comunitário possibilitou o conhecimento da realidade em relação à situação demográfica socioeconômica e epidemiológica e de serviços do município, de forma tal que a partir dos dados obtidos foi possível identificar os principais problemas relacionados à saúde da comunidade do Retiro, permitindo assim a construção de um plano de intervenção que oriente as atividades que poderão melhorar a qualidade de vida destas pessoas no que diz respeito ao controle dos níveis pressóricos da população. A revisão de literatura permitiu além de identificar a importância das intervenções por meio de equipe multidisciplinar como as mais efetivas, a elaboração deste plano de ação considerando as necessidades do território e organização do processo de trabalho da equipe.

## REFERENCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 12 de abril 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 12 de abril 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno da Atenção Básica N° 15. Hipertensão Arterial Sistêmica. 1. ed. Brasília DF, 2006. 51 p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadísticas. **Estabelecimentos de saúde e morbidade hospitalar**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/saude.php>>. Acesso em: 12 de abril 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadísticas. **Produto Interno Bruto dos municípios**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estadística/pesquisa\\_resultados.php](http://www.ibge.gov.br/home/estadística/pesquisa_resultados.php)>. Acesso em: 12 de abril 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno da Atenção Básica N° 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília DF, 2013. 57 p.

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

BRONDANI, S. et al. Hipertensão Arterial: Abordagem Interdisciplinar na Atenção Básica. Uma Revisão Bibliográfica. São Paulo, 2004. 6 p. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/fórumfisio>>. Acesso em: 21 Maio 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**.Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento\\_e\\_avaliac](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliac)

ao\_das\_acoes\_de\_saude\_2/3>. Acesso em: 12 de abril 2014.

CARVALHO, A. C.; BASTOS, V. P. Manual de Orientação Clínica: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). São Paulo: Olho de Boi Comunicações, 2011. 66 p.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110 p.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 12 de abril 2014.

CORREA, T. D. et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 91-101, 2006.

FERREIA S. R. S. et al. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre, 2009. 54 p. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/protocolosdehipertensao>>. Acesso em: 21 de Maio 2014.

LOPES, M. C. L. et al. O auto cuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. Revista eletrônica de enfermagem, v.10, n.1, p. 198-211, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10n1a18.htm>>. Acesso em: 21 de Maio 2013.

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL).** Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <[http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc\\_Orientador\\_PIL.pdf](http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf)>. Acesso em: 12 de abril 2014.

Revista Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, v. 17, n.1, 2010. 64 p.

VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade

Brasileira de Nefrologia. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 95, n.1, p. 1-51, 2010.

VIGITEL. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico–Vigitel 2012 Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/vigitel/vigteldescr.htm>>. Acesso em: 15 de Novembro 2014.