

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

**YOEL PARRADO RODRIGUEZ**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADULTOS NO  
MUNICÍPIO OURO VERDE DE MINAS: UMA PROPOSTA DE  
INTERVENÇÃO.**

**TEÓFILO OTONI/MG**

**2014**

**YOEL PARRADO RODRIGUEZ**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADULTOS NO  
MUNICÍPIO OURO VERDE DE MINAS: UMA PROPOSTA DE  
INTERVENÇÃO.**

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

Orientador: Prof Heriberto Fiuza Sanchez

**TEÓFILO OTONI/MG**

**2014**

**YOEL PARRADO RODRIGUEZ**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ADULTOS NO  
MUNICÍPIO OURO VERDE DE MINAS: UMA PROPOSTA DE  
INTERVENÇÃO.**

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

Orientador: Prof Heriberto Fiuza Sanchez

**Banca examinadora**

Examinador : Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Examinador : Profa. Dra Márcia Bastos Rezende

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2015

**TEÓFILO OTONI/MG**

**2014**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado me dando forças para lutar e vencer cada obstáculo.

Aos meus pais Nidia e Leonel por terem me dado a vida, pelo amor, por serem meus guias e que ainda estando longes sempre acreditaram em mim.

A minha irmã Yelenny que é meu anjinho. Te amo mimi!

A minha namorada Arielly pela compreensão e apoio nos momentos de cansaço, pela alegria e força proporcionadas em cada momento de dificuldade.

Aos meus professores do Polo Sibeles Guimarães e Jakeline Santos pelas horas de dedicação e por me ajudar a construir este trabalho.

Ao professor Heriberto Fiuza Sanchez pelas orientações indispensáveis ao êxito, sua disponibilidade e pelas imprescindíveis contribuições para o desenvolvimento e finalização deste trabalho.

## RESUMO

A experiência na área de saúde, no município Ouro Verde de Minas, nos últimos anos, vem mostrando que apesar das várias divulgações e campanhas realizadas referente à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), seus fatores de riscos e complicações, as pessoas com essa doença ainda apresentam grandes dificuldades no controle dela. A HAS é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos e está envolvida em 50% das mortes por doença cardiovascular. No território de abrangência da equipe de saúde observam-se muitos pacientes hipertensos descontrolados, sem acompanhamento adequado e muitos ainda nem identificados. Conhecendo a alta prevalência de hipertensão arterial em adultos na comunidade, as baixas taxas de controle, o grande número de usuários com níveis pressóricos não controlados que sobrecarregam o trabalho diário, se fez necessário realizar um planejamento de ações em saúde preventivas, terapêuticas e assistenciais. O presente de estudo objetivou propor um plano de intervenção para diminuir a incidência da hipertensão arterial sistêmica em adultos no Município Ouro Verde de Minas, Minas Gerais. Ao decorrer do projeto foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Se realizou uma revisão de literatura sobre o tema hipertensão arterial sistêmica, com pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa, considerando as revistas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Scientific Electronic Library Online (SciELO), bem como no acervo da biblioteca virtual do NESCON, manuais, diretrizes, livros de textos e materiais oferecidos no curso de especialização disponibilizados na Plataforma Ágora a partir dos descritores Hipertensão arterial, fatores de risco para hipertensão e intervenção. Após a revisão elaborou-se um plano de intervenção baseado na hipertensão arterial. As propostas apresentadas foram reorganizar o processo de trabalho da equipe, aumentar os conhecimentos e nível de informação da população, modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes e melhorar as ações oferecidas pelo sistema de saúde municipal.

**Palavras-chaves:** Hipertensão arterial, fatores de risco para hipertensão e intervenção.

## ABSTRACT

Experience in the health area , in Ouro Verde de Minas, in recent years, has shown that despite various disclosures and campaigns related to Sistemic Arterial Hypertension (SAH), their risk factors and complications, people with this disease still have great difficulty in control of it. SAH is the most prevalent of all cardiovascular diseases affecting more than 36 million adult Brazilians and is involved in 50 % of deaths from cardiovascular disease. In the territory of the health team coverage are observed many uncontrolled hypertensive patients without proper monitoring and many have not even identified. Knowing the high prevalence of hypertension in adults in the community , the poor control rates, the large number of users with uncontrolled blood pressure levels that overwhelm the daily work , it was necessary to carry out an action planning in preventive , therapeutic and health care. This study aimed to propose an action plan to reduce the incidence of hypertension in adults in the city Ouro Verde de Minas, Minas Gerais. In the course of the project three steps were performed : situation analysis , literature review and drafting of the intervention plan. It was realised a literature review on the topic hypertension, with bibliographical review the type narrative research , considering the journals indexed in Virtual Health Library, the Scientific Electronic Library Online ( SciELO ) and the virtual library collection of NESCON , manuals, guidelines, textbooks and materials offered in the specialization course available in the Agora platform from descriptors hypertension, risk factors for hypertension and intervention. After review was drawn up an action plan based on the Arterial hypertention. The proposals were reorganize the team work process, increase knowledge and public information level , change habits and lifestyles of patients and improve the deals offered by the municipal health system.

**Keywords** : arterial hypertension , risk factors for hypertension and intervention.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> População-Perfil demográfico da população estimada de 2013, por gêneros e faixas etárias, município Ouro Verde de Minas, MG.....	12
<b>Tabela 2:</b> Orçamento destinado à saúde. Município Ouro Verde de Minas, MG.....	13
<b>Tabela 3:</b> Situação de cobertura pelo PSF. Município Ouro Verde de Minas, MG...	14
<b>Tabela 4:</b> Recursos materiais. Município Ouro Verde de Minas, MG.....	17
<b>Tabela 5:</b> Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.....	27
<b>Tabela 6.</b> Descritores do problema da elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.....	29
<b>Tabela 7.</b> Desenho das operações traçadas para o enfrentamento de nós críticos definidos para elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.....	30
<b>Tabela 8.</b> Identificação dos recursos críticos definidos para elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.....	33
<b>Tabela 9.</b> Análise da viabilidade do plano para elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.....	33
<b>Tabela 10.</b> Definição dos responsáveis pelas operações do plano para elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.....	35
<b>Tabela 11.</b> Gestão do plano para enfrentar a elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.....	37

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1.1 Identificação, criação e descrição do município.....	10
1.2 Aspectos geográficos e socioeconômicos.....	11
1.3 Aspectos sócio demográficos .....	12
1.4 Sistema Local de Saúde.....	13
1.5 Programa Saúde da Família .....	14
1.6 Sistema de Referência e Contra referência - Redes de Média e Alta Complexidade .....	15
1.7 Recursos Humanos em Saúde .....	15
1.8 Território/ Área de abrangência .....	16
1.9 Recursos da Comunidade.....	16
1.10 Unidade Básica de Saúde .....	17
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
3.1 Objetivo Geral.....	19
3.2 Objetivos Específicos .....	19
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
5.1 Revisão de literatura.....	21
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>26</b>
6.1 Identificação dos problemas.....	26
6.2 Ordem de prioridade para os problemas.....	26
6.3 Descrição do problema escolhido.....	27
6.4 Descritores do problema elevada prevalência de HAS em adultos.....	28
6.5 Explicação do problema: elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos.....	28
6.6 Conseqüências.....	29
6.7 Identificação de nós críticos.....	29
6.8 Desenho das operações.....	29
6.9 Identificação dos recursos críticos.....	32
6.10 Análise da viabilidade.....	33
6.11 Elaboração do Plano Operativo.....	34
6.12 Gestão do plano.....	36
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	



## 1. INTRODUÇÃO:

A experiência na área de saúde, no município Ouro Verde de Minas, nos últimos anos, vem mostrando que apesar das várias divulgações e campanhas realizadas referente à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), seus fatores de riscos e complicações, as pessoas com essa doença ainda apresentam grandes dificuldades no controle dela.

Tais dificuldades estão relacionadas com questões como baixa adesão ao tratamento pelo paciente, manutenção de estilos de vidas inadequados que levam a quadros de complicações da doença totalmente evitáveis.

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível, de múltiplas expressões, constituindo-se em relevante problema de saúde pública devido às suas implicações econômicas e sociais. Apresenta um elevado índice de prevalência e de mortalidade no contexto nacional e internacional. É uma doença desencadeada de forma isolada ou está associada ao agravamento de diversas doenças, é multifatorial, estando associada a fatores de risco não modificáveis e modificáveis. Em virtude do seu caráter crônico e incapacitante gera aposentadorias precoces, longo período de internação, alto custo para o tratamento, alterações na autoestima e autoconceito do indivíduo (DA SILVA e CARNEIRO, 2012, *apud* PIERIN, 2001).

É a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos e está envolvida em 50% das mortes por doença cardiovascular. (CIPULLO *et. al*, 2010).

É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. (BRASIL, 2006a).

Há evidências suficientes de que, em indivíduos com níveis pressóricos normais, o aumento de 20 mmHg na pressão sistólica e 10 mmHg na pressão diastólica duplica o risco de morte por AVC e infarto do miocárdio. (CHOBANIAN *et. al*, 2003).

A prevalência mundial estimada é da ordem de 1 bilhão de indivíduos hipertensos, sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos à hipertensão arterial (CHOBANIAN *et. al*, 2003).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência — cerca de 20% da população adulta — como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticada, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. (SILVA *et. al*, 2006).

No Brasil são cerca de 17 milhões de indivíduos com hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também apresentem a doença. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2006a).

Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS, 2010)

Segundo Porto (2005) a hipertensão arterial aparece isoladamente em apenas 30% dos casos. Isso quer dizer que na maioria das vezes ela está associada a outras condições denominadas fatores de risco como dislipidemias, obesidade, sedentarismo e diabetes.

Segundo o (Ministério da Saúde, 2001) a Hipertensão Arterial é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial assintomática, na grande maioria dos casos, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados.

Existem muitos fatores que vem contribuindo para agravar a situação de pacientes que não realizam o seguimento das recomendações terapêuticas. Que embora estejam devidamente diagnosticados, apenas 50% dos pacientes utilizam

medicação de forma regular. E que por se tratar de uma doença “silenciosa”, ou seja, em muitos casos assintomática faz com que o paciente não reconheça ser um risco potencial para as doenças cardiovasculares e que necessita mudanças no estilo de vida associado ao uso correto da medicação. (CASTRO e CAR,1999).

Medidas para manter sob controle os níveis tensionais se constituem nos objetivos do tratamento da HA. No entanto, os clientes tendem a suspender o tratamento não medicamentoso e também o medicamentoso, e, desse modo, contribuem para o elevado índice de morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares no Brasil e no mundo. As pessoas com HA justificam este comportamento com argumentos pessoais, econômicos, de relacionamento com os profissionais de saúde que os acompanham e, até mesmo, do ambiente familiar. (GUEDES *et. al*, 2011).

Todos estes dados citados tornam bastante evidente a importância do profundo conhecimento por parte dos profissionais da saúde sobre a correta abordagem desta entidade clínica para modificar estilos de vidas inadequados e contribuir na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

### **1.1 Identificação, criação e descrição do município**

Ouro Verde de Minas se situa a 35 km a Sul- Leste de Teófilo Otoni, a maior cidade nos arredores. Está situado a 459 metros de altitude. É um município com área territorial de 175,482Km<sup>2</sup>, os habitantes se chamam ouro-verdense. Vizinho dos municípios de Ataléia, São José do Divino e Frei Gaspar. O acesso Rodoviário é através das rodovias a BR-381, BR-116, BR-418, MG-412, ficando a 505 km da capital (Belo Horizonte).

O município tem atualmente como prefeito o Sr. Geraldo José Luiz Lima, como secretário municipal de saúde o Sr. Pericelio Colen e como coordenadora da atenção básica a sra. Aline Gonçalves Batista.

A Região Pastoril de Nanuque, onde se localiza o Município, foi habitada primitivamente por índios machacalis, cujos remanescentes ainda eram encontrados na época do desbravamento, por volta de 1908. O início do povoamento deu-se em meados de 1930, quando João Rodrigues dos Santos, José Cassiano Bastos, Benício José Ferreira, Henrique Capitorio e Henrique Caporanga, à procura de

terras férteis para o cultivo do café, se estabeleceram no local, iniciando a formação de um pequeno povoado, atual cidade. O topônimo originou-se da grande produção cafeeira considerada como o “ouro verde” do município. Como já existiam, em território nacional, duas cidades com o nome de Ouro Verde, acrescentaram-lhe o nome do Estado onde se localiza o município.

Distrito criado com a denominação de Ouro Verde de Minas (ex-povoado de Ouro Verde), pela lei nº 1039, de 12-12-1953, subordinado ao município de Ataléia. Em divisão territorial datada de 1-VII-1955, o distrito de Ouro Verde de Minas, figura no município de Ataléia. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VII-1960.

Foi elevado à categoria de município com a denominação de Ouro Verde de Minas, pela lei estadual nº 2764, de 30-12-1962, desmembrado de Ataléia. Sede no antigo distrito de Ouro Verde de Minas. Constituído do distrito sede, instalado em 01-03-1963. Em divisão territorial datada de 31-12-1963, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

Em relação à pavimentação das ruas, nas partes mais periféricas do território não existe pavimentação como, por exemplo, a Rua Vista Alegre (micro área 01), parte Rua Nova Canaã (micro área 03), Rua Belém (micro área 01, 02), parte da Rua Frei Ângelo (micro área 03), Vila Boa Esperança (micro área 04), da Rua São José (micro área 05), Travessa Santa Clara (micro área 06), Beco Vereador José Hermínio (micro área 06). Os dois Programas de Saúde da Família encontrassem em um local plano com ruas pavimentadas, com acessibilidade para toda a população.

À área rural possui os Córregos: Água Preta de Baixo, Água Preta de Cima, Três Pedras, São Roque, Córrego Carneiro, Santa Cruz, Norte, Estrela do Norte, Água Limpa, Rio Vermelho, Queixada I e II, Amarelinho, Canaã do Brasil, Maravilha, Terra Boa. Possui 10 micro áreas rurais.

## **1.2 Aspectos geográficos e socioeconômicos:**

Área total do município: 175 482km<sup>2</sup>

Concentração habitacional: 7102 habitantes (Censo IBGE/2014)

Numero aproximado de famílias acompanhadas: 1750 famílias acompanhadas  
(Fonte: DATASUS, 2014)

- ✓ Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,595 (Censo IBGE/2014)
- ✓ Renda Média Familiar: R\$ 3 955,08 *IBGE/2008*
- ✓ % de Abastecimento de Água Tratada: 62,1 % **(IBGE, 2010)**
- ✓ % de recolhimento de esgoto por rede pública: 66,06% **(IBGE, 2010)**

Principais Atividades Econômicas:

As principais atividades socioeconômicas de Ouro Verde são: pecuária, agricultura, comerciantes, professores e lavradores.

### 1.3 Aspectos sócio demográficos

**Tabela 1:** População-Perfil demográfico da população estimada de 2013, por gêneros e faixas etárias, município Ouro Verde de Minas, MG. Fonte: IBGE, Censos e Estimativas 2014.

Faixa Etária	Área Urbana		Área Rural		Total
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Menor de 1 ano	43	30	38	32	143
1 – 4 anos	160	147	135	141	583
5 - 9 anos	137	234	128	104	703
10 – 14 anos	225	184	114	108	631
15 -19 anos	202	197	131	94	624
20 - 29 anos	457	346	245	256	1304
30 – 39 anos	230	212	194	191	827
40 -49 anos	198	225	168	136	727
50 – 59 anos	185	207	185	128	626
60 -69 anos	154	181	108	91	504
70 -79 anos	142	99	126	98	365
80 ou +	62	53	24	42	181
Total	2195	1890	1596	1421	7102

Fontes: IBGE, Censos e Estimativas 2014.

Indicadores:

- ✓ Taxa de Crescimento Anual estimada (2000-2010): 0,37%
- ✓ Densidade demográfica : 34, 41 hab. km<sup>2</sup>
- ✓ Taxa de Escolarização: 2010
  - Primeiro ciclo fundamental: 12,20%
  - Segundo ciclo fundamental: 29,48%
  - Sem instrução: 47,22%
- ✓ Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 47,6%
- ✓ Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil: 5,2 anos iniciais, 4,2 anos finais, 3,7 Ensino Médio.
- ✓ População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: > 80%

#### 1.4 Sistema Local de Saúde

Conselho Municipal de Saúde: Criação em Lei nº 471 de 01/03/1994, sendo representado por entidades não governamentais (Associações, Sindicatos Rurais, Sindicatos Servidores Municipais, Casa Apoio, Entidades Religiosas, etc., e representações Governamental. Atual Presidente CMS Eduardo Marques da Silva. Reunião Mensal com os membros titulares e Suplentes do Conselho Municipal de Saúde de Ouro Verde de Minas.

Fundo Municipal de Saúde (FMS): instrumento legal de criação do FMS: lei nº 472, de 01/03/1994; cnpj 13.080.566/0001-12.

**Tabela 2:** Orçamento destinado à saúde. Município Ouro Verde de Minas, MG.

Dados e indicadores	Anos		
	2007	2008	2009
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	220,05	260,18	204,07
Despesa com recursos próprios por habitante	136,29	178,31	123,32
Transferências SUS por habitante	78,38	95,81	110,06
% despesa com pessoal/despesa total	54,5	54,5	43,1

% despesa com investimentos/despesa total	54,5	54,5	43,1
% transferências SUS/despesa total com saúde	20,3	10,7	5,3
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	19,8	22,4	16,0
% despesa com serv. Terceiros – pessoa jurídica / despesa total	4,7	8,3	12,4
Despesa total com saúde	1.503.360,01	1.854.584,87	1.472.339,20
Despesa com recursos próprios	931.164,43	1.270.986,72	889.777,29
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	4.709.172,22	5.662.674,30	5.578.804,75
Transferências SUS	535.471,85	682.906,98	794.047,22
Despesa com pessoal	818.626,46	1.009.791,71	634.237,68

Fonte: IBGE/Censos

### 1.5 Programa Saúde da Família

No município existem duas Equipes de Saúde da Família (ESF), a equipe do PSF Durvalina Rodrigues da Costa, que abrange toda área urbana, sendo sua cobertura populacional de 4085, e 1183 famílias. O outro PSF está inserido dentro da unidade mista de saúde e atende a área rural com 3017 habitantes e aproximadamente 917 famílias.

Existe também o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Casa de Apoio, uma Unidade Mista de Saúde, possuem profissionais nas áreas de clínica geral e atendimento odontológico. A Unidade Básica de Saúde possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

**Tabela 3:** Situação de cobertura pelo PSF. Município Ouro Verde de Minas, MG.

Elemento	Ano 2008			Ano 2009		
	Programa de Agentes Comunitários de Saúde	PSF	Outros	Programa de Agentes Comunitários de Saúde	PSF	Outros
População coberta	-----	6.418	----	----	6.418	----

% população coberta pelo programa	----	90,0	----	----	88,9	----
Média mensal de visitas por família	----	0,09	----	----	0,09	----
% de crianças c/ esq.vacinal básico em dia	----	98,4	----	----	99,0	----
% de crianças c/aleit. Materno exclusivo	----	75,8	----	----	84,5	----
% de cobertura de consultas de pré-natal	----	89,7	----	----	89,5	----
Prevalência de desnutrição	----	3,5	----	----	4,2	----

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). 2014

### **1.6 Sistema de Referência e Contra referência - Redes de Média e Alta Complexidade:**

O município de Ouro Verde de Minas- MG dispõe dos seguintes serviços de Referência: Hospital Santa Rosália, Hospital Apromia ( Ataléia), Centro Viva Vida, HIPERDIA. Consultas e exames Especializados através do Consórcio Intermunicipal de Saúde em Teófilo Otoni- MG. Diagnósticos de casos específicos como neoplasias e tumores os pacientes são referenciados para Belo Horizonte.

As consultas com Ginecologia, Pediatria e Fisioterapia são encaminhadas para a Unidade Mista de Saúde Fundadora Carlos Martins; as outras especialidades são agendadas, consultas via Consorcio e Secretaria Municipal de Saúde.

### **1.7 Recursos Humanos em Saúde**

A Secretaria Municipal de Saúde conta com 66 profissionais de saúde, esses profissionais que estão distribuídos em vários setores:

05 Enfermeiros – (02) Regime Efetivo e (03) Processo Seletivo- 30 e 40 horas semanais; 4 Auxiliares Enfermagem- Regime Efetivo – 12/36 horas semanais; 6 Técnicos Enfermagem- Regime Efetivo- 12/36 horas semanais; 8 Motoristas- Regime Efetivo- 12/36 horas semanais; 1 Farmacêutico Farmácia Minas- Processo



Seletivo- 40 horas semanais; 1 Farmacêutico Bioquímico- Efetivo- 30 horas semanal; 15 Agentes Comunitários de Saúde- Processo Seletivo 40 horas semanais; 2 vigias- Efetivo- 12/36 horas semanais; 1 Fiscal Sanitário- Processo Seletivo- 40 horas semanais; 5 Agentes Endemias- Contrato- 40 Horas semanais; 4 Aux. Administrativo- Efetivo- 40 horas semanais; 4 Aux. Serviços Gerais- Efetivo- 40 horas semanais; 2 Dentistas- Efetivos- 30 horas Semanais; 1 Fisioterapeuta- Contrato- 30 horas semanais; 1 Diretor Divisão- Contrato- 30 horas semanais; 2 Auxiliar de Saúde Bucal - Processo Seletivo- 40 horas semanais; 3 Mé; 1 Médico Pediatra que consulta duas vezes por semana; 1 Médico Genicologista que consulta duas vezes por mês e 1 Médico Psiquiatra que consulta duas vezes por mês.

### **1.8 Território/ Área de abrangência**

A população da zona rural está conformada por aproximadamente 3017 habitantes e 917 famílias, predomina o sexo masculino e também predomina a raça parda. A maioria das pessoas trabalham na agricultura, pecuária, são empregados e donas de casas. A região correspondente a área de abrangência da Equipe de Saúde da Família tem relevo montanhoso e as ruas não estão pavimentadas. Nível de alfabetização: (2013) 71,49%.

### **1.9 Recursos da Comunidade**

Ouro Verde de Minas possui duas escolas: Escola Estadual Vereador Luzo Freitas de Araújo e Escola Estadual Eliza Leal, 16 Escolas Municipais, e uma Creche Municipal: Nelson Ferreira Gouveia. São ofertados cursos profissionalizantes através do sindicato (PROJOVEM); possui várias Associações de moradores e a Pastoral da Criança.

Atualmente, o transporte público existente é o de alunos da zona rural, e os ônibus do Vale do Mucuri, além de alguns táxis que fazem viagens para Teófilo Otoni, Belo Horizonte, São Paulo. As áreas de lazer na cidade são escassas, sendo que podemos citar a quadra poliesportiva Municipal e o Estádio Manoel de Bastos. Existem também serviços de laboratórios e farmácias particulares, luz elétrica, água, telefonia e agência de correio e banco.

O município conta também com laboratório clínico inserido dentro da unidade mista, um centro de Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e uma unidade da Farmácia Popular de Minas Gerais.

### 1.10 Unidade Básica de Saúde

A Unidade Mista de Saúde Fundador Carlos Martins de Freitas tem horário de funcionamento de 24 horas, durante o dia conta com um PSF, e durante à noite conta com apenas os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem já que temos precariedade de plantonistas e enfermeiros. Os PSF têm horário de funcionamento de 07h30 as 11h30 e de 13h as 17h horas, de segundas a sextas, somando 40 horas semanais. Em relação à localização e acesso, ambos são favoráveis e acessíveis para todos os pacientes.

**Tabela 4:** Recursos materiais. Município Ouro Verde de Minas, MG.

<b>Meios</b>	<b>Existentes</b>	<b>Em uso</b>	<b>Disponível ao SUS</b>
Eletrocardiograma	1	1	1
Raios X	0	0	0
Tomografia Axial Computadorizada	0	0	0
Ressonância Magnética Nuclear	0	0	0
Laboratório	1	1	1
Ultrassom	0	0	1
Equipo odontológico completo	1	1	1

## 2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial é uma doença comum em todo o mundo e afeta às pessoas jovens, adultos e idosos em ambos sexos, independentemente da raça ou padrão social.

No Brasil atualmente 35% da população acima de 40 anos têm hipertensão arterial. Isso representa um total de 17 milhões de pessoas com essa doença segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cerca de 70% dessas pessoas recorrem ao SUS para receberem atendimento. Os eventos cardiovasculares são a principal causa de morte no País (34%). Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão é o principal fator de risco para esses males. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. (BRASIL, 2006a).

No território de abrangência da equipe de saúde observam-se muitos pacientes hipertensos com os níveis pressóricos descontrolados, sem acompanhamento adequado e muitos ainda nem identificados, sendo a prevalência de 28,7%, acima da média nacional, e cada ano aparecem novos casos.

Conhecendo a alta prevalência de hipertensão arterial em adultos na comunidade, as baixas taxas de controle, o grande número de usuários com níveis pressóricos não controlados que sobrecarregam o trabalho diário, o alto risco cardiovascular que implica o descontrole da doença, assim como os altos custos que implicam para o sistema de saúde as internações, se faz necessário realizar um planejamento de ações em saúde preventivas, terapêuticas e assistenciais para melhorar a qualidade de vida de nossa população e reduzir a morbimortalidade relacionada às DCV.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral:**

Propor um plano de intervenção para diminuir a incidência da hipertensão arterial sistêmica em adultos no Município Ouro Verde de Minas/MG.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

Realizar revisão da literatura para a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.

Conscientizar aos pacientes sobre a importância do tratamento e acompanhamento da doença.

Apresentar estratégias para diminuir a incidência da hipertensão arterial sistêmica em adultos no Município Ouro Verde de Minas/MG.

Apresentar estratégias para estimular os indivíduos com hipertensão arterial sistêmica terem mais adesão ao tratamento.

#### 4. METODOLOGIA.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Ao decorrer do projeto foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

Para a identificação dos problemas foi utilizado o diagnóstico situacional, se realizaram entrevistas com informantes chaves, reuniões com a equipe de saúde, se obtiveram dados do **SIAB** que servirem para diagnosticar as discrepâncias das informações no consolidado de doenças crônicas, registro da equipe, utilizarem-se as fichas A e os cadastros de Hipertensão, além dos prontuários de acompanhamento ambulatorial.

Foram estabelecidos os problemas mais importantes para a comunidade, considerando-se como critérios: a importância do problema, sua urgência e a capacidade do grupo para enfrentá-lo; os mesmos selecionaram-se construindo uma planilha onde os problemas são identificados e analisados segundo os valores e pontos que lhe são atribuídos, sendo priorizado um deles, depois foram definidos os nós críticos do problema selecionado, os resultados e produtos esperados assim como os recursos necessários.

Após a priorização do problema, foi feita uma revisão de literatura sobre o tema hipertensão arterial sistêmica, com pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa, considerando as revistas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Scientific Electronic Library Online (SciELO), bem como no acervo da biblioteca virtual do NESCON, manuais, diretrizes, livros de textos e materiais oferecidos no curso de especialização disponibilizados na Plataforma Ágora.

Logo foi realizada uma proposta de intervenção que será aplicada pela equipe de saúde no município

Descritores: Hipertensão arterial, fatores de risco para hipertensão, intervenção.

## 5.RESULTADOS.

### 5.1 Revisão de literatura.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. (SBC; SBH; SBN, 2010).

A HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em conseqüências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de ser considerada um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce. Assim pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis. (CARVALHO *et. al*, 2013).

É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (SBC; SBH; SBN, 2010).

A hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos duas aferições subseqüentes — obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com conseqüentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações. (SILVA e SOUZA, 2004).

No Brasil a prevalência da HAS é acima de 30%, ao considerar valores de pressão arterial superiores a 140/90 mmHg na população adulta. Contudo, estima-se o aumento crescente dessa patologia, com o aparecimento cada vez mais precoce,

proporcionando o status de grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. (SBC; SBH; SBN, 2010).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico [AVE] e 47% por doença isquêmica do coração [DIC]). (SBC; SBH; SBN, 2010).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico é freqüentemente negligenciado, acrescentando a isso uma baixa adesão ao tratamento prescrito e às recomendações e orientações recebidas, apesar de existir hoje maior acesso ao acompanhamento médico e ao tratamento farmacológico. (CUNHA, 2009).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HAS são relacionados à idade, com uma relação direta e linear com a pressão arterial; ao gênero e etnia, no qual a prevalência é maior no sexo masculino até os 50 anos de idade e posteriormente inverte-se para o sexo feminino, e em relação à cor a prevalência é maior em indivíduos não brancos; o excesso de peso e obesidade; a ingestão elevada de sódio; consumo de álcool por períodos prolongados; sedentarismo; fatores socioeconômicos, mesmo sendo complexos e de difícil estabelecimento; genética; e outros fatores de risco cardiovascular, sendo os fatores ambientais e genéticos contribuintes. (SBC; SBH; SBN, 2010).

Os pontos de corte para determinar indivíduos com HAS, em geral, são ditados pela série do The (JNC).

Em 2003, foi publicado o VII JNC com uma nova proposta de classificação, tendo em vista estudos demonstrando que as pessoas com pressão sistólica entre 130 e 139 mmHg e/ou pressão diastólica entre 80 e 89 apresentam maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, sendo classificadas como pré hipertensas. (CHOBANIAN *et. al*, 2003).

#### **Quadro 1** Classificação da hipertensão arterial sistêmica segundo VII JNC.

Categorias Nível tensional (mmHg)\*

Categorias	Nível tensional (mmHg)*
- Normal	PS<120 e/ou PD < 80
- Pré-hipertensão	PS: 120 a 139 e/ou PD: 80 a 89

- Hipertensão: estágio 1	PS: 140 a 159 e/ou PD: 90 a 99
- Hipertensão: estágio 2	PS: $\geq 160$ e/ou PD $\geq 100$

\* PS= Pressão sistólica; PD=Pressão diastólica

Os integrantes do VII JNC, através de extensiva revisão da literatura, concluíram que: 1) os indivíduos com 55 anos de idade, que são normotensos, têm 90% de chance de desenvolver hipertensão ao longo da vida; 2) nas idades entre 40 e 70 anos, a cada aumento de 20 mmHg na pressão sistólica e 10 mmHg na diastólica, para pressões iniciais de 115/75 mmHg, dobra-se o risco de doença cardiovascular e 3) em indivíduos com 50 anos ou mais de idade, a pressão arterial sistólica assume papel mais importante no risco das doenças cardiovasculares do que a pressão diastólica. (CHOBANIAN *et. al*, 2003).

O VII JNC ainda recomenda que os objetivos na avaliação de um paciente hipertenso sejam três: avaliar seu estilo de vida e identificar outros possíveis fatores de risco para doença cardiovascular; identificar causas de hipertensão e avaliar possíveis lesões em órgãos-alvo. O objetivo do tratamento consiste em reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular e renal, através de medicamentos e modificações no estilo de vida. (CHOBANIAN *et. al*, 2003).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. Os procedimentos de medida da pressão são simples e de fácil realização. Contudo, nem sempre são realizados de forma adequada. Algumas condutas podem evitar erros, como, por exemplo, o preparo apropriado do paciente, o uso de técnica padronizada e de equipamento calibrado. (SBC; SBH; SBN, 2010).

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 nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. (BRASIL, 2006a).

Muitas vezes a sua causa é desconhecida, porém, vários fatores podem estar relacionados com a elevação da pressão arterial como o estresse, sedentarismo,



tabagismo, envelhecimento, história familiar, raça, gênero e os fatores dietéticos, principalmente o uso excessivo do sódio (SIMONETTI *et al*, 2002).

O seu controle depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos. A adesão a esse hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações. (OLIVEIRA *et al*, 2013).

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso. 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. (BRASIL, 2006a).

As mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo. (SBC; SBH; SBN, 2010).

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos. A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de

bebidas alcoólicas. O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação, portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas. Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. A atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua ou acumulada. (BRASIL, 2006 a).

A terapia anti-hipertensiva tem sido associada a reduções de 35-40% na incidência de Acidente Vascular Cerebral (AVC), de 20-25% no infarto do miocárdio, e mais de 50% na Insuficiência Cardíaca. (CHOBANIAN *et. al*, 2003).

A expansão da Atenção Primária em Saúde (APS), com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitou ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT. Além disso, a expansão da atenção farmacêutica e a distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes possibilitou a melhoria da assistência. (BRASIL, 2001).

A ESF também é um indispensável recurso para as atividades de promoção da saúde, por meio de palestras e campanhas para a conscientização da população da importância do controle desta patologia (GUS *et al.*, 2004).

O desafio do controle da HAS é da Atenção Básica, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que conta com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho inclui vínculo com a comunidade, favorecendo as ações de prevenção de saúde. (BRASIL, 2006 b).

A implementação de medidas de prevenção no manejo da HAS representa um desafio para os profissionais e gestores de saúde. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser consideradas metas prioritárias dos profissionais de saúde. (SBC; SBH; SBN, 2010).

## 6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Depois de realizar a revisão bibliográfica sobre a hipertensão arterial sistêmica e debate com a equipe de saúde sobre o tema escolhido, realizamos a elaboração do projeto de intervenção para os pacientes hipertensos do município Ouro Verde de Minas.

### 6.1 Identificação dos problemas.

Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

1. Elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos.
2. Alto índice de Parasitose intestinal.
3. Alto consumo de álcool e tabagismo.
4. Aumento de casos de Dislipidemias.
5. Alto consumo de medicamentos psicofármacos.

### 6.2 Ordem de prioridade para os problemas

Atribuindo valores de baixa, média e alta importância em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe) foi feita a priorização dos problemas identificados, tendo como problema prioritário um alto número de pacientes hipertensos na área de abrangência:

**Tabela 5:** Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência de hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	1

sistêmica em adultos.				
Alto índice de Parasitose intestinal.	Alta	6	Parcial	3
Alto consumo de álcool e tabagismo.	Alta	7	Parcial	2
Aumento de casos de Dislipidemias.	Alta	5	Parcial	5
Alto consumo de medicamentos psicofármacos.	Alta	5	Parcial	4

### 6.3 Descrição do problema escolhido.

O tema que escolhemos para ser abordado foi a elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos.

A Hipertensão Arterial Sistêmica deve ser considerada um problema de saúde pública. É um fator de risco importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares que representam as duas maiores causas isoladas de morte no país. Grande parte dos hipertensos desconhece sua condição e, dos que conhecem, apenas cerca de 30% apresentam um controle adequado. Segundo o Ministério de Saúde a prevalência de HAS no ano 2012 se encontrava em 23,3% da população; em nossa área de abrangência existe um total de 1106 pacientes maiores de 40 anos, dos quais 318 apresentam diagnóstico de HAS, situando-se a prevalência em 28,7%, acima da média nacional, e ainda a cada ano aparecem novos casos.

Tendo em conta os dados, existe uma alta demanda de usuários com níveis tensionais elevados que procuram a UBS, que não fazem tratamento adequado e que desconhecem a doença e ainda há outros que realizando tratamento permanecem com níveis pressóricos elevados, aumentando o risco de padecer suas complicações.

#### 6.4 Descritores do problema elevada prevalência de HAS em adultos.

**Tabela 6.** Descritores do problema da elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.

<b>Descritores</b>	<b>Valores</b>	<b>Fontes</b>
Hipertensos cadastrados.	384	SIAB
Hipertensos confirmados.	363	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados maiores de 40 anos.	318	Registro da equipe
Hipertensos controlados.	135	Registro da equipe
Hipertensos sedentários.	212	Registro da equipe
Hipertensos fumantes.	63	Registro da equipe
Hipertensos obesos ou sobrepesos.	84	Registro da equipe
Internações por HAS ou suas complicações.	48	Registro da equipe
Óbitos por HAS ou suas complicações.	6	Registro da equipe

#### 6.5 Explicação do problema: elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos.

Foi observado pela equipe de saúde grande número de pacientes com níveis pressóricos elevados na área, grande demanda de consultas a pacientes com diagnóstico da doença que fazem tratamento inadequado, muitos usuários que procuram a UBS para realizar acompanhamento da pressão arterial, além de que muitos pacientes não são identificados, por tanto não existe um adequado contato com o serviço de saúde. A dificuldade de não realizar retornos periódicos leva à perda da continuidade do acompanhamento. Existem também relatos de dificuldade de entendimento das orientações médicas, padrões alimentares inadequados, presença de inatividade física regular, alto índice de pacientes que fumam e

consomem álcool, e em ocasiões ausência de medicamentos hipotensores na farmácia do município, provocando descompensação da doença.

### **6.6 Conseqüências:**

1. Aumento do risco cardiovascular e cerebrovascular devido à dificuldade no controle da doença.
2. Aumento das complicações da hipertensão (AVC, IAM, Internações, óbitos).
3. Aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde.
4. Perda de anos socialmente úteis e da qualidade de vida dos usuários.

### **6.7 Identificação de nós críticos:**

1. Dificuldade no processo de trabalho da equipe devido a problemas no entendimento das orientações médicas.
2. Abordagem do paciente sem reconhecer importância de tratamento.
3. Relatório de padrões alimentares inadequados com consumo elevado de alimentos salgados, gordurosos, ricos em carboidratos.
4. Presença de estado nutricional sobre peso e obeso, inatividade física, tabagismo e consumo bebidas alcoólicas.
5. Dificuldade nos serviços de referência e contra-referências.
6. Baixa adesão ao tratamento.
7. Pacientes não fazem retorno à consulta agendada pela equipe de saúde.

### **6.8 Desenho das operações**

**Tabela 7.** Desenho das operações traçadas para o enfrentamento de nós críticos definidos para elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.

Nós Críticos	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários.
--------------	------------------	----------------------	--------------------	-----------------------

<p>Processo de trabalho da equipe de saúde.</p>	<p>Linha de cuidado: reorganizar o processo de trabalho da equipe para lograr melhor controle dos pacientes. mecanismos para transmitir as orientações médicas individualizadas ; plano de acompanhamento; incluindo os serviços de referência e contra referência.</p>	<p>Lograr o controle dos pacientes hipertensos &gt;80%.</p>	<p>Processo de trabalho da equipe implantada, entendimento das orientações médicas, adesão ao tratamento, retorno dos pacientes. Recursos humanos capacitados. Mecanismos de referência e contra referência estabelecidos.</p>	<p>Cognitivo: Conhecimentos sobre organização do processo de trabalho. Políticos: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Organizacional : adequação de fluxos de referência e contra referência. Financeiros: Recursos necessários para os mecanismos de referência e contra-referência(cust eio e equipamentos)</p>
---	---	---	--	---

<p>Nível de informação</p>	<p>Mais conhecimentos: Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial.</p>	<p>População mais informada sobre hipertensão arterial.</p>	<p>Incrementar o nível de informação da população sobre hipertensão. Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de cuidadores.</p>	<p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional : sobre organização da agenda. Políticos: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.</p>
<p>Hábitos e estilos de vida inadequados.</p>	<p>Viver melhor: Modificar hábitos e estilos de vida.</p>	<p>Diminuir a incidência de pacientes hipertensos, sedentário, tabagistas e obesos.</p>	<p>Programa de caminhada orientada. Programa de dieta saudável.</p>	<p>Organizacional : organizar as caminhadas e palestras. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Financeiro: aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos educativos, transporte dos pacientes. Político: Mobilização social, conseguir os espaços nas escolas.</p>



Aumento das ofertas dos serviços de saúde.	Cuidar melhor: melhorar as ofertas oferecidas do serviço de saúde para o atendimento dos pacientes com hipertensão arterial.	Ofertas oferecidas aumentadas de inter consultas, exames e medicamentos.	Capacitação pessoal; contratação de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	Políticos: decisão de aumentar os recursos para as ofertas oferecidas do serviço. Financeiro: aumento das ofertas de exames, consultas especializadas e medicamentos. Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.
--	--	--	--	--

## 6.9 Identificação dos recursos críticos

**Tabela 8.** Identificação dos recursos críticos definidos para elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Linha de cuidado	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Financeiro: Recursos necessários para os mecanismos de referência e contra-referência(custeio e equipamentos).
Mais conhecimentos	Político: articulação intersetorial. Financeiro: aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos educativos.
Viver melhor	Político: mobilização social, conseguir os espaços nas escolas. Financeiro: aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos educativos, transporte.
Cuidar melhor	Político: Decisão de aumentar os recursos para incrementar as ofertas do serviço. Financeiro: Recursos necessários para aumento da oferta de exames, inter consultas e medicamentos.

## 6.10 Análise da viabilidade

Para analisar a viabilidade de um plano, devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos controla cada um desses atores e qual é a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. (CAMPOS *et. al*, 2010).

**Tabela 9.** Análise da viabilidade do plano para elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos.		Operações estratégicas.
		Ator que controla	Motivação.	
<p>Linha de cuidado: reorganizar o processo de trabalho da equipe para lograr melhor controle dos pacientes. Mecanismos para transmitir as orientações médicas individualizadas; plano de acompanhamento; incluindo os serviços de referencia e contra referencia</p>	<p>Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Financeiro: Recursos necessários para os mecanismos de referência e contra-referência(custeio e equipamentos).</p>	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto
<p>Mais conhecimentos: Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial.</p>	<p>Político: articulação intersetorial com secretaria de educação.</p>	<p>Secretaria de Educação.  Secretaria de</p>	Favorável	Apresentar o projeto

	Financeiro: aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos educativos.	Saúde	Favorável.	
Viver melhor: Modificar hábitos e estilos de vida.	Político: mobilização social, conseguir os espaços nas escolas. Financeiro: aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos educativos, transporte.	Prefeitura Secretaria de saúde	Indiferente Favorável	Apresentar o projeto Apresentar o projeto
Cuidar melhor: Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com de hipertensão arterial.	Político: Decisão de aumentar os recursos para incrementar as ofertas do serviço. Financeiro: Recursos necessários para aumento da oferta de exames, interconsultas e medicamentos.	Secretaria de Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto

## 6. 11 Elaboração do Plano Operativo.

**Tabela 10.** Definição dos responsáveis pelas operações do plano para elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos, Ouro Verde de Minas, MG, 2014.

Operações	Resultados esperados	Produto	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
-----------	----------------------	---------	------------------------	-------------	-------

			as		
Linha de cuidado: reorganizar o processo de trabalho da equipe para melhor controle dos pacientes.	Lograr o controle dos pacientes hipertensos >80%.	Processo de trabalho da equipe implantada, entendimento das orientações médicas, adesão ao tratamento, retorno dos pacientes. Recursos humanos capacitados. Mecanismos de referência e contra referência estabelecidos.		Equipe básico de saúde.  Coordenador da UBS	2 meses para início das atividades.
Mais conhecimento: Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial	População mais informada sobre hipertensão arterial	Incrementar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial; capacitação dos ACS e cuidadores.	Apresentar o projeto.	Equipe básico de saúde  Agentes Comunitários de Saúde.	Início das atividades educativas em 2 meses.
Viver melhor: Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir a incidência de pacientes hipertensos, sedentários, tabagistas e obesos.	Programa de caminhada orientada; programa de dieta saudável.	Apresentar o projeto.	Equipe básico de saúde.  Agentes Comunitários de Saúde	Início das atividades educativas em 2 meses
Cuidar melhor:	Oferta aumentada	Capacitação pessoal;	Apresentar	Equipe básico	Início das

Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes portadores de hipertensão arterial.	de Inter consultas, exames e medicamentos.	contratação de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	r o projeto.	de saúde. Coordenadora de ABS. Secretaria de Saúde.	atividades em 2 meses .
--	--	---	--------------	---	-------------------------

### 6.12 Gestão do plano

O acompanhamento do projeto será feito através das reuniões mensais fixas realizadas pela equipe de saúde, assim como reuniões não planejadas caso sejam necessárias. As ações estratégicas deverão ser executadas conforme planejado, e avaliadas ao mesmo tempo. Devemos observar se os prazos estão sendo cumpridos e valorizar a qualidade do trabalho desenvolvido por cada responsável.

**Tabela 11.** Gestão do plano para enfrentar a elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos, Ouro Verde de Minas, MG, 2014

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Linha de cuidado. Processo de trabalho da equipe. Mecanismos de referência e contra referência	EBS  Coordenadora da UBS	2 meses para início das atividades.			

Incrementar o nível de informação da população sobre hipertensão. Capacitação dos ACS e de cuidadores.	Médico e enfermeiro ACS Médico e enfermeiro	2 meses para início das atividades.			
Programa de caminhada orientada.  Programa de dieta saudável.	Médico ACS Enfermeiro Técnicos de enfermagem ACS	2 meses para início das atividades.			
Capacitação pessoal. Contratação de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	Secretaria de Saúde.	2 meses para início das atividades.			

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As doenças cardiovasculares são atualmente a principal causa de morte em todo o mundo, o que denota um impacto crescente na saúde da população.

Em relação à HAS, é, sem dúvida, o principal fator de risco modificável para DCV. Seu adequado controle, através de ações efetivas no âmbito da atenção primária, deve ser uma prioridade dos sistemas de saúde, a fim de se reduzir a prevalência desta doença.

Pela importância que tem a prevenção primária na Atenção Básica, é necessário a implementação de novas estratégias pelas equipes de saúde da família, que atuem diretamente no controle da HAS para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e minimizar os gastos e serviços do sistema de saúde.

A ampliação do acesso e da qualidade da saúde pode ser determinante para o controle de doenças crônicas como a hipertensão arterial e para o incentivo a sua prevenção por meio de terapias não medicamentosa.

Cabe ressaltar que a adesão ao tratamento medicamentoso e o incremento das medidas farmacológicas não podem se restringir às consultas médicas. As equipes de saúde da família devem atuar, de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção à saúde e no atendimento aos indivíduos com hipertensão arterial.

Acredito que este plano de intervenção ajude a diminuir a prevalência da HAS no Município Ouro Verde de Minas permitindo um melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos através de modificações nas estratégias de trabalho da equipe e nos estilos de vida dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em 16 Jul. 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília; 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº. 15. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília. 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde, - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2006b.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos 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. 110-114p.
- CARVALHO, M, V.; et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, V. 100, n. 2, p. 164-174. 2013.
- CASTRO, V. D.; CAR, M. R. Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 3, p. 292-304, set. 1999.
- CIPULLO, J. P. et al. Prevalencia e fatores de risco para hipertensão em uma população brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 94, n. 4, Abr. 2010.
- CUNHA, Cláudia Winck. Dificuldades no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde através do Hiperdia. Trabalho de conclusão de curso. Universidade de Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.
- Da Silva P. C., Carneiro F. Crenças em Saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 46, n. 3, Jun. 2012.
- DATASUS. Ministério da Saúde. Acessado em: 24 Nov. 2014. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>, 2014.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 2003. p. 1206-1252, 2560-2572.
- GUEDES, M. V. C. et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN**, Brasília, V. 64, n. 6, p. 1038-1042. 2011.



GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.5, n.83, p.424-428, nov. 2004.

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

PIERIN, AMG. et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e a gravidade da doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2001. p. 11-18.

PORTO, Celmo Celeno. *Semiologia médica*. 5a edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SIAB. Ministério da Saúde. Acessado em: 24 Nov. 2014. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=0203>

SILVA, C. A., WANDERLEY, C.; ROCHA, E. et al. Hipertensão em uma unidade de saúde do SUS: orientação para o autocuidado. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v. 30, n. 1, [S.l.], 2006.

SILVA, Jorge Luis Lima; SOUZA, Solange Lourdes de - **Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br). Acesso em 12 Out. 2014.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de Saúde e Fatores de Risco em Pacientes Hipertensos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 10, n. 3, [S.l.], 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: SBC; SBH; SBN, 2010. Disponível em <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>> Acesso em 12 Nov. 2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf) Acesso em 02/04/2015.

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 2004. p. 12.