

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

EDUARDO PADRON CASTILLO

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS COMPLICAÇÕES NOS USUÁRIOS DO
DISTRITO DE PEDRA GRANDE NO MUNICÍPIO ALMENARA MINAS
GERAIS

POLO ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS

2018

EDUARDO PADRON CASTILLO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS COMPLICAÇÕES NOS USUÁRIOS DO
DISTRITO DE PEDRA GRANDE NO MUNICÍPIO ALMENARA MINAS
GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

POLO ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS

2018

EDUARDO PADRON CASTILLO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS COMPLICAÇÕES NOS USUÁRIOS DO
DISTRITO DE PEDRA GRANDE NO MUNICÍPIO ALMENARA MINAS
GERAIS**

Banca examinadora:

Orientadora: Professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh – Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Examinador 2: Professor(a) Maria Dolôres Soares Madureira.

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2018

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns destes agravos de saúde como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, e doença renal crônica terminal. Existem múltiplas intervenções não medicamentosas para diminuir a Hipertensão Arterial Sistêmica e as ações da equipe de saúde devem seguir algumas metas, entre elas: compreensão do processo patológico, do tratamento, incentivo do indivíduo a participação de programas de auto cuidado, bem como a certificação da ausência de complicações para controlar a hipertensão com tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. Assim, justifica-se a motivação e a orientação à população quanto à importância do tratamento-não medicamentoso para a Hipertensão Arterial Sistêmica, através de mudanças no estilo de vida, enfocando a prevenção dos fatores de riscos. O presente trabalho trata-se de uma proposta de intervenção educativa, com o objetivo de planejar estratégias de saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica nos pacientes da Unidade Básica de Saúde Pedra Grande. Minas Gerais. Com a realização deste projeto espera se observar um aumento no número de pacientes com adesão ao tratamento com conseqüente melhora do controle da Hipertensão Arterial Sistêmica assim como na organização e resolutividade do acolhimento destes.

Palavras-chave: Hipertensão, Educação em Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is the most frequent cardiovascular disease and is also the main risk factor for the most common complications of these health conditions such as stroke, acute myocardial infarction, and chronic end-stage renal disease. There are multiple non-drug interventions to decrease systemic arterial hypertension and the health team's actions should follow some goals, including: understanding the pathological process, treatment, encouraging the participation of self-care programs, and absence of complications to control hypertension with medication and non-drug treatment. Thus, motivation and orientation to the population regarding the importance of non-drug treatment for Systemic Arterial Hypertension is justified, through changes in lifestyle, focusing on the prevention of risk factors. The present work deals with a proposal of educational intervention, with the objective of planning health strategies in the control of Systemic Arterial Hypertension in the patients of the Pedra Grande Basic Health Unit. Minas Gerais. With the accomplishment of this project it is expected to observe an increase in the number of patients with adherence to the treatment with consequent improvement of the control of Systemic Arterial Hypertension as well as in the organization and resolution of the reception of these.

Keywords: Hypertension, Health education, Family Health Strategy.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre Almenara-----	7
1.2 O sistema municipal de saúde-----	7
1.3 A Equipe de Saúde da Família Pedra Grande-----	9
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.	11
1.5 Priorização dos problemas.-----	16

2 JUSTIFICATIVA.-----17

3 OBJETIVOS. -----17

3.1 Objetivo geral. -----	19
3.2 Objetivos específicos. -----	19

4 METODOLOGIA -----20

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. -----21

5.1 Conceito e epidemiologia da Hipertensão Arterial. -----	21
5.2 Fatores de risco e consequências. -----	21
5.3 Prevenção e tratamento. -----	23

6 PLANO DE INTERVENÇÃO. -----26

6.1 Descrição do problema selecionado. -----	26
6.2 Explicação do problema. -----	26
6.3 Seleção dos nós críticos. -----	27
6.4 Desenho das operações.-----	27

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS. -----30

REFERÊNCIAS. -----31

1 INTRODUÇÃO:

1.1 Breves informações sobre o município Almenara

Almenara é um município brasileiro do estado de Minas Gerais (é o nome também da microrregião), situado às margens do Rio Jequitinhonha, dentro da região conhecida como Vale do Jequitinhonha, uma das regiões mais pobres do território brasileiro e que durante muito tempo teve a maior praia fluvial do Brasil. No entanto, este atrativo foi retirado pela poluição do Rio Jequitinhonha, causada pela extração do ouro feita com mercúrio que trouxe danos ao rio, diminuindo seu volume e alterando seu curso (IBGE, 2018).

A cidade é um dos destaques na região do Vale do Jequitinhonha quando se trata de prosperidade e irradiação de produtos e bens de serviços. Sua economia é baseada na plantação de café e na criação de gado bovino. Migrantes de zonas rurais que partem para a cidade em busca de melhores condições de trabalho formam uma parte razoável de sua população (SABERES PLURAIS - UFMG, 2018).

A população estimada em 2017 era de 41.794 pessoas. A população no último censo de 2010 foi de 38.775 pessoas. Apresenta 76.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 70.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 5.9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97.8 em 2010. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 14.76 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 2 para cada 1.000 habitantes. (IBGE, 2018).

1.2 O sistema municipal de saúde de Almenara

Almenara apresenta uma rede de atenção à saúde um pouco distante do planejado ou desejado pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro. Conta com pontos de atendimento de urgência e com a vontade política para completar o atendimento de todas as especialidades no município, mais não conta com isso

e tem que planejar os atendimentos que faltam, fazendo gestões nas áreas e em serviços centralizados do estado.

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Os valores recebidos em 2010, em reais, pelos procedimentos ambulatoriais foram: Procedimentos com finalidade diagnóstica (210.948), procedimentos clínicos (874.273), procedimentos cirúrgicos (43.575), ações complementares da atenção à saúde (456.442) outros como: Diagnóstico em laboratório clínico (121.757,05) Diagnóstico por radiologia (45.955,45), Diagnóstico por ultrassonografia (21.323,50), Diagnóstico por endoscopia (8.572,48), Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos (739.227,91), Fisioterapia (8.405,77), Tratamentos clínicos (outras especialidades) (126.639,78), Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa (30.745,80), Cirurgia das vias aéreas superiores, da cabeça e do pescoço (1.528,74), Cirurgia do aparelho da visão (9.374,42), Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal (43,53), Cirurgia do sistema osteomuscular (1.364,67), Cirurgia do aparelho geniturinário (455,09), Cirurgia oro facial (63,03) e outras como: Ações relacionadas ao estabelecimento (1.260,00) e Autorização/Regulação (455.182,20) faz um total de 1.585.238,80 ao ano pra uma per capita por pessoa de 38.15 reais (SIA/SUS, 2010).

Almenara conta com 26 estabelecimentos de saúde, 1 Estadual, 10 privados e 15 municipais que incluem 10 PFS na cidade, 4 na área rural e um hospital com um ponto de pronto atendimento.

A atenção primária à saúde se esforça para proporcionar atendimentos de todas as especialidades, com novos contratos de especialidades não oferecidas antes, mas ainda não tem uma cobertura total, tendo que dirigir esses atendimentos a serviços centralizados em outros municípios, que tem uma comunicação boa. O atendimento de urgência é complicado para as áreas rurais, por exemplo, a área da Equipe de Saúde da Família de Pedra Grande, não conta com Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a mais próxima fica a uns 35 km.

Almenara conta com muito apoio diagnóstico do SUS e feito por novos consórcios com estabelecimentos privados. A relação entre os pontos de atendimentos não é o esperado, não existe uma boa comunicação entre eles. O modelo utilizado no município faz ênfase em intervenções mais promocionais, preventivas, curativas, cuidadora ou reabilitadora e sobre os fatores de risco. O modelo é integrado, com planejamento da demanda definido pelas necessidades de saúde da população muito diferente do modelo fragmentado que não estratifica os riscos que só tem objetivo curativo e pouco de reabilitação.

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

A Unidade de Saúde da família de Pedra Grande está situada em frente a praça principal do distrito. É um centro feito com a idéia de oferecer atenção primária de saúde, com uma área de atendimento pequena. Atende uma população de 1206 pessoas, mas faz atendimento nas áreas rurais de difícil acesso chamadas: Malícia, Laranjeiras, Prata, São João, sendo que três dessas não cadastradas ainda e com uma necessidade de atendimento elevada.

A unidade tem uma construção mais ou menos adequada, porém com alguns problemas. Conta com uma área de recepção grande, onde são feitas as reuniões e as atividades educativas. Apresenta atendimento de dentista (que se encontra agora em reparação por um novo contrato feito pela prefeitura de um cirurgião dentista) e um auxiliar dentista que presta esse serviço há mais de cinco anos. Conta com consultas de médico e enfermagem, uma sala de vacinas, uma área de curativos, uma recepção com condições mínimas para trabalhar, computadores não conectados ainda a internet, uma área de esterilização que não atende às normas desse tipo de área. A unidade conta com um transporte sanitário em precárias condições pelo uso desmedido deste por muitos anos e pela distância entre essa área, que não tem UPA e estes pontos.

Seu principal trabalho é o direcionamento da demanda espontânea pela situação epidemiológica e de costume que tem a população, junto ao planejamento sobre as ações a desenvolver.

A Unidade de Saúde funciona das 07h00min até às 17 horas, com horário de almoço das 11h00min até as 13h00min horas, sendo o planejamento de o trabalho semanal apresentado a seguir:

- Segunda-feira: Atendimento espontâneo. Visitas Domiciliar.
- Terça-feira: Atendimento às crianças e Grávidas mais Atendimento espontâneo. Visitas domiciliar.
- Quarta-feira: Atendimento na zona rural de mais difícil acesso.
- Quinta-feira: Atendimento às pessoas com doenças crônicas e visitas domiciliar.
- Sexta-feira: Atendimento espontâneo. Visitas domiciliar

O atendimento assim planejado nem sempre é cumprido pela necessidade de atendimento da população e por seus costumes, o que atrapalha o atendimento desejado.

A integração e colaboração entre os membros da equipe de saúde são fundamentais e de vital importância e todos concordam que sem essa integração e colaboração é quase impossível o funcionamento da unidade de saúde já que cada atividade está relacionada uma com outra e todos dependem de cada um. Essa relação é chave para um bom desenvolvimento do trabalho e a equipe não pode se esquecer que ainda que tenhamos diferentes níveis profissionais, devemos somar esforços, capacidades, interesses comuns, para atingir a verdadeira finalidade, que é prestar assistência à saúde de qualidade, integral a toda a população, tendo uma visão crítica, olhando o usuário não só como um doente mas como uma pessoa em família e em sociedade, discutindo em grupo e negociando com a família e a comunidade, planejando as ações a serem desenvolvidas com interesse, tendo em conta os objetivos.

Realizar um trabalho em equipe de modo integrado significa articular diferentes processos de trabalhos correlacionados tendo como base certo conhecimento acerca do trabalho do outro e reconhecer a necessidade do conhecimento do outro na produção de resultados positivos; é garantir

comunicação eficiente, e reduzir as barreiras entre as fronteiras de conhecimentos e competências; é, principalmente, construir consensos quanto às finalidades, objetivos e resultados a serem alcançados pela equipe e ter um projeto assistencial comum.

A discussão direta entre a comunidade, a equipe de saúde e os principais gestores pode ser um benefício para identificar os principais problemas que hoje há na unidade.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Os quadros a seguir apresentam os aspectos demográficos, de saneamento e educação da população atendida pela Equipe de Saúde da Família de Pedra Grande.

Quadro 1: Faixa etária e sexo da população atendida pela Equipe de Saúde da Família de Pedra Grande			
FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ANO	07	14	21
1-4 ANOS	35	26	61
5-14 ANOS	94	99	193
15-19 ANOS	54	56	110
20-29 ANOS	72	65	137
30-39 ANOS	67	66	133
40-49 ANOS	74	79	153
50-59 ANOS	58	68	126
60-69 ANOS	58	65	123
70-79 ANOS	52	48	100
80 ANOS E MAIS	22	27	49
TOTAL	593	613	1206

Fontes: Prontuários da unidade (2017)

Quadro 2: Faixa etária da população atendida por cada uma das Micro áreas da Equipe de Saúde da Família de Pedra Grande, 2017.

FAIXA ETÁRIA	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	TOTAL
0-1 ANO	3	6	2	5	5	21
1-4 ANOS	11	11	7	15	17	61
5-14 ANOS	46	32	31	43	41	193
15-19 ANOS	23	16	24	30	17	110
20-29 ANOS	32	27	21	25	32	137
30-39 ANOS	28	26	21	27	31	133
40-49 ANOS	31	35	32	35	20	153
50-59 ANOS	28	19	26	26	27	126
60-69 ANOS	22	34	18	26	23	123
70-79 ANOS	19	19	23	19	20	100
80 ANOS E MAIS	12	6	14	11	6	49
TOTAL	255	231	219	262	239	1206

Fontes: Prontuários da unidade, (2017)

PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS: Por agravamento de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e diversos tipos de câncer.

PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO: Por complicações de doenças transmissíveis, descompensação de doenças crônicas.

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO: Doenças transmissíveis como Zika, Chikungunya e Dengue, Doenças parasitárias como Shistosomiosis.

CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL: Malformações neurológicas.

Quadro 3: Distribuição das famílias segundo o destino de lixo em micro área da Equipe de Saúde da Família de Pedra Grande, 2017

Microarea	1	2	3	4	5	TOTAL
Coletado	91		91	94	85	339
Queimado/enterrado		94				94
Jogado						
Total	91	94	91	94	85	455

FONTE: Prontuários familiares (2017)

Quadro 4: Distribuição das famílias segundo o destino dos dejetos em cada uma das micro áreas da Equipe de Saúde da Família de Pedra Grande, 2017.

Microarea	1	2	3	4	5	Total
Sistema publica	69		91	94	85	339
Fossa		57				57
Céu aberto	22 ao rio	37				59
Total	91	94	91	94	85	455

Prontuários familiares (2017)

Quadro 5: Distribuição das famílias segundo o abastecimento de água e microarea da Equipe de Saúde da Família de Pedra Grande, 2017.

Microarea	1	2	3	4	5	
Sistema publica	COPANO R		COPANO R	COPANO R	COPANO R	36 1
Outro		Poços e nascentes				94
Total	91	94	91	94	85	45 5

Prontuários familiares (2017)

Quadro 6: Percentual da população analfabeta entre > de 15 anos em cada uma das micro áreas da Equipe de Saúde da Família de Pedra Grande, 2017.

Microarea	Percentual de analfabetos
1	23,46%
2	16,47%
3	23,42%
4	16,72%
5	6,69%
MEDIA	17,352%
TOTAL	

Fonte: Prontuários individuais, 2017

Quadro 7: Percentual de crianças menores de 14 anos fora da escola em cada uma das micro áreas da Equipe de Saúde da Família de Pedra Grande, 2017.

Microarea	Percentual de crianças fora da escola
1 (1 criança)	4,34%
2 (9 crianças)	56,25%
3	0%
4	0%
5	0%
6 (Media)	12,11%
TOTAL (10)	

Fonte: Prontuários individuais, 2017.

A seguir será apresentada a lista geral dos problemas encontrados no diagnóstico de saúde da UBS, feito em equipe, e usando o método de Estimativa Rápida.

LISTA GERAL DE PROBLEMAS:

- 1- Economia familiar média não ótima;
- 2- Atendimento de especialidades incompleto;
- 3- Financiamento abaixo do necessitado;
- 4- UPA distante para as comunidades rurais que não contam com o serviço de urgência;
- 5- SUS não conta com serviço de diagnósticos próprios e depende muito da rede privada;
- 6- Serviços centralizados muito longe;
- 7- Vias de acesso à comunidade de Pedra grande em péssimas condições e ainda mais nas de as áreas de difícil acesso;
- 8- Problemas estruturais de teto, fluxo em área de esterilização e abastecimento de água;
- 9- Planejamento pobre das ações a desenvolver. Muito atendimento a demanda espontânea;
- 10- Pouca vontade da comunidade para discutir os principais problemas de saúde e a seu enfrentamento;
- 11- Zonas rurais ainda não cadastradas;
- 12- Alta prevalência de HAS.
- 13- Alto índice de complicações por doenças crônicas;
- 14- Estilos de vida não saudáveis, muito consumo de álcool, tabaco, drogas;
- 15- Quantidade de casos cadastrados de HAS e Diabetes abaixo do esperado;
- 16- Pesquisa baixa de câncer de mama, colo de útero, próstata;
- 17- Baixa visão de risco da população;
- 18- Alto índice de doenças infecciosas com alta quantidade de vetores;
- 19- Alto índice de parasitismo intestinal;
- 20- Dejetos de mais de 50 famílias a céu aberto ou atirado ao rio;
- 21- Presença de micro resíduo (temporários);
- 22- Água de consumo de não muita qualidade. (COPASA não tem o serviço para toda a população);
- 23- Não tratamento de água em casa para o consumo;
- 24- Alto nível de analfabetismo;

25- Alto nível de abandono escolar em adolescentes principalmente em zonas rurais mais distantes;

26- Abandono do aleitamento materno antes dos 6 meses.

1.5 Priorização dos problemas:

A seleção do problema para o plano de intervenção foi feita usando os critérios de seleção por importância, urgência, capacidade de intervenção e definição de problema prioritário explicados no Quadro 8.

Os problemas prioritários identificados foram:

- 1- Alta prevalência de HAS.
- 2- Alto índice de complicações por doenças crônicas. Urgências, AVC, IRC.
- 3- Estilo de vida não saudável, muito consumo de álcool, tabaco, drogas.
- 4- Alto índice de doenças infecciosas com alta quantidade de vetores.
- 5- Abandono do aleitamento materno antes dos 6 meses.

Quadro 8 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Pedra Grande, município Almenara, estado Minas Gerais, 2017

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
1	10	10	10	Primeiro
2	10	8	8	Segundo
3	10	8	6	Terceiro
4	10	6	6	Quarto
5	10	6	4	Quinto

Fonte: Autoria própria (2017)

2 JUSTIFICATIVA:

Dentre as causas modificáveis de morbidade e mortalidade cardiovascular precoce, a hipertensão arterial (HA) é uma das mais importantes no mundo e fator de risco independente para doença cardiovascular. Entre os elementos que contribuem para a multideterminação da HAS, encontram-se os fatores genéticos (idade, sexo, história familiar), o estilo de vida (tabagismo, obesidade, etilismo, inatividade física, estresse e ingestão elevada de sal), o ambiente físico e psicossocial (stress, escolaridade), a organização dos serviços de saúde e as relações entre esses vários elementos (LESSA, 2001; VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A área de trabalho do distrito de Pedra Grade do município Almenara MG, apresenta uma população total de 1206 pacientes sem contar as zonas rurais ainda não cadastradas e tem uma quantidade esperada de hipertensos de 422 pacientes. No entanto, só tem cadastrados 66,35% desta cifra com 280 pacientes com HA, com diferentes tipos de complicações e unido a muitos fatores de risco associados como: estilo de vida não saudável, muito consumo de álcool, tabaco, drogas, alto nível de analfabetismo, baixa visão de risco da população, resistência às mudanças de estilos de vida, pressão social e alguns fatores não modificáveis como a raça, fatores hereditários, idade e outros.

Os grandes números de hipertensos cadastrados e esperados e o número de casos de doenças cardiovasculares na área de abrangência chamaram a atenção da equipe no sentido de alertá-la sobre a necessidade de realizar ações para atingir o objetivo proposto que é diminuir os níveis pressóricos dos hipertensos com medidas preventivas, para evitar as complicações.

Diante dessa situação, foi proposta uma intervenção educativa que alterasse o seguimento de hipertensos, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas. O objetivo principal é programar estratégias de saúde no controle da HAS nos pacientes da Unidade Básica de Saúde, esperando prevenir complicações da hipertensão, esclarecer sobre os fatores de risco cardiovascular, alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento, valorizar a mudança de comportamento do hipertenso, estimulando o autocontrole, bem como envolver familiares e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso, organizar o atendimento desses pacientes,

proporcionando um seguimento regular e racionalizando a demanda por consulta médica assistencial.

3 OBJETIVOS:

3.1 Objetivo geral:

Elaborar uma proposta de intervenção educativa para controle da hipertensão arterial e suas complicações no Distrito de Pedra Grande município Almenara.

3.2 Objetivos específicos:

Diagnosticar o nível de conhecimentos da população e os profissionais da saúde do distrito, sobre os principais fatores de risco da HAS e suas complicações.

Realizar um mapeamento dos clientes, dos hipertensos com risco de doenças cardiovascular.

Aumentar o conhecimento sobre os principais estilos de vida.

Mudar os estilos de vida da população.

4. METODOLOGIA:

Para desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de obter maior embasamento científico sobre o assunto. A pesquisa foi feita com busca em artigos indexados nas bases de dados SCIELO (Scientific Eletronic Library On-Line), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), e MEDLINE por meio dos seguintes descritores: Hipertensão, Educação em Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

Após o levantamento dos artigos foi realizada uma leitura inicial dos resumos para seleção de informações pertinentes onde foram incluídos os estudos em português, disponíveis na íntegra e que estivessem relacionados ao tema.

Além da pesquisa bibliográfica, elaborou-se um plano de intervenção baseado no Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES)/Estimativa rápida, conforme orientação da disciplina de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para tanto, foi realizada a sistematização da análise situacional, onde passos que constituem este plano de intervenção foram elaborados de acordo com os nós críticos identificados e seleção do problema prioritário

Assim, este Projeto de Intervenção (PI) é uma atividade constituída a partir de uma problemática, identificada após levantamento epidemiológico, embasado em consultas aos sistemas de informação: SIAB, também com o Análise Situacional realizado pela Equipe Saúde da Unidade Básica de Pedra Grande, situado no município Almenara, MG.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:

5.1 Conceito e epidemiologia da Hipertensão Arterial

Hipertensão Arterial (HA) “é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p.14).

A HAS “é a doença circulatória mais prevalente e frequentemente associada a alterações metabólicas, que conduzem ao maior risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares fatais e não fatais, insuficiência renal e outras” (RIBEIRO; PLAVNIK, 2007 *apud* MALTA *et al.*, 2017, p.2s).

A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham HAS e ocorram 7,1 milhões de mortes anuais decorrentes dessa doença. Estudos indicam crescimento mundial de 60% dos casos da doença para 2025. Esta acarreta aumento dos custos dos sistemas de saúde e tem afetado a economia global (BALU; THOMAS, 2006; KEARNEY *et al.*, 2005).

Estudo com os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) coletados no ano de 2013 no Brasil mostrou que cerca de um quarto da população adulta residente nas capitais brasileiras refere ter HAS (MALTA *et al.*, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a pressão alta é uma das principais causas de infarto do miocárdio, insuficiência renal e Acidente Vascular Cerebral.

5.2 Fatores de risco e consequências

Tacon, Santos, Castro (2010), relatam que a situação socioeconômica é um fator importante na incidência de doenças, em função das más condições de nutrição, habitação e saneamento, bem como pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Os fatores de risco associados à HAS incluem o estilo de vida moderno (alimentação inadequada, ingestão excessiva de sal, consumo abusivo de

álcool, inatividade física, sedentarismo, sobrepeso e/ou obesidade, baixa escolaridade e estresse), podendo variar de acordo com as localidades estudadas (AMODEO, 2010). De acordo com Feijão *et al.*, (2005) o estilo de vida tem papel crítico na determinação e prevalência da hipertensão nas populações.

O consumo excessivo de sódio contribui para a ocorrência de HA, sendo que a relação entre seu aumento e a idade avançada é maior em populações com alta ingestão de sal, enquanto que povos com dieta hipossódica têm menor prevalência de HA, sem elevação dos níveis pressóricos com a idade. Na população urbana brasileira, foi identificada maior ingestão de sal nos níveis socioeconômicos mais baixos (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

O excesso de massa corporal é um fator predisponente para HA, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de níveis pressóricos elevados; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam HA diretamente atribuível ao sobrepeso e obesidade. Apesar do ganho de peso estar fortemente associado ao aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado. Outras pesquisas sugerem que obesidade central está mais fortemente associada com os níveis de pressão arterial do que a adiposidade total. Indivíduos com níveis pressóricos ótimos, que ao decorrer do tempo apresentam obesidade central, têm maior incidência de hipertensão (BRASIL 2006).

Em estudo realizado por Figueiredo *et al.*, (2008) observou-se que a localização abdominal da gordura (obesidade abdominal) se mostrava mais associada aos distúrbios metabólicos, como as dislipidemias, a , resistência à insulina e aos riscos cardiovasculares. Descreveram a associação entre HA e os fatores nutricionais, destacando o consumo excessivo de sódio e ao sobrepeso.

O consumo de álcool, idade avançada e tabagismo contribuem para o desenvolvimento da HA, uma vez que estimulam o sistema simpático, ocasionando estresse oxidativo e efeito vasoconstritor associado ao aumento

de inflamações ligadas a hipertensão. De acordo com Costa *et al.*, (2007) em um estudo realizado no Sul do Brasil, identificou que: “indivíduos que ingeriam menos de 30g de álcool por dia apresentaram menos HA em relação aos que consumiam mais de 30g. O consumo de bebida alcoólica fora de refeições aumenta o risco de hipertensão, independentemente da quantidade de álcool ingerida. O efeito do consumo leve a moderado de etanol não está definitivamente estabelecido (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007, p.e31).

O tabagismo representa um dos mais graves problemas de saúde pública, comprometendo não só a saúde como também a economia do país e ao meio ambiente (FILHO, 2006). De acordo com Smeltzer, Bare (2002), a nicotina causa a diminuição do volume interno das artérias, provocando enrijecimento de suas paredes ou arteriosclerose além de acelerar a frequência cardíaca e levar a HA. Associada ao monóxido de carbono provoca diversas doenças cardiovasculares, problemas pulmonares como câncer, sendo também nocivo para outros órgãos como estômago e garganta e pulmão, podendo provocar enfisema no mesmo.

5.3 Prevenção e tratamento

A prevenção primária é a principal terapêutica no combate aos fatores de riscos. Nesse processo, o profissional de saúde, em especial a equipe de saúde age como um facilitador, procurando utilizar técnicas ou meios que levam a promoção da educação em saúde, a prática do autocuidado, com o objetivo de manter controlada a pressão arterial e também uma assistência mais humanizada.

As equipes da saúde da família podem promover adesão ao tratamento da HA, estimulando o bom relacionamento usuário/profissional, favorecendo a corresponsabilização do tratamento. As ações estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo, possibilitando discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida. (BRASIL, 2011).

Os grupos educativos se caracterizaram como uma ferramenta positiva no incentivo à adequação de alguns comportamentos e promoveram melhoria dos níveis pressóricos. A educação em saúde concebida a partir de um objetivo

inicial, com planejamento adequado e metodologia sistematizada enseja a obtenção de bons resultados” (OLIVEIRA *et al.*, 2013, p.182).

As principais ações de prevenção estão fundamentalmente dirigidas àqueles fatores de riscos modificáveis como o consumo de sal, álcool e tabaco, a obesidade e o sedentarismo.

A perda de peso acarreta redução da pressão arterial. A realização de exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos, já os exercícios resistidos possuem efeito hipotensor semelhante, entretanto menos consistente. (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

O tratamento farmacológico de pacientes com HÁ associada a pressões diastólicas elevadas diminui a morbimortalidade decorrentes de doença cardiovascular. A terapia anti-hipertensiva efetiva reduz acentuadamente o risco de acidente vascular encefálico, de insuficiência cardíaca e renal devido à hipertensão. Entretanto, a redução do risco de infarto no miocárdio pode ser menos notável. Os fármacos anti-hipertensivos diminuem a pressão arterial por meio de suas ações sobre a resistência periférica, o débito cardíaco ou ambos. Podem diminuir o débito cardíaco inibindo a contração miocárdica ou reduzindo a pressão de enchimento ventricular, podendo ser obtida por meio de ações sobre o tônus venoso ou sobre o volume sanguíneo através de efeitos renais. Os fármacos reduzem a resistência periférica ao atuar sobre o músculo liso, produzindo relaxamento dos vasos, ou interferir na atividade de sistemas que produzem constrição dos mesmos, tendo como exemplo o sistema nervoso simpático (BRUNTON *et al.*, 2007).

Em geral, não é possível prever a resposta do indivíduo com hipertensão a qualquer fármaco específico. A relação médico–paciente deve ser a base para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A abordagem multidisciplinar ao hipertenso pode facilitar a adesão ao tratamento, aumentando o controle sobre a PA (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alta prevalência de HAS” na comunidade adstrita à equipe de Saúde Pedra Grande, município de Almenara, estado de Minas Gerais, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição e Explicação do problema:

Dentre as causas modificáveis de morbidade e mortalidade cardiovascular precoce, a HA é uma das mais importantes no mundo e fator de risco independente para doença cardiovascular. Estudos epidemiológicos apontam que níveis elevados de PA aumentam o risco de doença vascular encefálica (DVE), doenças arteriais coronarianas (DAC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), insuficiência renal crônica (IRC) e acometimento vascular (AV).

6.2 Explicação do problema selecionado:

Na área de trabalho do distrito de Pedra Grande do município Almenara MG, não é diferente da realidade mundial e do Brasil. Essa comunidade tem uma população total de 1206 pacientes sem contar as zonas rurais ainda não cadastradas. A quantidade esperada de hipertensos é de 422 pacientes e só tem cadastrados um 66,35% desta cifra com 280 usuários com HA, com diferentes tipos de complicações relatadas e tudo isso unido a muitos fatores de risco associados como: estilo de vida não saudável, muito consumo de álcool, tabaco, drogas, alto nível de analfabetismo, baixa visão de risco da população, resistência às mudanças de estilos de vida, preção social e alguns não modificáveis como a raça, fatores hereditários, idade e outros.

6.3 Seleção dos nós críticos:

Os “nós críticos” são definidos como pontos do problema que quando

alterados causam impacto direto no problema e, além disso, está no espaço de governabilidade de quem deseja agir, ou seja, é passível de intervenção na instância do agente (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para modificar o problema prioritário e necessário identificar aqueles fatores que fazem com que o problema prioritário se torne maior. Dentro das causas do problema prioritário estão o estilo de vida inadequado, a resistência à mudança de estilos vida e baixa visão ou percepção de risco. Os estilos de vida inadequados que fazem com que o problema da HA seja maior são o consumo de sal, a obesidade, o consumo de álcool, o colesterol alto, o sedentarismo e o tabagismo

6.4 Desenhos das operações:

Considerou-se que melhorar os hábitos de vida estaria relacionado a diminuição do consumo de sal, ao combate do sedentarismo, da obesidade, do tabagismo, do etilismo e a realização de uma dieta equilibrada. Entretanto, para isso, é preciso realizar a sensibilização da população para esses aspectos, por meio da educação.

Quadro 9: Operações sobre o nó crítico "estilo de vida inadequado" relacionado ao problema "Alta incidência de HA", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Grande, município de Almenara, estado de Minas Gerais	
Nó crítico	Estilo de vida inadequado.
Operações	Estimular a diminuição do peso corporal, diminuir o numero de tabagistas e usuários de álcool, insistir no abandono do sedentarismo.
Projeto	Aumento da auto-estima.
Resultados esperados	Redução do número de obesos, do consumo de sal, do sedentarismo, do tabagismo, do etilismo e a realização de uma dieta equilibrada.
Produtos esperados	Aumentar o numero de usuários nos grupos de trabalho.
Recursos necessários	Estrutural: Equipe de trabalho com ajuda da NASF. Cognitivo: Educação permanente de todo a equipe, e auto preparação. Financeiro: Para impressão de propaganda e alto-falante. Político: Mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: Centros habituais, UBS, Escola, salão de reunião.

	Cognitivo: Educação permanente de toda a equipe, e auto preparação. Político: Adesão do gestor de saúde local. Financeiro: Para impressão de propaganda e alto-falante.
Controle dos recursos críticos	Gestor local. (favorável)
Ações estratégicas	Promoção de saúde. Estratégia de comunicação.
Prazo	Mediano.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Coordenador da UBS e medico.

A utilização ótima e supervisionada da nova área criada para a realização de exercícios físicos e prática de esportes para adultos entregue pela prefeitura municipal, as atividades de grupo com alcoólatras, tabagista, obesos e sedentários, utilizando-se os recursos cognitivos já formados e melhorando aqueles que ainda tem lacunas na equipe, aumentando a informação dessas estratégias, organizando grupos de obesos, tabagistas e sedentários.

É necessário que a população conheça mais das complicações da HAS e o risco cardiovascular, assim o projeto irá informar mais sobre os riscos de HAS e risco cardiovascular para ter uma clientela mais conhecedora do tema.

É necessário se diagnosticar o nível de conhecimento, para planejar uma tarefa dirigida e aumentar o nível da sabedoria popular, com capacitação da população, dos ACS, intervenção na área escolar, com uma agenda bem organizada, apoio da população e todos os setores políticos e institucionais.

A estrutura de serviços de saúde é outro nó crítico de importância, com necessidade de melhorar a estrutura dos serviços a prestar à população de risco cardiovascular para garantir o atendimento dos 100% dessa clientela. Garantir a capacitação do pessoal da equipe, ampliar atendimento de laboratórios clínicos com a reabertura do laboratório do SUS ou aumentar os consórcios com melhoras de custos, também ampliar ou garantir os

atendimentos de consultas especializadas e garantir os medicamentos de controle como principais produtos.

Para isso é necessária a vontade política do município para a contratação de novos serviços para aumentar exames e níveis de medicamentos adequados com mais elaboração do planejamento dos serviços.

O processo de trabalho é uma peça chave no desenho, o processo inadequado é outro nó crítico que influi negativamente no principal problema, para o que é necessário se desenhar uma linha de atendimento justo para todos os pacientes com risco cardiovascular e garantir o cuidado a 100% deles, com uso de protocolos implantados, recursos humanos com educação permanente e gestão da linha e cuidados como produtos fundamentais, com a utilização de recursos necessários, de mais elaboração de projetos da linha de atendimentos e de protocolos, com maior articulação entre os setores de saúde, educação, assistência social e outra mais adequação de fluxos de atendimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Não se pode considerar uma tarefa fácil, eliminar os fatores predisponentes ao desenvolvimento de níveis pressóricos elevados, mas com o apoio dos gestores, o trabalho planejado e unido da equipe de trabalho, com uma educação permanente, espera-se diminuir a um nível adequado as condutas ou os fatores de risco que fazem a HA o principal problema de saúde de nossa população.

Com a aplicação das operações propostas, espera-se diminuir em pelo menos 25% a população obesa, alcançar seu peso ideal no melhor caso, diminuir o numero de tabagistas, insistir no abandono do sedentarismo e realização de atividade física como valor fundamental para a troca efetiva dos estilos de vida em um período de tempo de um ano.

REFERÊNCIAS

- BALU S, THOMAS 3rd. J Incremental expenditure of treating hypertension in the United States. **Am J Hypertens**.2006. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajh/article/19/8/810/174434>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488, de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2011 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- BRUNTON et al. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 11 ed. São Paulo: McGraw Hill, 2007.
- CAMPOS F. C. C; FARIA H. P; SANTOS M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon /UFTM - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2010.
- COSTA, J. S. D. et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.88, n.1, p.59-65, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000100010&script=sci_arttext Acesso: 22 de jun de 2017.
- FEIJÃO A. M. M. et al. Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial, em População Urbana de Baixa Renda. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.84, n.1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n1/23002.pdf>> Acesso: 22 de jun de 2017.
- FEIJÃO, A.M.M., et al. Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial, em População Urbana de Baixa Renda. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.84, n.1, 2005.
- FIGUEIREDO R. C. et. al. Obesidade e sua relação com fatores de risco para doenças cardiovasculares em uma população Nipo-Brasileira. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, v.52, n.9, p.52-9, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000900011&script=sci_arttext&tIng=es Acesso: 22 de jun de 2017.
- FILHO, A. S. **Manual para Implantação de Programa de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças**. UNIMED – Confederação das Unidades do Estado de São Paulo, 2006.
- IBGE| Cidades | Minas Gerais | **Almenara** | Histórico Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/almenara>. Consultado em 18 de janeiro de 2018.

MALTA D. C.; BERNAL R. T. I.; ANDRADE S. S. C. A.; DA SILVA M. M. A.; MELENDEZ G. V. A.; MELENDEZ G. V. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros: **Rev. Saúde Pública** vol.51 supl.1 São Paulo 2017 Epub June 01, 2017.

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.

REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSAO ARTERIAL.VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. volume 17, NÚMERO 1, janeiro/março de 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>

REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSAO ARTERIAL.VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. volume 17, NÚMERO 1, janeiro/março de 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>. Acesso em 25/06/2018

RIBERO,A.B.;PLAUNIK,F.L. **Atualização em Hipertensao arterial: Clinica, diagnostica e Terapeutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2007
SABERES PLURAIS-UFMG, Museu Virtual. Colaboratorio Digital, 2018, **ALMENARA. MINAS GERAIS**. Disponível em: <https://www.ufmg.br/proex/cpinfo/saberesplurais/municipio/almenara/>. Acesso em: 12 abril 2018

SIA/SUS, (2010) Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/sia-sus-2010>

SMELTZER, S. BARE B. **Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão**. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TACON K. C. B; SANTOS H. C. O; CASTRO E. C. Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Atendidos em Hospital Público. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.8, n.6, p.486-9, 2010. Disponível em: <http://573.ConceitoARecife.n.2.p.523-573.2011.Hipertensaoarterialefatorosderiscoassociados:umarevisãodeliteratura.files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1612> Acesso: 22 de jun de 2017.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 de abril de 2018.