

**UNIVERSIDADE FEDERAL TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GERMAN SUAREZ GARCIA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO DOENÇA CRÔNICA  
FREQUENTE NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM DIVINÓPOLIS, MG**

**DIVINÓPOLIS, MG  
2016**

**GERMAN SUAREZ GARCIA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO DOENÇA CRÔNICA  
FREQUENTE NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM DIVINÓPOLIS, MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

**DIVINÓPOLIS, MG  
2016**

**GERMAN SUAREZ GARCIA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO DOENÇA CRÔNICA  
FREQUENTE NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM DIVINÓPOLIS, MG**

**Bancada examinadora:**

Examinador 1: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Examinador 2: Judete Silva Nunes

Aprovado em Uberaba, em        de        de 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço às pessoas que me apoiaram e me orientaram durante todo o processo de desenvolvimento.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha esposa e aos meus filhos.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma patologia cujo controle contínuo visa prevenção de alterações irreversíveis no organismo e complicações cardiovasculares. Na Equipe de Saúde da Família (ESF) Quilombo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada doença crônica de alta prevalência na área de abrangência. De um total de 405 indivíduos, 23,35% apresentam quadro de HAS. Embora não ultrapasse 30% da população, constitui um problema importante de saúde. Depois de identificados e analisados os problemas fundamentais no diagnóstico situacional de saúde na área de abrangência, mediante o processo de estimativa rápida, utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional para a elaboração do plano de ação sobre o problema prioritário identificado pela equipe. Para a revisão de literatura e descrição do município de Divinópolis, foi utilizado o banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde. Também foram analisados bancos de dados secundários da ESF Quilombo, meio de consolidado dos cadastros das famílias de 2015, com participação dos agentes comunitários de saúde. Com a implantação do projeto, espera-se uma equipe consciente e comprometida com a população abrangente e que os indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica possam receber informações sobre a doença, estilo recomendável de vida e hábitos saudáveis.

**Palavra chaves:** Hipertensão, Problema, Saúde.

## SUMMARY

Abstract hypertension is a pathology whose continuous control aims to prevent irreversible changes in the body and cardiovascular complications. In the Family Health Team (FHT) Quilombo hypertension is the most common chronic disease in our area, with a total of 405 patients for a 23.35%, although still does not exceed the 30% of the population, in our area of coverage is an important health problem. After identified and analyzed the fundamental problems in the Situational diagnosis of health of our area through the rapid assessment process, we used the Situational strategic planning method for the preparation of plan of action on the priority problem chosen by the team. For the literature review and description of the city of Wollongong, were used the database of Municipal Health Secretariat and the Ministry of health were also analyzed secondary databases of FHT Quilombo, consolidated medium of cadaster the family in the year 2015 with participation of communitarian agents of health. With the implementation of the project, it is expected a team more aware and committed to comprehensive population and that patients with hypertension can be informed about his illness and about lifestyles and healthier habits.

**Key word:** Hypertension, Problem, Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS -Agente Comunitário de Saúde.

CMS - Conselho Municipal de Saúde.

ESF -Estratégia Saúde da Família.

FMS - Fundo Municipal de Saúde.

HAS -Hipertensão Arterial Sistêmica.

NASF -Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

PA- Pressão Arterial.

RCQ- Relação cintura-quadril.

SF- Saúde de Família.

SB- Saúde Básica.

SIM- Sistema Integrado Municipal de Saúde.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Distribuição da população por grupos de idades da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Quilombo, Divinópolis, MG.....p.12

QUADRO 2: Classificação da pressão arterial, sistólica e diastólica, em indivíduos maiores de 18 anos.....p.17

QUADRO 3: Classificação de prioridades para os problemas identificados.p.20

QUADRO 4: Elaboração do Plano Operativo de intervenção para população de hipertensos no município de Divinópolis, Minas Gerais.....p.25

QUADRO 5: Viabilidade do plano.....p.26

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo geral.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19
6.1 Definição e Priorização dos problemas.....	20
6.2 Descrição do problema selecionado.....	20
6.3 Seleção dos “nós” críticos.....	21
6.4 Desenho das operações para os “nós” críticos.....	21
6.5 Identificação dos recursos.....	24
6.6 Elaboração do plano operativo.....	25
6.7 A análise da viabilidade do plano.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
8 REFERÊNCIAS.....	28

## 1 INTRODUÇÃO

O município possui uma área territorial de 708,115 km<sup>2</sup>, que só equivale a 0,12 % do estado de Minas Gerais, com uma população em 2014 de 228.643 habitantes, sendo 207.516 habitantes na zona urbana e 5.500 habitantes na zona rural. A área urbana é de 192 km<sup>2</sup>. O município limita-se ao norte com Nova Serrana e Perdigoão; ao sul com Claudio; a leste com São Gonçalo do Pará e Carmo do Cajuru; ao oeste com São Sebastião do Oeste e Santo Antônio do Monte. Localizada nas terras altas do sudeste, o relevo apresenta formações típicas de planaltos dissecados, a maior parte dos solos é vermelha ou alaranjada (DIVINÓPOLIS, 2014).

Clima mesotérmico com invernos secos e verões chuvosos, sendo dezembro-fevereiro os meses mais chuvosos e abril-setembro os mais secos. O município está banhado pelos rios Pará e Itapeçerica (DIVINÓPOLIS, 2014).

### 1.1.Sistema Local de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) criado pela Lei Municipal nº. 004/91 é um colegiado permanente e está representado de forma paritária, ou seja, comum à maioria dos representantes dos usuários (50%), com trabalhadores (25%), gestores e prestadores de serviços (25%). Sua função é formular estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde, controlar a execução das políticas públicas de saúde e observar os aspectos financeiros e econômicos do setor, possuindo, portanto, caráter deliberativo. A participação da comunidade, por meio dos conselhos e conferências, permite sua intervenção na gestão de saúde. Reúne-se com pauta previamente decidida por sua Diretoria Executiva (DIVINÓPOLIS, 2014).

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) foi criado pela lei Nº 2.913 de 21/05/91, possui estrutura contábil-financeira independente da Prefeitura e

conta com Comissão de Licitação, que realiza todas as aquisições de insumos, materiais, equipamentos e reformas do setor saúde. Presta contas ao Conselho Municipal de Saúde, Ministério da Fazenda, Câmara Municipal, Ministério da Saúde, Tribunal de Contas do Estado e Secretaria Estadual de Saúde (DIVINÓPOLIS, 2014).

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) é gerido pelo Secretário Municipal da Saúde e dispõe dos recursos vinculados, provenientes do Governo Federal (41%), Estadual (14%) e Municipal (45%) seja por meio de convênios ou repasses de fundo (DIVINÓPOLIS, 2014).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1996, sendo a primeira equipe na zona rural. Equipe atípica, com médico, enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, psicóloga, cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal, sem Agente Comunitário de Saúde (ACS) (DIVINÓPOLIS, 2014).

Em 1998 ampliou para mais três equipes, sendo uma de zona rural e duas de zona urbana na periferia do município, composta por uma equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, 4 ACS, cirurgião dentista e auxiliar de saúde). Os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas foram selecionados por concurso público, os demais foram contratados.

Este processo de implantação foi realizado em parceria com a comunidade através de reuniões com os conselhos de saúde distrital, local e municipal com o objetivo de explicar a forma de atendimento centrada na prevenção de doenças, promoção da saúde sem prejuízo da resolução dos problemas já existentes. Hoje são 23 equipes de Equipe Saúde da Família (ESF), apenas 4 não têm equipe de saúde bucal. A cobertura atual é de 37% da população (DIVINÓPOLIS, 2014).

A Prefeitura Municipal de Divinópolis juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e o Ministério Público elaboraram um projeto denominado Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIM SAÚDE), que propõe o redesenho do sistema atual com foco na reorganização da Atenção Primária através do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. A meta para 2016 é a cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em 100%. Para tanto, foi elaborado um cronograma de conversão das Unidades tradicionais em Saúde

da Família. Em setembro de 2015 estava previsto a implantação de 13 equipes ESF. Os Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF's) estão em processo de implantação. O projeto inicial é para implantação de 5 NASF's (DIVINÓPOLIS, 2014).

## 1.2.Unidade Básica de Saúde: Quilombo

A área de abrangência está formada por sete comunidades rurais: Choro, Quilombo, Branquinhos, Lopes, Costas, Cachoeirinha e Mata dos Coqueiros localizado nas margem BR 494 em sentido Nova Serrana, Região Sudoeste do município. Possui população de 1732 usuários e um total de 583 famílias. As comunidades ficam entre 12 e 20 km da cidade de Divinópolis/Minas Gerais e apesar de terem transporte urbano dispõem somente de uma linha de ônibus com poucas opções de horários e as estradas não apresentam boas condições de tráfego (DIVINOPOLIS, 2014).

A Unidade de Saúde funciona de segunda a sexta-feira; e a equipe de saúde move-se todos os dias para uma comunidade diferente. A equipe está formada por dez trabalhadores; sendo quatro ACS, uma técnica de enfermagem, uma Enfermeira, um Médico, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma trabalhadora de limpeza, que cumprem carga horária de 40 horas semanais.

A área física da Unidade de Saúde é formada por consultórios: médico, de enfermagem e odontológico; possui sala de recepção; vacinas, reunião, e pré e pós consulta, escovódromo; dois banheiros públicos e um para funcionários, sala de espera e área privativa com cozinha, para servidores.

Quadro 1: Distribuição da população na ESF Quilombo.

Microareas	<1ano	1-4 ano s	5--9 ano s	10- 14 ano s	15- 19 ano s	20- 29 ano s	30- 39 ano s	40- 49 ano s	50- 59 ano s	60- 69 ano s	70- 79 ano s	80 ou mais	Total
Microarea 1	2	17	23	24	28	60	38	57	69	40	40	16	414
Microarea 2	1	19	26	29	34	52	69	64	48	40	17	10	409
Microarea 3	3	12	17	22	25	35	45	50	39	31	21	9	309
Microarea 4	8	22	36	43	57	105	100	80	72	36	32	9	600
<b>Total</b>	14	70	102	118	144	252	252	251	228	147	110	44	1732

Fonte: Relatório de agentes comunitários de saúde, 2015.

## 2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais prevalente das doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez, assim como envolvida em 50% das mortes causadas por doença cardiovascular (CIPULLO et al., 2010 apud VIANA, 2014).

A HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins, olhos e vasos sanguíneos), além de ser considerado um grave problema de saúde pública pela cronicidade, altos custos das internações, incapacitação, causa de invalidez e aposentadoria precoce (CARVALHO et al. 2013 apud VIANA, 2014).

Está associada a fatores de risco não modificáveis como idade, sexo, etnia/raça e hereditariedade, e a fatores de risco modificáveis clínicos quanto comportamentais e nutricionais (SALOMÃO et.al. 2013 apud VIANA, 2014).

Discutindo junto com os profissionais da equipe ESF Quilombo foi evidenciado que o maior desafio, entre os problemas levantados, é o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. Na população abrangente encontra-se um alto índice de pacientes hipertensos.

Diante deste levantamento, nota-se a necessidade de um trabalho de revisão de literatura que fundamente um plano que busque a intervenção para conscientizar os hipertensos sobre a condição da sua doença, controle e consequências da negligência do conhecimento.

A HAS como doença de evolução lenta e inicialmente silenciosa, a identificação precoce pode prevenir sérios danos a saúde e prevenir morbidades evitáveis. Incentivar e acolher adequadamente indivíduos

hipertensos na unidade pode garantir melhores condições de qualidade de vida.

A relevância do tema decorre da necessidade de fazer um maior esforço no trabalho com os indivíduos hipertensos através de uma proposta de estratificação do risco clínico para hipertensão arterial e incentivar o acompanhamento individual.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Elaborar uma proposta de intervenção e estratificação para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na população atendida pela Equipe de Saúde ESF Quilombo do Município de Divinópolis, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Realizar levantamento bibliográfico sobre a HAS nos anos 2010 a 2016.
- Analisar a presença de determinantes para Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Propor ações estratégicas para o acolhimento e controle do seguimento com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

### **4 METODOLOGIA**

Após a identificação e análise dos problemas fundamentais levantados no diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência, mediante o processo de estimativa rápida, utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional para a elaboração do plano de ação sobre o problema prioritário identificado pela equipe.

Para elaboração da proposta do plano de ação, e acompanhamento

das ações de saúde para o controle eficiente da hipertensão arterial na população atendida pela Equipe de Saúde ESF Quilombo, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

Primeiramente, foi executado um diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde. Este diagnóstico foi baseado no método de estimativa rápida, que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o enfrentamento, em curto período de tempo, sem gastos, constituindo uma importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. O objetivo é envolver a população na identificação das necessidades e problemas e também os atores sociais, a comunidade em geral.

Os princípios que apoiam a estimativa rápida são: coletar dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e especificidades locais e envolver a população na realização da estimativa rápida. Os dados levantados por meio deste método foram coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e na observação ativa da área.

Para a revisão de literatura e descrição do município de Divinópolis, foram utilizados os bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério de Saúde e também foram analisados os bancos de dados secundários da ESF Quilombo, meio de consolidado dos cadastros das famílias de 2015 com participação dos agentes comunitários de saúde.

A equipe de saúde fez um levantamento dos pacientes com doenças crônicas nas sete micro áreas que fazem parte da unidade de saúde. Foram realizadas consultas na base de dados da Unidade de Saúde.

Os resultados mostram que a HAS é a doença crônica mais frequente na área de abrangência com um total de 405 pacientes (23.35%), embora não ultrapasse 30% da população, na área da abrangência, constitui um problema importante de saúde.

Segundo a observação, a HAS, doenças cardiovasculares e a diabetes

mellitus somam aproximadamente 80% das doenças crônicas não transmissíveis, atribuindo-se 60% das causas de óbitos e comprometimento da capacidade físico-motora.

Durante o processo de observação foram encontrados fatores de risco associados e sobre os quais é possível trabalhar para modificar e obter resultados importantes na conquista da saúde da comunidade, a família e o indivíduo.

## **5 REVISÃO DE LITERATURA**

O envelhecimento populacional tem acontecido em um ritmo acelerado. Este fato indica alta predisposição das pessoas idosas às doenças crônicas degenerativas. Isso pode ser explicado, entre outros fatores, pelos aspectos ambientais e comportamentais. Exemplo disso é um perfil de pessoas que não praticam atividade física regularmente, fazem uma alimentação hipercalórica, hiperlipídica, hipersódica e muitas vezes adeptas ao consumo de tabaco e álcool. (ARAUJO, 2010 apud CUNHA, 2014).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma das doenças crônicas mais evidentes na população. Apresenta evolução clínica lenta, e geralmente evolui para complicações, em virtude de seu comportamento prolongado e permanente. A HAS é responsável por uma carga significativa de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, é uma doença de origens variadas e muito prevalente na população. Diante disso a hipertensão é considerada um fator determinante das altas taxas de morbidade e mortalidade em indivíduos hipertensos (MINAS GERAIS, 2013 apud CUNHA, 2014).

A HAS apresenta prevalência entre 15% e 20% na população adulta e mais de 50% na população idosa. Por acometer uma parcela significativa de indivíduos em plena fase produtiva, ganha especial relevância o fato de que na população hipertensa, apenas 50% têm o diagnóstico e destes, metade recebe tratamento e apenas 25% têm sua pressão adequadamente controlada. Além disso, os dados da literatura indicam que 25% dos pacientes com HAS não

aderem ao tratamento (GIROTTTO et al., 2013 apud LIMA, 2013).

A HAS é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e é responsável por altas taxas de morbidade (OLIVEIRA, 2013 apud RICARDO, 2014).

É preciso ter cuidado e atenção antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo. Recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma só aferição (BRASIL, 2006 apud LIMA, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde a “Hipertensão arterial é definida como pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo o uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p.05).

Os limites de pressão arterial (PA) considerados normais são arbitrários. Aceita-se como normal para indivíduos adultos valores inferiores a 85mmHg de pressão diastólica e inferiores a 130 mmHg de pressão sistólica conforme os parâmetros identificados no quadro 2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010 apud RICARDO, 2014).

Quadro 2: Classificação da pressão arterial, sistólica e diastólica, em indivíduos maiores de 18 anos de acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão.

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010).

A grande parte dos casos de HAS que não apresentam uma causa que

possa ser facilmente identificada é conhecida como hipertensão primária ou essencial que corresponde a 95 % dos casos. Uma pequena porção, aproximadamente 5% dos casos de HAS, é provocada por alteração ou anormalidade sistêmica, uma vez que removido o agente etiológico torna-se possível controlar ou atingir a cura; e a chamada hipertensão arterial secundária, por ser mais complexa com relação ao seu diagnóstico, deve ser encaminhada para um profissional especialista. Dentre as etiologias, podem-se enumerar as seguintes principais causas para a HAS secundária: doença parenquimatosa renal, insuficiência renal crônica, doenças endócrinas, insuficiência da aorta, hipertensão gestacional, causas neurológicas, stress agudo, abuso do uso de álcool, nicotina, drogas imunossupressoras, sedentarismo e obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010 apud RICARDO, 2014).

Em um estudo desenvolvido em Nova Andradina - Mato Grosso do Sul, com 369 indivíduos cadastrados no Programa Estratégia Saúde da Família no ano de 2007, as prevalências de sobrepeso e obesidade foram de 33,3 % e 23,0%, respectivamente. Em sua maioria, os indivíduos apresentavam as seguintes características: sexo feminino (85,4%), inativos (89,7%), relação cintura-quadril (RCQ) inadequada (83,7%) e apresentavam algum problema de saúde crônico (31,9%) especialmente a HAS. Os fatores de risco para sobrepeso e obesidade podem ser relacionados às variáveis estado civil viúvo, (RQC) inadequada, renda mais baixa e problemas de saúde. Já a HAS pode ser associada apenas a obesidade. (AMER; MARCON; SANTANA, 2011).

O percentual de pessoas que se encontravam acima do peso daquelas que não praticavam atividade física em Nova Andradina indica que essas questões constituem desafio importante para o setor saúde também nas pequenas cidades. Por isso, a premente implantação de programas de intervenção multidisciplinares no âmbito da atenção básica. (AMER; MARCON; SANTANA, 2011).

Os estudos disponíveis não analisam de modo abrangente os fatores envolvidos na gênese da HAS, especialmente a associação entre pressão arterial, excreção urinária de sódio e disfunção renal. Em uma população estudada (1.717 indivíduos adultos) avaliada por grupos etários: 18 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos e mais de 70 anos, a prevalência

geral ajustada para HT foi de 25,23%. A prevalência aumenta com a idade e é mais alta em indivíduos com baixo nível educacional, o índice de massa corporal e a circunferência abdominal aumentados estavam positivamente associados com uma maior prevalência de HT. Havia uma associação positiva significativa entre HT e excreção urinária de sódio. Os indivíduos hipertensos apresentavam maior frequência de disfunção renal, definida como clearance de creatinina  $<60$  ml/min/ m<sup>2</sup>. (CIPULLO et al., 2010).

Em um estudo descritivo e transversal realizado em seis unidades básicas de saúde em Fortaleza-Ceara, Brasil, com 246 pessoas inscritas no Programa de Controle de Hipertensão Arterial, no mínimo por um ano, as principais barreiras apontadas foram: baixas condições financeiras, tratamento contínuo com muitos remédios e prática de atividade física. As barreiras ao tratamento anti-hipertensivo compreendem a pessoa adoecida, seu ambiente de vida e acesso aos cuidados de saúde (GUEDES, M. V. C. et al., 2011).

Por ser uma doença crônica, ainda incurável, a HAS exige mudanças no estilo de vida/conduitas com vistas ao seu controle. Contudo, estas alterações dependem de decisão individual. Como é notório, fatores de diversas ordens contribuem para a manutenção da decisão, enquanto outros são dificultadores. As mudanças no estilo de vida, por exemplo, impõem cuidados com a dieta, controle na ingestão de álcool, cessação do hábito de fumar, manutenção do peso, realização de atividade física regular. Aliado a isso, o seguimento contínuo da prescrição medicamentosa é apontado pela maioria dos pesquisadores como inadequado. Tal fato se deve ao desaparecimento de sintomas e, até mesmo, a normalização dos níveis de pressão arterial. (GUEDES et al., 2011).

Estudos mostram o efeito negativo da HAS na qualidade de vida relacionada à saúde. Em um grupo de 333 indivíduos avaliados de ambos os sexos, maiores de 18 anos, divididos em grupo estudo, composto por 246 pacientes hipertensos sob tratamento em serviço multiprofissional e Grupo Controle, formado por 87 indivíduos normotensos da comunidade. Os grupos foram homogêneos em relação à idade, ao sexo, a etnia, a escolaridade e ao estado civil. Observou-se que os indivíduos normotensos apresentaram melhor qualidade de vida relacionada à saúde quando foram comparados aos hipertensos. A HAS, embora considerada entidade clínica, na maioria das

vezes, silenciosa, interfere negativamente na qualidade de vida de seus portadores. (CARVALHO et al.,2013).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Foram realizadas as etapas do planejamento estratégico situacional para obter dados necessários para elaborar o plano de intervenção com finalidade de melhorar conhecimento e qualidade das informações para os pacientes da área de abrangência da equipe ESF Quilombo sobre a hipertensão arterial sistêmica, incluindo a modificação de estilos e hábitos de vida. A importância das intervenções está ligada à possibilidade de uma inclusão, população mais informada, mudança de hábitos de vida e população mais participativa.

### 6.1 Definição e priorização dos problemas

- 1- Hipertensão Arterial como doença crônica mais frequente.
- 2- Alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos.
- 3- Prática de Polifarmacoterapia.
- 4- Baixa adesão puerperal ao programa de aleitamento materno.

Quadro 3: Classificação de prioridades para os problemas identificados através do diagnóstico.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
<b>Hipertensão Arterial como doença crônica mais frequente</b>	Alta	7	Parcial	1
<b>Alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos</b>	Alta	5	Parcial	2
<b>Prática de</b>	Alta	5	Parcial	3

<b>polifarmacoterapia</b>				
<b>Baixa adesão puerperal ao programa de aleitamento materno</b>	Alta	4	Parcial	4

Fonte: Equipe da ESF Quilombo Divinópolis/MG

O principal problema identificado foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como doença crônica mais frequente.

## 6.2 Descrição do problema selecionado

A Diretriz Brasileira de Hipertensão VIU (2010) conceitua HAS como "uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais". Nestas diretrizes são considerados portadores de HAS indivíduos com PA igual ou superior a 140 x 90 mm Hg.

A prevalência da HAS no Brasil, avaliada por estudos populacionais que possam refletir a situação da doença no país como um todo é ainda desconhecido. Estudos de prevalência, regionais e isolados, levam-nos a crer que em torno de 30% da população adulta apresenta hipertensão arterial sistêmica (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO VI 2010.).

Considerando-se valores de PA  $\geq$  140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (CESARINO et al. 2008).

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (PEREIRA et al., 2009).

### 6.3 Seleção dos “nós” críticos

- 1- Processo de trabalho da equipe de saúde.
- 2- Níveis de informação da população.
- 3- Costumes, hábitos e estilos de vida da população.
- 4- Políticas sociais e estruturas dos serviços básicos de saúde e educação.

### 6.4 Desenho das operações para os “nós” críticos

#### 1 - Processo de trabalho da equipe de saúde

- **Operação/Projeto:** Mais Educação. Linhas de trabalho. Acrescentar o conhecimento sobre hipertensão arterial e de cuidado para o risco cardiovascular.
- **Resultados Esperados:** Elevar em 100% a capacidade de trabalho da equipe como gestor principal das ações de saúde na comunidade, garantindo a cobertura de 100% da população com hipertensão arterial em período de 1 ano.
- **Produtos:** Programa de capacitação individual e coletivo de educação no trabalho. Desenvolvimento dos protocolos de trabalho estabelecidos e linhas de cuidado para a hipertensão arterial.
- **Recursos necessários:**
  - ✓ Organizacional - planejamento das aulas e pessoal treinado.
  - ✓ Cognitivos - informações científicas e estratégicas a ser desenvolvidas.  
Elaboração de protocolos e projeto de linhas de trabalho.
  - ✓ Políticos - espaço físico, apoio da secretaria de saúde municipal e da gerência de saúde local e adesão dos profissionais, com parceria do setor de educação.

## 2 - Nível de informação da população

- **Operação/Projeto:** Mais Saúde. Promover e elevar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial.
- **Resultados Esperados:** Elevar para 90% de adesão ao tratamento dos hipertensos cadastrados.
- **Produtos:** Avaliação do nível de informação da população risco. Uso da rádio local e campanha educativa coletiva e individual.
- **Recursos Necessários:**
  - ✓ Cognitivo - maior conhecimento sobre as estratégias da informação, comunicação e educação para a saúde.
  - ✓ Organizacional - melhor planejamento e organização da agenda de trabalho.
  - ✓ Político - participação Intersetorial, com apoio comunitário e do setor político local.
  - ✓ Financeiros - para folhetos educativos e aquisição de recursos audiovisuais.

## 3 - Costumes, hábitos e estilos de vida da população

- **Operação/Projeto:** Saber Mais. Ampliar o conhecimento individual e coletivo para melhorar, modificar e promover costumes, hábitos e estilos de vida saudáveis.
- **Resultados esperados:** Acrescentar em 90% a incorporação dos hipertensos aos programas de exercícios físicos e regime alimentar saudável em UM período de 1 ano.

- **Produtos:** Programa de fomento à cultura alimentar e prática periódica de exercícios físicos com apoio da radio local e grupo pastoral de idoso, Unibiótica. Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis e a prática de exercícios físicos.
- **Recursos Necessários:**
  - ✓ Organizacional - definir agenda e organizar atividades para promover a prática de exercícios físicos ao ar livre e uma cultura de alimentação saudável.
  - ✓ Cognitivo - conhecimento científico acerca dos temas abordados.
  - ✓ Políticos - articulação Intersetorial, parceria com setor de educação, igreja, ativistas políticos locais, líderes formais e informais e mobilização social.
  - ✓ Financeiro - para aquisição de folhetos e recursos audiovisuais.

#### 4- Políticas sociais e estruturas dos serviços de saúde

- **Operação/Projeto:** Viver Melhor. Melhorar a estrutura dos serviços básicos de saúde e a sua inter-relação com os níveis de atenção secundária para garantir atenção integral dos hipertensos e portadores de risco cardiovascular.
- **Resultados Esperados:** Lograr o acompanhamento integral de 90% dos hipertensos e pessoas com risco cardiovascular atendido, assim como garantir- lhes os medicamentos e exames previstos segundo os protocolos de trabalho.
- **Produtos:** Contratação e capacitação de pessoal que garanta a cobertura total dos serviços básicos de saúde, assim como de recursos materiais necessários e de consultas especializadas para promover uma atenção integral aos hipertensos.
- **Recursos Necessários:**
  - ✓ Organizacional - adequação dos fluxos de atendimento e melhora da referência e contra referência.

- ✓ Políticos - vontade política. Decisão e disponibilidade de recursos para estruturar os serviços de saúde com uma maior participação social.
- ✓ Cognitivo - elaboração de projetos e programas assim como sua adequação na situação atual de saúde.
- ✓ Financeiro - maior oferta de serviços de saúde e exames.

## **6.5- Identificação dos recursos críticos**

### **Operação/Projeto, Recursos críticos.**

1- Mais Educação. Linhas de trabalho. Acrescentar o conhecimento sobre hipertensão arterial e de cuidado para risco cardiovascular.

- ✓ Recursos críticos. Político: Espaço físico, apoio da secretaria de saúde municipal e da gerência de saúde local e adesão dos profissionais, com parceria do setor de educação.

2- Saber Mais. Ampliar o conhecimento individual e coletivo, melhorar, modificar e promover costumes, hábitos e estilos de vida saudáveis.

- ✓ Recursos Críticos: Financeiro: Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais.

3- Mais saúde. Promover e elevar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial e os riscos cardiovasculares associados.

- ✓ Recursos Críticos: Político: Articulação intersetorial.

Financeiro: Para aquisição de material educativo e recursos audiovisuais.

4- Cuidar Melhor. Melhorar a estrutura dos serviços básicos de saúde e sua relação com os níveis de atenção secundária.

- ✓ Recursos Críticos: Político: Articulação intersetorial, decisão de aumentar os recursos para melhorar a estrutura de serviços de saúde.

## **6.6- Elaboração do Plano Operativo**

Quadro 4: Elaboração do Plano Operativo de intervenção para população de hipertensos no município de Divinópolis, Minas Gerais.

Operação - Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
+ Educação. Linhas de trabalho. Acrescentar o conhecimento sobre a hipertensão arterial (HA)	Elevar 100% da capacidade de trabalho da equipe como gestor principal das ações de saúde na comunidade. Oferecer cobertura de 100% da população com HA	Programa de capacitação individual e coletiva de educação no trabalho. Desenvolvimento dos protocolos estabelecidos em linhas de cuidado para a HA	Apresentação de projeto e necessidade de aprendizagem	German e Lorena	Dois meses para o início das atividades e seis meses para sua finalização
Saber +. Ampliar o conhecimento individual e coletivo, melhorar, modificar e promover costumes, hábitos e estilos de vida.	Elevar em 90% de adesão ao tratamento de hipertensos cadastrados	Avaliação de informação da população risco. Uso da rádio local e campanha educativa coletiva e individual	Apresentação de projeto de ação específico	Lorena e Carminha	Três meses para o início das atividades
+ Saúde . Promover e elevar o nível de informação da população sobre HA	Acrescentar em 90% a incorporação dos hipertensos aos programas de exercícios físicos e regime alimentar saudável em um período de 1 ano	Programa de fomento da cultura alimentar e prática periódica de exercícios físicos, apoio da rádio local e grupos comunitários. Avaliar a informação do grupo	Apresentação de projeto de ação específico	German, Lorena e Fabiano	Três meses para o início das atividades
Viver Melhor. Melhorar a estrutura dos serviços básicos de saúde e sua relação com a atenção secundária	Lograr o acompanhamento de 100 % dos hipertensos assim como garantir medicamentos e exames previstos segundo os protocolos de trabalho	Capacitação de pessoal que garanta cobertura dos serviços básicos de saúde, assim como os recursos materiais para consultas especializadas	Apresentação de projeto de trabalho e plano de ação específico.	SEMUSA e Prefeitura Municipal	Dois meses para o início das atividades

Fonte: German Suarez 2016.

### 6.7- A análise da viabilidade do plano

Quadro 5: Viabilidade do plano

Operação -Projeto	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ Educação. Linha de trabalho. Acrescentar o conhecimento sobre hipertensão arterial	Espaço físico, apoio da Secretaria de Saúde municipal e da gerência de saúde local e adesão dos profissionais	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentação de Projeto
Saber +. Ampliar o conhecimento individual e coletivo, melhorar, modificar e promover costumes hábitos e estilos de vida saudáveis.	Financeiro: Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar demanda
+Saúde. Promover e elevar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial	Político: Articulação inquisitorial. Financeiro: Para aquisição de material educativo e médios	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico
Viver Melhor. Melhorar a estrutura dos serviços básicos de saúde e inter-relação com os níveis de atenção secundária	Político: Articulação intersetorial, decisão de aumentar os recursos para melhorar a estrutura dos serviços de saúde.	Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal	Indiferente	Apresentação de projeto de Trabalho e plano de ação específico

Fonte: German Suarez, 2016.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta proposta de intervenção apresenta medidas voltadas para a melhoria da assistência prestada aos hipertensos, e considera que o envolvimento e o compromisso dos diversos atores responsáveis por esta prática, diretamente envolvida no cumprimento de todas as metas, trará um atendimento eficaz e de qualidade para esta população.

Para obter melhores resultados na atuação diária e na busca do controle e da prevenção de agravos, no caso de doenças crônicas como a HAS, é necessário reformar o processo de trabalho em vigor, enfatizando o planejamento local, com base no conhecimento de território, fatores determinantes ou condicionantes, epidemiologia, sistema de informação e gestão regular das estratégias de promoção de saúde.

Com base na revisão da literatura e no plano de intervenção vale ressaltar a importância de estimular a modificação do estilo vida fator importante na redução da pressão arterial como: hábitos alimentares adequados, prática de exercícios físicos regularmente, redução do consumo de álcool, a ingestão de sódio e gordura e fazer um seguimento contínuo da prescrição medicamentosa.

No esforço para melhorar a qualidade da atenção primária de saúde, precisamos fazer um trabalho baseado no princípio da interdisciplinaridade contando com os conhecimentos científicos e experiências dos profissionais da Atenção Básica, também devemos procurar um processo de trabalho mais organizado baseado nos princípios da integralidade, eficiência, equidade, participação da comunidade e o atendimento humanizado.

## **8 REFERÊNCIAS**

AMER, N. M.; Marcon, S. S.; Santana, R. G. Índice de massa corporal e Hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq. Bras. Card.** São Paulo, v. 96, n. 1, jan. 2011.

ARAUJO, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores

associados e práticas de controle no Município de Campinas. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.2,p.285-94, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**, Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

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.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores socio-demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Cardiol**. v.91, p.31-35, 2008.

CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arq Bras Cardiol**. São Paulo, v. 94, n.4. abr. 2010.

CUNHA, T. C. B. **Adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na Unidade Homero Gil, em Betim - Minas Gerais**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. NESCON. Belo Horizonte, 2015

DIVINÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Divinópolis Estado de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde Plano Municipal de Saúde, 2014-2017, 2014.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Londrina, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

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.

LIMA, J. P. L. **Adesão ao tratamento de hipertensão: Proposta de intervenção no município Rio do Prado – MG**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. NESCON. Uberaba, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. 3. ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. 204p.

Disponível em:

[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia\\_de\\_hipertensao.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf).

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.

PEREIRA, M.; LUNET, N.; AZEVEDO, A.; BARROS, H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertension*.v.27,p. 963-75, 2009.

RICARDO, D. S. **Proposta de intervenção para diminuir o índice de hipertensão arterial no PSF Santos Dumont, Para de Minas, Minas Gerais**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. NESCON. Lagoa Santa, 2014.

SALOMÃO, et al. Fatores associados á hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção a saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.17, n.1, p.32-38. 2013.

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

VIANA, I. A. C. **Fatores de risco modificáveis para controle da hipertensão**

**arterial: Como orientar os usuários de um programa de saúde da família do norte de Minas Gerais.** Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. NESCON. Monte Carlos, 2014.

IV Diretriz para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial / II Diretriz para o uso da monitorização residencial da pressão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** v.85,supl. 2,p.5-18, 2005.