

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

**ISORA MARIA ALFONSO DE ANTA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DOS FATORES DE**  
**RISCOS MODIFICÁVEIS DOS PACIENTES HIPERTENSOS DO PSF**  
**MACAIA –BOM SUCESSO /MG**

**CAMPOS GERAIS/ MG**

**2015**

**ISORA MARIA ALFONSO DE ANTA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DOS FATORES DE  
RISCOS MODIFICÁVEIS DOS PACIENTES HIPERTENSOS DO PSF  
MACAIA – BOM SUCESSO /MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>Me. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato

CAMPOS GERAIS/ MG

2015

**ISORA MARIA ALFONSO DE ANTA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DOS FATORES DE  
RISCOS MODIFICÁVEIS DOS PACIENTES HIPERTENSOS DO PSF  
MACAIA –BOM SUCESSO /MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof.<sup>a</sup>Me. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup>Me. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Orientadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Local do parecer do examinador

Aprovado em Uberaba: 14/12/2015

CAMPOS GERAIS/ MG

2015

## RESUMO

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo causa da admissão de grande número de pacientes nos setores de urgências e emergências dos serviços hospitalares. De acordo com os dados disponíveis em fontes como: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Sistema de Informação da Atenção Básica e secretaria municipal de saúde a equipe de saúde da unidade Macaia do município de Bom Sucesso elegeu a hipertensão como o problema mais relevante, devido ao grande número de pacientes acometidos e a dificuldade de seu controle adequado. Sendo assim, se propôs um plano de ação para diminuir os fatores de risco modificáveis e assim, evitar as complicações nestes usuários. Para tanto, foram elaborados planos de ação, com a participação de uma equipe multidisciplinar, promovendo palestras, grupos de discussão, distribuição de panfletos, apoio nutricional, estimulando a prática de atividade física e mudanças no estilo de vida. Como resultados do mesmo, pretende-se melhorar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento e um melhor controle pressórico, diminuindo a morbimortalidade e promovendo uma melhora da qualidade de vida destes pacientes.

Palavras chaves: Hipertensão Arterial, Programa de Saúde da Família, Atenção Básica.

## **ABSTRACT**

The arterial hypertension is a major risk factor for cardiovascular disease it is the cause of the admission of a large number of patients in the areas of accident and emergency hospital services. According to the available data sources such as IBGE After analysis of the available data sources such as IBGE, SIAB and Municipal Health Secretariat. Equipment Macaia health care unit of Bom Sucesso up the biggest problems facing the Hypertension and chose as the biggest problem, because of the large number of patients presented and the difficulty of adequate control, as such, an action plan aims to reduce modifiable risk factors and thus avoid complications in these users. Therefore, action plans were developed with the participation of a multidisciplinary team, promoting lectures, group discussions, distribution of advertisements, nutritional support, encouraging the practice of physical activity and changes in lifestyle. As a result of it, we intend to improve patient addiction treatment, and better control of its pressure, reducing morbidity and mortality and promoting improved quality of life for these patients.

Keywords: arterial hypertension, family health program, primary care

.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para indivíduos maiores de 18 anos.....	17
---	----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Árvore explicativa sobre a doença - Hipertensão Arterial Sistêmica.....	22
Quadro 1. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da ESF- Macaia- Bom Sucesso, MG, 2014.....	19
Quadro 2. Descritores dos pacientes hipertensos e fatores de risco associados.....	20
Quadro 3. Desenho das operações para os “Nós Críticos” .....	23
Quadro 3.1: Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema.....	25
Quadro 4. Propostas de ações para motivação dos atores.....	26
Quadro 5:O plano operativo para o problema analisado.....	27
Quadro:6 Acompanhamento do plano de ação.....	28

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. JUSFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>4. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.....</b>	<b>14</b>
<b>5. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>6. PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>19</b>
6.1. Primeiro passo: definição dos problemas.....	19
6.2. Segundo passo: priorização de problemas.....	19
6.3. Terceiro passo: Descrição do problema selecionado.....	20
6.4. Quarto passo: explicação do problema selecionado.....	21
6.5. Quinto passo: seleção dos “nós críticos”.....	23
6.6. Sexto passo: Desenho das operações.....	23
6.7. Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.....	25
6.8. Oitavo passo: Análise de Viabilidade do Plano e Elaboração do Plano Operativo.....	26
6.9. Nono passo: Elaboração do plano operativo.....	27
6.10. Decimo passo: Acompanhamento do plano de ações.....	28
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>31</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Bom Sucesso é um município localizado na região Sul de Minas Gerais e fica a 202 km da capital do estado. A população é de 17.858 habitantes de acordo com a estimativa para 2015 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), e ocupam uma área de 705,046 km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 24,46 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2015). O município tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,692. A população é majoritariamente urbana com 14.194 habitantes, sendo que, a população rural é de 3.049 habitantes. A renda média da população é de aproximadamente R\$0,499 por pessoa. São 88,5% de domicílios com abastecimentos de água tratada e 84,6% os domicílios com tratamento de esgoto (IBGE, 2010).

A população de Bom Sucesso está distribuída em ordem decrescente nos respectivos setores econômicos: agropecuário, prestação de serviços, comércio, indústria e transporte. Com a expansão das atividades desenvolvidas pela cooperativa rural de Bom Sucesso, houve um aumento na oferta de trabalho para a população. Os principais produtos agrícolas cultivados são: café, milho e feijão. A principal atividade pecuária é a criação de bovinos, sendo a pecuária leiteira a de maior relevância. A taxa de alfabetização das pessoas acima de 15 anos é de 11.898 e analfabetos 1.597 (IBGE, 2010).

No município de Bom Sucesso, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado há 12 anos com somente uma equipe. Atualmente, a cidade conta com sete equipes de atenção básica, com cobertura de 100% e seis equipes de saúde bucal. Bom Sucesso possui uma equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e um Sistema de Referência e Contra referência onde os serviços de saúde estão organizados de forma que possibilitem o acesso de todos ao Sistema Único de Saúde (SUS). O usuário, quando necessário, é referenciado para outra unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita e, quando finalizado o mesmo deve ser contra referenciado para a unidade de origem para a continuidade no atendimento. O município não possui redes de média e alta complexidade, o que resulta em uma demanda maior do que a oferta, havendo uma sobrecarga de serviço.

A comunidade conta com sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 100% de cobertura, uma rede Farmácia de Minas, três laboratórios, quatro clínicas, uma

equipe do NASF modalidade 1 (que são compostas por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior, vinculados a, no mínimo, oito equipes de saúde da família, e a, no máximo, vinte equipes de saúde da família) e um hospital. O atendimento de especialidades como pediatria, ginecologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, gastroenterologia são realizados na policlínica e no hospital.

O município conta com 42 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 14 técnicos em enfermagem, dez dentistas, sete médicos, sete enfermeiros, seis auxiliares de dentista. A carga horária é de 40 horas semanais, exceto para os profissionais cadastrados no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), Mais Médicos e profissionais concursados. Há ainda, quatro dentistas, dois enfermeiros, um farmacêutico e um fonoaudiólogo com carga horária de 20 horas semanais. As doenças de maior mortalidade são os problemas cardiovasculares, neoplasias e renais.

A UBS Macaia foi inaugurada em fevereiro de 2004 e funciona com atendimento integral, e são feitos atendimentos de alguns especialistas como ginecologista, pediatria, odontologia, nutricionista, fisioterapia, educador físico e psicologia. O acesso às outras especialidades ocorre no município, aos cuidados da Policlínica, CAPS, Centro de Fisioterapia ou Hospitais Santa Casa onde se realiza o pronto atendimento. O transporte é feito por ônibus, ambulância ou por conta própria dos pacientes. Quando o acesso deve ser fora do município, a secretaria de saúde disponibiliza o transporte.

O PSF tem como objetivo oferecer um atendimento básico mais humanizado e com maior resolubilidade. Para isso, conta com ações de saúde individuais e coletivas, visando à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção da saúde. É necessário que a equipe de saúde da família seja capaz de identificar os problemas mais frequentes e que exijam maior atenção na população adscrita, sendo de suma importância o diagnóstico situacional da área de abrangência.

Na área de atuação, no município de Bom Sucesso, os problemas mais comuns e importantes não diferem da maioria dos PSF's da região Sudeste. Depois de analisar os dados disponíveis em fontes como IBGE, SIAB e Secretária Municipal de Saúde, houve a oportunidade de discutir com os membros da equipe de saúde, os principais problemas enfrentados pela ESF e a população, onde foram escolhidos a diabetes mellitus e hipertensão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência, considerada um problema de saúde pública de âmbito mundial devido a seu risco e dificuldade de controle. É um dos principais fatores que contribuem às cardiopatias, acidentes vasculares encefálicos e infarto agudo do miocárdio que, em conjunto, representam as causas mais importantes de morte prematura e incapacidade. (BRAUNWALD *et al.*, 2008).

Fatores de risco modificáveis como estilos de vida inadequados, incluindo hábito de fumar, de beber álcool, má alimentação (com excesso de sal, gorduras, açúcares etc), sobrepeso e obesidade e sedentarismo contribuem para a hipertensão, somado a baixa adesão do tratamento e a predisposição genética contribuem para um inadequado controle pressórico e ao surgimento de complicações (BRITO, PANTAROTTO e COSTA, 2011).

Sendo assim, a HAS ganhou maior destaque na área do PSF Macaia, pelo número expressivo de pacientes e a dificuldade de controle inadequado. Apesar do grande esforço para otimizar o tratamento desses pacientes, esse ainda é um grande problema enfrentado por todos.

## **2. JUSTIFICATIVA:**

Os fatores para o desenvolvimento da hipertensão estão presentes na área de abrangência do PSF Macaia. A proposta de elaborar um projeto de intervenção para diminuir os fatores de riscos modificáveis, envolve orientações para às mudanças nos estilos de vida como priorizadas pelo Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou a criação de um plano de ação para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, como um melhor controle pressórico e prevenção das possíveis complicações.

### **3. OBJETIVOS:**

#### **Objetivo Geral**

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir os fatores de risco modificáveis dos pacientes hipertensos no PSF Macaia.

#### **Objetivos específicos:**

- 1- Informar sobre a doença aos usuários do SUS.
- 2- Identificar os fatores de risco aos pacientes hipertensos.
- 3- Diferenciar os fatores modificáveis dos não modificáveis.
- 4- Estimular hábitos de vida saudáveis entre os hipertensos.

#### 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

Originada da epidemiologia clínica, em meados de 1990, a Medicina Baseada em Evidências objetiva a organização das informações mais importantes acerca de um problema de saúde e a busca por intervenções mais eficientes, o que resulta em uma melhor resposta do paciente, diante de um problema enfrentado, de forma segura e com menor custo. Assim, os diferentes profissionais de saúde elegem uma conduta fundamentada em evidências científicas, apontadas na literatura, com o intuito de melhorar a assistência prestada ao paciente (BORK, 2005).

São quatro as fases de desenvolvimento da prática da medicina baseada em evidências: ver, questionar, julgar e agir. Onde o ver consiste na elaboração do quadro clínico de um paciente (anamnese, observação, exame físico e exames complementares); o questionar, a formulação de uma pergunta que expressa o problema; o julgar corresponde à análise de trabalhos publicados, a validade e a aplicabilidade destes diante do problema; o agir seria a resultante das demais fases (DRUMMOND *et al.*, 2004).

Para a elaboração do plano de ação, foi levado em conta o número de pacientes hipertensos existentes na área de abrangência do PSF – Macaia, no município de Bom Sucesso/MG. Além disso, foram realizadas entrevistas com usuários e profissionais que trabalham do local e observou-se a existência de hábitos de vida desfavoráveis entre os pacientes. Através de reuniões e palestras de capacitação, os integrantes da equipe de saúde serão treinados e instruídos a fim de conseguirem abordar, de forma mais segura e concisa, os pacientes hipertensos.

Após a capacitação dos profissionais, será montado um grupo operativo, composto pelos profissionais da saúde, usuários hipertensos e familiares próximos. Serão realizadas reuniões quinzenais nos três primeiros meses e posteriormente passarão a ser mensais. O grupo visa melhorar o entendimento dos pacientes quanto à hipertensão, promovendo discussões a respeito da doença, relatos de vivências e informações através de palestras, vídeos, cartazes, além de estimular a prática de atividade física através de um profissional de educação física e uma nutricionista a qual dará informações sobre a alimentação adequada e saudável para esses pacientes. Para a elaboração desse projeto de intervenção, foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme o texto da seção 1 do módulo de iniciação científica, e seção 2 do módulo de Planejamento. Para

subsidiar a abordagem teórica, foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema, com os seguintes descritores: hipertensão arterial, fatores de risco, Programa Saúde da Família.

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

A pressão arterial (PA) é a força que o sangue exerce sobre as paredes internas das artérias ao ser bombeado do coração para todo o corpo, sendo dividida em pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD). A PAS é a pressão máxima exercida durante a contração dos ventrículos e a PAD é a pressão arterial mínima registrada durante o relaxamento do músculo cardíaco (BRASIL a, 2010; SOUZA, 2012). A PA é um circuito fisiológico controlado por diversos sistemas responsáveis por sua homeostase (equilíbrio fisiológico), sendo os principais: mecanismos neurais, mecanismos de trocas líquidas, mecanismo de excreção renal e mecanismos hormonais (BRASIL a, 2010; RIELLA, 2003; BARROS *et al.*, 2007).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (BRASIL a, 2010)

Existem dois tipos de HAS, a primária e a secundária, sendo que a maioria dos casos de hipertensão arterial tem predisposição genética (história familiar de hipertensão) e fatores ambientais. Sabe-se que na ausência dessas anormalidades, costuma-se rotular a HAS como primária ou essencial, onde a causa é desconhecida (FERREIRA FILHO, 2011). Na hipertensão arterial secundária é possível detectar uma elevação crônica da PA, por exemplo, uma nefropatia parenquimatosa ou um tumor adrenal, casos esses que são reconhecidos como hipertensão arterial, ou seja, só determina a HAS secundária se ocorrer a retenção de sódio pelos rins o suficiente para causar e manter uma elevação da P.A (GUYTON, 2008).

A elevação da P.A depende do aumento da volemia na fase inicial e, também por consequência do débito cardíaco, fatores que podem ser alterados na presença do sódio (sal), considerado um importante fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial, estando também relacionado ao aumento do risco para o desenvolvimento da hipertrofia ventricular esquerda, proteinúria e queda noturna de pressão. A sensibilidade ao sal está associada à mortalidade tanto em normotensos quanto em hipertensos (BRASIL a, 2010). Outros fatores que se associam com retenção salina são: obesidade, dieta inadequada, distúrbios do sono, uso abusivo de bebidas alcoólicas e cigarros, sedentarismo, idade, diabetes mellitus tipo 2,



gêneros e etnia, além dos fatores socioeconômicos. Outra curiosidade é referente ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados, estes em alguns casos estão associados à elevação da P.A (BARROS *et al.* 2007).

Deve-se dar atenção especial às síndromes clínicas de descompensação funcional, como insuficiência cardíaca, angina de peito, infarto agudo do miocárdio, episódio isquêmico transitório ou acidente vascular encefálico, sendo estas condições clínicas também muito consideradas para uma decisão terapêutica (LESSA, 2001).

Como a hipertensão é uma doença geralmente assintomática, o seu diagnóstico e o tratamento muitas vezes são negligenciados, o que faz com que sua adesão ao tratamento prescrito seja baixa por parte dos pacientes, sendo uma das principais dificuldades no controle da hipertensão devido à recusa por parte dos pacientes que não aceitam a condição da doença crônica não ter cura (BRASIL b, 2006).

O diagnóstico deve ser validado por medidas repetidas de pressão arterial, em pelo menos três ocasiões e em condições ideais. A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica  $\geq 140$ mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$ mmHg, mostrado na tabela 1.

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

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estagio 1	140-159	90-99
Hipertensão estagio 2	160-169	100-109
Hipertensão estagio 3	$\geq 180$	$\geq 110$

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

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

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

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

Para o Ministério da Saúde, um dos desafios para as equipes da atenção primária é iniciar o tratamento dos casos identificados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL *c*, 2013). Outro aspecto que merece atenção e que foi analisado por JARDIM e VEIGA é a participação do usuário da saúde na preparação do plano de ação, com o incentivo ao abandono do consumo de tabaco e de álcool, entre aqueles também com excesso de peso, aconselhando a implementação de atividade física, a redução de sal, aumento do consumo de frutas e legumes, além da diminuição do consumo de alimentos gordurosos, entre outros, para estimular o autocuidado e promovendo uma melhoria da qualidade de vida da população (JARDIM e VEIGA, 2007).

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

## 6. Plano de Ação:

### 6.1. Primeiro passo: definição dos problemas

Entre os principais problemas enfrentados pela ESF e a população foram citados os seguintes: difícil acesso a área rural, dificuldades das urgências fora de horário de atendimento, poucos recursos materiais para as mesmas no posto, difícil acesso as medicações da farmácia, demora para os atendimentos das especialidades e exames laboratoriais e de maior complexidade, grande demanda de atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos, alto índice de fatores de risco, queixas ortopédicas (lombalgias, artralguas, etc), e uso indiscriminado de Inibidor da bomba de prótons (IBP) e de benzodiazepínicos.

Além disso, a equipe não poderia alcançar sozinha, portanto priorizou-se aqueles que eram mais prevalentes, de mais fácil resolução e que também traziam uma maior repercussão para a saúde por suas complicações. Sendo consenso geral da equipe, a grande demanda é o atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos. Os hipertensos foram os que ganharam maior destaque devido ao grande número e a dificuldade de controle adequado, sobretudo quando estão associados a fatores de risco. Apesar do grande esforço para otimização do tratamento desses pacientes, através de consultas, grupos operativos, informações e instruções durante as consultas, esse ainda é um grande problema enfrentado por todos e muito frequente também nos outros PSF's do município.

### 6.2 Segundo passo: priorização de problemas

Quadro 1. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da ESF- Macaia- Bom Sucesso, MG, 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Grande demanda de atendimento aos hipertensos	Alta	6	Parcial	1
Grande demanda de atendimento	Alta	6	Parcial	2

aos Diabéticos				
Uso indiscriminado de IBP*	Alta	4	Parcial	3
Uso indiscriminado de benzodiazepínico	Alta	5	Parcial	3
Queixas ortopédicas (lombalgia, artralguas, etc.)	Alta	3	Parcial	4

\*Inibidor da bomba de prótons- Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol, etc.

Fonte: Equipe de Saúde da Família – UBS – Macaia – Bom Sucesso/MG

### 6.3 Terceiro passo: Descrição do problema selecionado

A hipertensão é sem sombra de dúvidas, o maior problema enfrentado pela ESF e seus usuários, levando a uma demanda significativa de consultas de pacientes hipertensos em nossa área. Muitos apresentam dificuldades na adesão ao tratamento e a outros fatores de riscos modificáveis que proporcionam sua descompensação, aumentando o risco de problemas cardiovasculares, que são os maiores causadores de internação, invalidez e mortalidade no município. O quadro abaixo ilustra, em números, a quantidade de pacientes hipertensos cadastrados e confirmados e alguns fatores de risco encontrados nessa população.

Quadro 2. Descritores dos pacientes hipertensos e fatores de risco associados.

Descritores	Valores	Fontes
Total de habitantes	1048	IBGE
Hipertensos Cadastrados	298	SIAB
Hipertensos Confirmados	108	Dados da Equipe
Hipertensos Acompanhados	84	Dados da Equipe
Hipertensos Controlados	72	Dados da Equipe
Hipertensos Diabéticos	36	Dados da Equipe
Hipertensos Obesos	28	Dados da Equipe
Hipertensos Tabagistas	39	Dados da Equipe
Hipertensos Sedentários	42	Dados da Equipe

Hipertensos dislipidêmicos	54	Dados da Equipe
----------------------------	----	-----------------

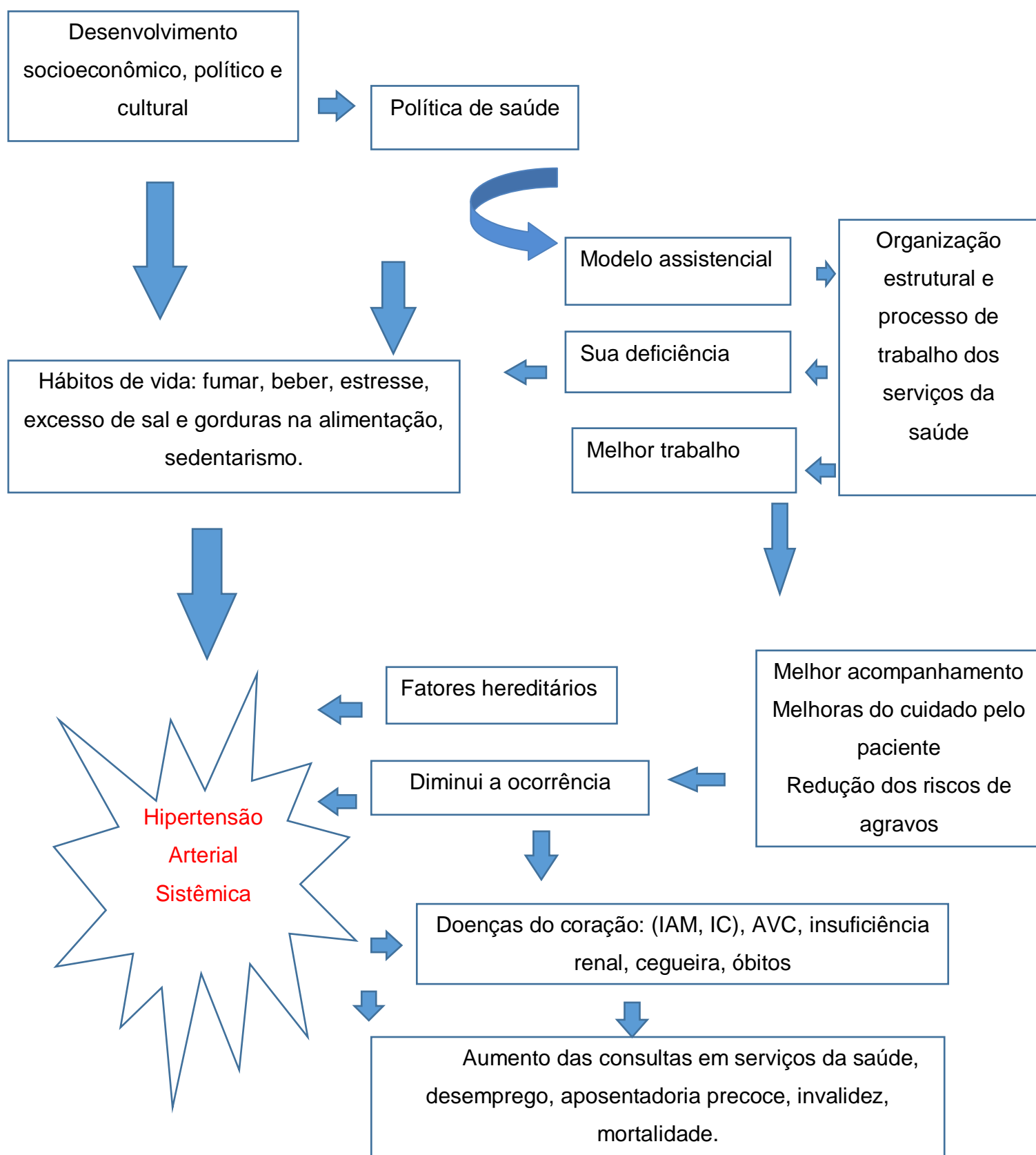
Fonte: autoria própria, 2015.

Com o levantamento dos dados acima, foi possível identificar os problemas mais comuns encontrados nessa população específica, facilitando a elaboração de um plano de ação e direcionamento das estratégias de intervenção.

#### **6.4. Quarto passo: explicação do problema selecionado**

Os pacientes hipertensos são a prova de que os fatores socioculturais, econômicos, ambientais e políticos estão diretamente ligados ao desfecho da doença. Esses fatores, por sua vez estão interligados aos hábitos de vida, nível de informação e pressão social, que podem levar ao sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dentre outras causas que prejudicam o tratamento, controle e promoção da saúde destas pessoas. Para conseguir diminuir os fatores de riscos desses usuários, são necessárias medidas que facilitem o bom entendimento desses pacientes sobre a doença, bem como uma boa organização estrutural do processo de trabalho dos serviços da saúde, para assim obter melhores resultados e diminuir as complicações desse processo patológico, a demanda das consultas em serviços da saúde, a taxa de desemprego, a aposentadoria precoce, a invalidez e a mortalidade por essa causa. O bom entendimento da HAS e de suas complicações é fundamental para a adesão ao tratamento por parte dos pacientes. Na vivência cotidiana, pode-se observar o abandono do tratamento devido ao controle do valor pressórico, onde por falta de informação, os pacientes entendem que estão curados da doença.

Figura 1. Árvore explicativa sobre a doença - Hipertensão Arterial Sistêmica



### 6.5. Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” do problema priorizado pela equipe traduzem-se nas dificuldades encontradas acerca das informações da doença, hábitos de vida, tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, entre outros. A falta de informação e de hábitos de vida saudável vai potencializar a vulnerabilidade dos usuários do SUS em relação às doenças, aumentando assim os fatores de riscos, propiciando o aparecimento da hipertensão e suas complicações.

### 6.6. Sexto passo: Desenho das operações:

Quadro 3. Desenho das operações para os “Nós Críticos”

Nós Críticos	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produto	Recursos Necessários
Falta de informações	Conhecer para viver bem Aumentar a informação do usuário do SUS sobre a hipertensão e seus riscos.	Uma população mais informada, e consciente da doença.	Capacitação dos ACS Criação de mais grupo de hipertensos Realização de campanhas educativas na rádio e folhetos explicativos	Econômicas: para a aquisição dos folhetos educativos. Organizacional: para a confecção da agenda Política: para o espaço na radio Cognitiva: saber do tema e de práticas pedagógicas
Existência de tabagismo nos hipertensos	Bem Estar Aumentar as informações sobre tabagismo	Redução dos tabagistas	Orientação e informação nos grupos de hipertensos Campanhas educativas na	Econômicas: para a aquisição do material, folhetos, recursos audiovisuais. Organizacional

			rádio e por folhetos explicativos.	:para as atividades em grupos Políticas: para o espaço na radio Cognitiva :sobre o tema, para folhetos e divulgação.
Pouca pratica de atividade física	Ativa Viva Realizar exercícios pelos usuários de SUS	Redução da obesidade e sedentarismo nesses pacientes	Realizações da atividade física na quadra da igreja e escola Realizações de caminhadas Campanha educativa na rádio local e folhetos explicativos Acompanhamento com educador físico	Econômicas: para a aquisição do material, folhetos, recursos audiovisuais e uniformes. Organizacional: para as atividades em grupos e caminhadas Políticas: mobilização intersectorial e espaço na rádio. Cognitiva :sobre o tema, para folhetos e divulgação.
Alimentação não saudável	Comer bem Adição de hábitos alimentares mais saudável	Redução de sal e gorduras na alimentação	Realização de atividades em grupos Campanhas educativas na rádio e folhetos explicativos Acompanhamento	Econômicas: Para a aquisição de materiais, recursos áudio visuais e folhetos. Organizacional: para as atividades em



			com nutricionista	grupo e local para consulta Políticas: para o espaço na rádio. Cognitivas: sobre o tema, folhetos e divulgação.
--	--	--	-------------------	---

Fonte: autoria própria, 2015.

### 6.7. Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.

Quadro 3.1: Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos” nós críticos “do problema.

Projeto/operação	Recursos necessários
Conhecer para Viver Bem	Econômicos: recursos necessários para a aquisição de folhetos Políticos: para a mobilização social e intersocial, espaço na rádio
Bem Estar	Econômico: para aquisição de os folhetos explicativos, materiais e recursos audiovisuais. Políticos: para a mobilização social e intersocial, espaço na rádio
Ativa Vida	Econômicos: para a aquisição de folhetos explicativos, materiais, recursos audiovisuais e uniformes para as caminhadas e atividade física Políticos: mobilização intersectorial e espaço na rádio
Comer Bem	Econômicos: para aquisição de folhetos explicativos, recursos audiovisuais e materiais Políticos: mobilização intersectorial e espaço na rádio.

Fonte: autoria própria, 2015.

## 6.8. Oitavo passo: Análise de Viabilidade do Plano e Elaboração do Plano

### Operativo:

Quadro 4. Propostas de Ações para motivação dos atores

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Atividade que controla	Motivação	
Conhecer para viver bem Aumentar a informação do usuário do SUS sobre a hipertensão e seus riscos.	Econômicas: para a aquisição dos folhetos educativos. Política: para o espaço na rádio	Secretaria de saúde Perfeita Coordenadora da educação em saúde	Favorável Favorável Favorável	Não é necessária
Bem Estar Aumentar as informações sobre tabagismo	Econômicas: para a aquisição do material, folhetos, recursos audiovisuais Políticas: para mobilização intersectorial o espaço na rádio	Secretaria de saúde Perfeita Coordenadora da educação em saúde	Favorável Favorável Favorável	Não é necessária
Ativa Viva Realizar exercícios para usuários de SUS	Econômicas: para a aquisição do material, folhetos, recursos audiovisuais e uniformes. Políticas: mobilização intersectorial e espaço na rádio.	Secretaria de saúde Perfeita Coordenadora da educação em saúde	Favorável Favorável Favorável	Não é necessária

Comer bem Adição de hábitos alimentares mais saudáveis	Econômicas: Para a aquisição de materiais, recursos áudio visuais e folhetos. Políticas: para o espaço na rádio.	Secretaria de saúde Perfeita Coordenadora da educação em saúde	Favorável Favorável Favorável	Não é necessária
---	--	--	-------------------------------------	------------------

Fonte: autoria própria, 2015.

### 6.9. Nono passo: Elaboração do plano operativo.

Quadro 5: O plano operativo para o problema analisado

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Conhecer para viver bem  Aumentar a informação do usuário do SUS sobre a hipertensão e seus riscos.	Uma população mais informada, e consciente da doença.	Capacitação dos ACS  Criação de mais grupo de hipertensos  Realização de campanhas educativas na rádio e folhetos explicativos	Não é necessária	Aline (enfermeira)  Isora (medica)	3-6 meses
Bem Estar  Aumentar as informações sobre tabagismo	Redução dos tabagistas	Orientação e informação nos grupos de hipertensos  Campanhas educativas na rádio e por folhetos explicativos	Não é necessária	Isora (medica)  Jozielma (psicóloga)	6-12 meses
Ativa Viva  Realizar exercícios pelos usuários de SUS	Redução da obesidade e sedentarismo nesses pacientes	Realizações da atividade física na quadra da igreja e escola  Realizações de caminhadas	Não é necessária	Aline (enfermeira)  Leandro (Educador físico)	6-12 meses

		Campanha educativa na rádio local e folhetos explicativos			
		Acompanhamento com educador físico			
Comer bem Adição de hábitos alimentares mais saudáveis	Redução de sal e gorduras na alimentação	Realização de atividades em grupos Campanhas educativas na rádio e folhetos explicativos Acompanhamento com nutricionista	Não é necessária	Isora (medica) Bruna (nutricionista)	6-12 meses

Fonte: autoria própria, 2015.

### 6.10. Decimo passo: Acompanhamento do plano de ações.

Quadro:6 Acompanhamento do plano de ação.

Operação/ Projeto	Produto	Responsável	Prazo inicial	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Conhecer para viver bem Aumentar a informação do usuário do SUS sobre a hipertensão e seus riscos.	Capacitação dos ACS Criação de mais grupo de hipertensos Realização de campanhas educativas na rádio e folhetos explicativos	Aline (enfermeira) Isora (medica)	De 3-6 meses	Em andamento	Atraso na impressão dos folhetos e falta de tempo pelos profissionais pra divulgação da informação em todos os grupos.	3 meses
Bem Estar Aumentar as informações	Orientação e informação nos grupos de	Isora (medica) Jozielma	De 6-12 meses	Em andamento	Atraso na impressão dos folhetos	3 meses

sobre tabagismo	hipertensos  Campanhas educativas na rádio e por folhetos explicativos	(psicóloga)			e falta de tempo pelos profissionais pra a divulgação da informação em todos os grupos	
Ativa Viva Realizar exercícios pelos usuários de SUS	Realizações da atividade física na quadra da igreja e escola  Realizações de caminhadas  Campanha educativa na rádio local e folhetos explicativos  Acompanhamento com educador físico	Aline (enfermeira) Leandro (educador físico)	De 6-12 meses	Implantado		
Comer bem Adição de hábitos alimentares mais saudável	Realização de atividades em grupos Campanhas educativas na rádio e folhetos explicativos Acompanhamento com nutricionista	Isora (medica) Bruna (nutricionista)	De 6-12 meses	Em andamento	Atraso na impressão dos folhetos e falta de tempo pelos profissionais pra a divulgação da informação em todos os grupos.	3 meses

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Concluiu-se que a partir da elaboração deste trabalho e a implantação do plano de ação para reduzir os fatores de risco modificáveis nos pacientes portadores de hipertensão arterial na área abrangência do PSF Macaia, foram traçadas ações que deverão ser executadas pela equipe multiprofissional e pelos grupos de apoio, visando atingir o objetivo dentro dos prazos estabelecidos, pois esta doença é um importante problema de saúde pública devido a sua alta prevalência e associação com as doenças cardiovasculares.

Todo plano deve ser avaliado e implementado periodicamente e acordo as necessidades e é de muita relevância para a busca de soluções aos problemas enfrentados pela equipe, sendo muitas delas de fácil resolução, mais fica difícil enxergar as alternativas para solucionar-los sem a elaboração de um plano de ação que direcione as ações a serem executadas.

É esperado que ocorra uma melhora na abordagem aos portadores de hipertensão, conscientização quanto a prática de atividades físicas, alimentação balanceada, eliminação de tabagismo e ao uso contínuo das medicações, mantendo os níveis pressóricos dentro dos limites da normalidade, melhorando assim a qualidade de vida deste pacientes. O projeto pode contribuir de forma positiva para promoção de mudanças de comportamento nestes clientes, além de reduzir a incidência de outras doenças não transmissíveis e sua mortalidade e também ser aplicado em outros setores da atenção básica.

**REFERÊNCIAS:**

BARROS. E; MANFRO. R.C; THOMÉ. F.S; GANÇALVES. L.F. Nefrologia rotinas, diagnóstico e tratamentos, 3 ed., Porto Alegre, Artmed, p.242 - 265, 2007.

BORK, A.M.T. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRASIL b. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde ;2006.

BRASIL c. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL a. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRAUNWALD, E; KASPER, D.L; LARRY JAMESON, J; FAUCI, A.S. Harrison Medicina Interna, Rio de Janeiro:17 a edição, vol.2, 2008.p.1552-1562. [LINKS].

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

BRONDANI, S, et al. Hipertensão Arterial: Abordagem Interdisciplinar na Atenção Básica. Uma Revisão Bibliográfica. São Paulo, 2014.6p.Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/forúmfisios>. Acesso em:13 de junho 2014.

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 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M; SOUZA, M. S. de L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140p.

CORRÊA, J.D. et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. São Paulo, v.31, n.2, p.91-101, 2006. Enciclopédia dos Municípios Brasileiros –Volume XXXIV Ano 1958, acessado 09/03/2015.

DRUMMOND, J.P.; Silva, E.; COUTINHO, M. Medicina baseada em evidências: Novo paradigma assistencial e pedagógico.2.ed. São Paulo; Atheneu, n.2, 2004. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Revista Brasileira de Hipertensão. v. 17, n.1, 2010. p. 64.

FERREIRA FILHO, C. Hipertensão arterial sistêmica. Revista Brasileira de Medicina. v. 68, n. 7/8, p. 215-224, jul./ago., 2011.

GUYTON, ARTHUR, C. Fisiologia Humana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Prefeitura de Bom Sucesso. Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=310800&search=%7Cbom-sucesso>. Acessado em: 09/03/2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>. Acessado em 09/03/2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 11/03/2015.



INCA – Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde: Ministério da Saúde. 2003.

JARDIM, P.C; B.VEIGA. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma Capital Brasileira. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia. vol.88, No.4,452-457.2007. [Links].

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil, Salvador, Rev. Bras. Hipertensão. v. 8, n.4, p. 383-392, 2001.

RIELLA, M.C. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos, 4 ed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, S.A. 2003.

Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB. Disponível em:  
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acessado em 08/03/2015.

SOUZA, W.S.B. Posicionamento Brasileiro Sobre Hipertensão Arterial Resistente, Goiânia, GO, Arq. Bras. Cardiologia, v.99, n.1, p.576-585, 2012.