

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZACAO EM ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA**

**MARTHA ENRIQUETA VERDECIA CASANOVA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PEDRA LANHADA  
DE NOVO ORIENTE DE MINAS-MG**

**GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS  
2016**

**MARTHA ENRIQUETA VERDECIA CASANOVA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ÍNDICE DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
PEDRA LANHADA DE NOVO ORIENTE DE MINAS-MG**

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

Orientadora: Profa. Aglaya Barros Coelho

**GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS  
2016**

**MARTHA ENRIQUETA VERDECIA CASANOVA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ÍNDICE DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
PEDRA LANHADA DE NOVO ORIENTE DE MINAS-MG**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa. Aglaya Barros Coelho - orientadora

Examinador 2: Profa. –Dra. Márcia Christina Caetano Romano – Examinadora-UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em 22 de Dezembro de 2016

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho de Conclusão de curso aos meus pais, filhos e esposo por sua compreensão e por permitir que eu viesse para o Brasil e colaborar na missão Mais Médicos para o Brasil.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço as professoras Bruna Barradas Cordeiro - UFMG, a orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso Aglaya Barros Coelho por sua dedicação e orientação e Professora Dra. Márcia Christina Caetano Romano – Examinadora-UFSJ.

## EPÍGRAFE

“Se um dia tiver que escolher entre o mundo e o amor lembre-se: se escolher o mundo ficará sem o amor, mas se escolher o amor com ele você conquistará o mundo.”

Albert Einstein

## RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais do sangue em circulação e constitui-se como uma das principais doenças que acomete a população brasileira. Para a efetivação deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos sites do ministério da saúde, análises dos arquivos do PSF Pedra Lanhada, bem como se elaborou um plano de ações a serem cumpridas com toda a equipe de saúde da unidade e ações com a comunidade envolvida. Elaborar um Projeto de Intervenção para o PSF Pedra Lanhada, Município Novo Oriente de Minas - MG, para reduzir a alta incidência de pacientes com HAS em nossa área de abrangência. A partir da análise da importância, da urgência e da capacidade de enfrentamento de problemas, a equipe elegeu o alto índice de pacientes hipertensos como problema prioritário, sendo os maus hábitos alimentares, o estresse, a falta de adesão ao tratamento medicamentoso, a obesidade e o sedentarismo as principais causas do agravo desta doença na população estudada. O presente trabalho teve como resultado a efetivação e criação de propostas e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com vistas à redução da incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência do PSF Pedra Lanhada, no município Novo Oriente de Minas; bem como promoveu a formação de grupos operativos de pessoas com fatores de risco para Hipertensão Arterial e elaborou propostas de intervenção que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Palavras Chave: Hipertensão. Hábitos Alimentares. Estresse Psicológico. Obesidade. Estilo de Vida Sedentário.

## **ABSTRACT**

Hypertension is a disease characterized by elevated blood levels of circulating blood and is one of the main diseases that affect the Brazilian population. For the accomplishment of this work, a bibliographic research was carried out on the websites of the Ministry of Health, analyzes of the PSF Pedra Lanhada files, as well as a plan of actions to be carried out with all the health team of the unit and actions with the community involved . To elaborate an Intervention Project for Pedra Lanhada PSF, New Oriente Municipality of Minas Gerais, to reduce the high incidence of SAH patients in our area of coverage. From the analysis of importance, urgency and problem coping, the team chose the high index of hypertensive patients as a priority problem, with poor dietary habits, stress, lack of adherence to medication treatment, obesity and The main causes of this disease in the study population. The present work resulted in the implementation and creation of proposals and actions for health promotion and disease prevention, with a view to reducing the incidence of Systemic Arterial Hypertension in the area covered by PSF Pedra Lanhada, in the municipality of Novo Oriente de Minas; As well as promoted the formation of operative groups of people with risk factors for Arterial Hypertension and elaborated intervention proposals that contributed to the improvement of the pathway quality of these patients.

Keywords: Hypertension. Eating Habits. Psychological stress. Obesity. Sedentary Lifestyle.



## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1Território / área de abrangência .....	<b>12</b>
1.2 Unidade básica de saúde .....	<b>13</b>
1.3 Recursos humanos.....	<b>13</b>
1.4 Recursos materiais.....	<b>13</b>
<b>2.JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>13</b>
<b>3.OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
3.1 Objetivo Geral.....	<b>15</b>
3.2 Objetivos Específicos.....	<b>15</b>
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>15</b>
<b>5. REVISAO BIBLIOGRAFICA</b> .....	<b>16</b>
<b>6. PROJETO DE INTERVENÇÃO/ PLANO DE AÇÃO</b> .....	<b>22</b>
6.1 Definição dos problemas.....	<b>22</b>
6.2 Descrição do problema selecionado.....	<b>23</b>
6.3 Explicação do problema.....	<b>24</b>
6.4 Identificação dos Nós Críticos.....	<b>25</b>
6.5 Elaboração do plano operativo.....	<b>26</b>
<b>7..CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>29</b>

## INTRODUÇÃO

Os serviços de Saúde, em sua organização, têm a finalidade de garantir acesso e qualidade de assistência às pessoas. A Atenção Básica (AB), em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema de Saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em Saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde da população.

Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é a Atenção em Saúde para as doenças crônicas. Estas condições são multifatoriais, assim como coexistem com os determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de Saúde e realizando um esforço para que se organize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta rede visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção e do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, de tratamento e recuperação.

O município de Novo Oriente de Minas localiza-se no nordeste de Minas Gerais, no Vale do Mucuri, ocupando uma área de 755.151 km<sup>2</sup>, com uma população estimada de 10.339 habitantes limitando-se com os municípios de Teófilo Otoni, Caraí, Pavão, Catuji, Crisólita, Águas Formosas, Padre Paraíso, Pontos dos Volantes, e Joaima. Sua topografia é montanhosa, sendo que a sede do município esta em baixa altitude em relação à capital mineira. Está distante 496 km de Belo Horizonte, tendo acesso pela rodovia BR-116, MG-409, agora asfaltada (IBGE 2014).

A população de Novo Oriente de Minas está concentrada principalmente na zona urbana, cerca de 44.8% da população, e 56,2% habitam a zona rural, contrario ao que ocorre em outros municípios. Portanto, em Oriente de Minas a população está concentrada na zona rural. Quanto aos domicílios, do total destes, 3.790 são particulares e somente 3.735 estão ocupados. Conta, ainda, com um total de 3.790 famílias, destas 1.470 estão na área urbana e 2.320 na área rural. (IBGE, 2014).

Novo Oriente de Minas está a uma altitude de 263 metros. Coordenada Geográfica decimal: Latitude 17, 4145; Longitude 41,217. Coordenada Geográfica Sexagesimais: Latitude 17, 24,52''; Longitude 41, 13,1''. Seu índice de desenvolvimento humano é de 0,555, classificado como baixo em relação ao estado. A taxa de urbanização no município de Novo Oriente de Minas é de 62.5%, a maioria do contingente está situado na zona urbana. A renda familiar media é baixa, já que aproximadamente 37 % dos moradores são trabalhadores públicos e o salário mínimo de um trabalhador é de R\$ 928,00 reais por mês. O resto da população são trabalhadores pecuários e agrícolas na sua maioria (IBGE, 2014).

O serviço de coleta, tratamento e distribuição de água no município é exercido pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais. O abastecimento de água é feito pela rede publica, cerca de 67.9%, na zona urbana e na zona rural é por nascente ou poço que corresponde a 31.4% e por outros meios 0,7%. O sistema de esgoto sanitário em todo o município está sobre responsabilidade somente da Prefeitura Municipal (IBGE 2014).

O Município de Novo Oriente de Minas conta com um sistema de coleta de resíduos líquidos que atende a cerca de 74.7% da população urbana, o resto uns 25.0% é despejado nos rios e em fossas, o que correspondem a área rural do município (IBGE 2014).

O financiamento para o Sistema Único de Saúde é de responsabilidade das três esferas de governo – União, Estados e Municípios. Seus recursos têm origem em recursos próprios do Tesouro Municipal e recursos advindos do SUS, tanto através da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais quanto do Ministério da Saúde, através de transferências fundo a fundo (COSTA, 2012). O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.

Em Novo Oriente de Minas o Programa Saúde da Família foi iniciado no ano de 1994, e desde então, vem sendo implantado, pela Secretaria Municipal de Saúde, de forma que a integração dos serviços de saúde do município seja alcançada. A Unidade de Saúde é a porta de entrada preferencial do sistema, sendo responsável pela saúde da população a ela adstrita. A Atenção Primária à Saúde (APS), integrada aos demais pontos de atenção, as redes de promoção e prevenção articulada com os diversos atores sociais, desempenha papel fundamental para a

população de todo o município, hoje em dia não existe escassez de recursos humanos, o que favorece o cumprimento de metas e melhoria no atendimento aos pacientes.

O Programa Saúde da Família (PSF) conta com cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 100% de cobertura da população, uma Rede Farmácia de Minas, uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma Clínica de Reabilitação, um Laboratório, um Asilo - Lar do Idoso. O atendimento de especialidades como Pediatria, Ginecologia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cardiologia, são realizados no município de Teófilo Otoni porque o município não tem hospital.

Os Recursos Humanos em Saúde nos diferentes níveis de atenção a saúde, no município, funcionam de segunda a sexta de 7.00 horas até às 14.00 horas, no caso do PSF e tem uma UBS com plantão de 24 horas, com ambulância para traslado dos casos de urgência para o Hospital de Teófilo Otoni.

### **Território / área de abrangência**

O PSF Pedra Lanhada fica situado na comunidade de Pedra Lanhada, tendo como ponto de referência a Escola Municipal Faísca II, Novo Oriente de Minas, Minas Gerais. Trata-se de um PSF com boa estrutura, todos os locais têm iluminação adequada para trabalhar e as condições necessárias para realizar um bom atendimento. A UBS tem cadastrado 1084 pessoas e 341 famílias. Sendo que 59.2 % da população são de mulheres com uma densidade familiar de 2 a 5 pessoas por família. A faixa etária predominante é de 40 anos e mais, com um nível de analfabetismo de 18 %. A população, em sua totalidade, está assentada na zona rural. (SIAB, 2016).

Os principais postos de trabalho na comunidade são: trabalho pecuário, agricultura, tirador de leite, pedreiro e outros. A população conta com saneamento básico, escolas, Igrejas e luz elétrica.

As principais causas de óbito no município são doenças do aparelho circulatório tanto em homens como em mulheres, seguidas pelas doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, assim como as neoplasias e as doenças infecciosas. No nosso PSF esta realidade se repete (SIAB, 2016).

## **Unidade básica de saúde**

Foi inaugurada em 2014. Seu horário de funcionamento vai de 07.00 horas às 14.00 horas, de segunda a sexta.

## **Recursos humanos**

No posto de saúde trabalham um total de sete pessoas distribuídas da seguinte forma: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, três agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de serviços gerais. Todos os profissionais trabalham com uma carga horária de 40 horas semanais.

## **Recursos materiais**

A UBS Pedra Lanhada possui uma recepção espaçosa com quantidade de cadeira insuficientes para a demanda de pacientes. Contém um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala para procedimentos, uma farmácia pequena, uma sala de triagem dos pacientes, uma sala para os agentes comunitários, um banheiro de uso para funcionários e outro para os pacientes.

## JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio além da doença renal crônica terminal. No Brasil, a hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 45% dos homens adultos e 35,5% das mulheres. Por ser a maior parte de seu curso assintomática, sua diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (ARAÚJO, 2016).

Como principal medida de controle a modificações de estilo de vida é de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo, e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em nossa área de abrangência constitui o principal problema de saúde priorizado, não só pela quantidade de hipertensos que temos, como pelo fato de que muitos não se encontram controlados e têm outras doenças associadas. Os fatores de risco e complicações afetam cerca de 293 pessoas, com uma prevalência de 27% do grupo de hipertensos, estes encontram-se na faixa etária de maiores de 25 anos (SANTOS *et al*, 2009).

Outro dado importante diz respeito ao óbito. No município de Novo Oriente de Minas a principal causa de óbito são as doenças do aparelho circulatório tanto em homens como em mulheres, sendo igual no PSF Pedra Lanhada. Estas estão associadas na maioria dos casos a HAS. A HAS pode causar danos irreparáveis na saúde de uma pessoa e constitui um fator de risco importante para o aparelho cardiovascular e o sistema nervoso central provocando sequelas que, em muitos casos, são com as efetuações que isso provoca na saúde, na família é na economia do município.

Considerando o cenário descrito acima é que nos propomos a desenvolver um projeto de educação que possa abordar os principais nós críticos que dificultam o controle da HA na população alvo.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Elaborar um Projeto de Intervenção para o PSF Pedra Lanhada, Município Novo Oriente de Minas-MG, para reduzir a alta incidência de pacientes com HAS em nossa área de abrangência.

### **Objetivos específicos**

Descrever os fatores determinantes para a ocorrência da Hipertensão Arterial na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Pedra Lanhada, Município Novo Oriente de Minas.

Promover a formação de grupos de pessoas com fatores de risco para Hipertensão Arterial.

Elaborar propostas de intervenção que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que possuem predisposição para o aparecimento da Hipertensão Arterial sistêmica.





## MÉTODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de ação foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O planejamento foi construído em conjunto com a equipe da ESF, por meio de reuniões com os membros da Equipe.

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional como atividade do módulo de planejamento e avaliação de saúde do curso. Essa etapa contou com a participação de toda equipe de saúde para sua elaboração, com destaque especial para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Neste trabalho foi utilizado o método simplificado de planejamento estratégico apoiando-se em seus três princípios, onde participa a equipe, outros setores e representantes da população. Os dados levantados coletados por esse método foram obtidos através de três fontes: nos registros existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes chaves, utilizando questionários curtos; na observação ativa da área.

Posteriormente os dados foram analisados e interpretados. Na descrição do problema priorizado, a Equipe Pedra Lanhada utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe; a equipe teve participação direta através de discussões frente ao tema apresentado, deram sugestões para a criação de grupos operativos, bem como forneceram informações dos fatores de risco para a hipertensão arterial e os principais fatores que influem diretamente na causa do problema exposto.

Para a elaboração do plano de ação foi aplicado o método do planejamento Estratégico Situacional (PES) a partir de seus fundamentos e métodos que propõe o desenvolvimento do planejamento comum utilizando o processo participativo. Assim, seguimos os passos que são apresentados no plano de ação: a definição do problema, a priorização de problema, descrição e explicação do problema selecionado; a seleção dos nós críticos; o desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise da viabilidade dos planos; elaboração do plano operativo e por última gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bibliotecas eletrônicas Scielo (Scientific Electronic Library) e LILACS (Literatura Latino americana e do Caribe), site do ministério da saúde e IBGE, utilizando os descritores: Hipertensão, Hábitos

Alimentares, Estresse Psicológico, Obesidade. Estilo de Vida Sedentário, foram encontrados 12 artigos que discorriam sobre o tema mais apenas 8 artigos foram utilizados para realizar o referencial teórico deste trabalho. A pesquisa foi realizada no idioma português e espanhol em artigos publicados de 2010 a 2015.

## REVISÃO BIBLIOGRAFICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Associa-se freqüentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Por ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, a HAS é fator de risco para patologias decorrentes de aterosclerose e trombose, que passar a existir, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em consequência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é, além disso, fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em estágios mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de implicações coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das razões de maior diminuição da expectativa e da qualidade de vida das pessoas indivíduos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Além dos fatores biológicos apresentados, não podemos deixar de considerar os fatores sociais. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até oito anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

No Canadá, ao contrário do observado no resto do mundo, houve uma mudança radical nos últimos 15 anos, pois, em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% não faziam tratamento para esse problema e 16% tinha a pressão arterial controlada. A pessoa com maior número de fatores de risco encontrava-se com melhor tratamento e controle. Um estudo de prevalência e manejo dos hipertensos, realizado na província de Ontário e publicado em maio de

2008, descreve uma prevalência de 22% da população geral com HAS, e 52% acima de 60 anos. Relata que 87% dos hipertensos foram diagnosticados, constituindo-se no local com melhor indicador mundial neste quesito. Os dados sobre a qualidade do acompanhamento surpreendem: 82% dos pacientes fazem tratamento e 66% têm a HAS controlada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013)

Os dados apresentados representam o topo mundial na qualidade do acompanhamento dos usuários hipertensos, entretanto, verificou-se que 15,7% dos pacientes fazem tratamento, mas não têm a HAS controlada. Essa importante melhoria no diagnóstico e no tratamento das pessoas com hipertensão é atribuída à implementação de um sistema de Saúde baseado na AB e ao Tem Canadian Hipertension Education Program, um programa de educação permanente dirigido aos profissionais da AB (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013)

A Organização Mundial de Saúde acredita que esse modelo de educação permanente pode ser generalizado para os diversos países, assim como as medidas gerais do controle de fatores de risco que o programa propõe. Mesmo com a melhoria impressionante dos indicadores, os autores comentam que há muito a ser feito e descoberto em relação ao controle e à promoção da saúde de pessoas com HAS, já que um terço desta população mantém a sua hipertensão não controlada ou ainda, não diagnosticada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

O segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS é Cuba, visto que, em 16 anos, houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde. Esse país apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular na rede de Atenção Básica, o controle da HAS sobe para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres (estas têm menores proporções de diagnóstico e controle), mas não houve diferenças em relação à etnia e à escolaridade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Os indicadores cubanos superam os indicadores dos EUA, Inglaterra, Itália, Alemanha, Suécia e Espanha, e os bons resultados são atribuídos a vários fatores. O primeiro refere-se à organização do sistema de Saúde a partir da AB. O segundo é a implementação de uma política nacional de atenção à saúde, cujo principal objetivo, desde 2001, é diminuir os indicadores de mortalidade por acidente vascular

cerebral (AVC) e infarto agudo de miocárdio (IAM) – os mais altos do planeta naquela época. Essa política foi sustentada por um protocolo de práticas, objetivos e metas a ser alcançado, um sistema de informação que permite avaliação constante e a participação significativa de profissionais não médicos no processo de acompanhamento dos hipertensos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica. As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Considerando os casos exitosos citados, entende-se que os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monetarização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (OIGMAN, 2006).

Nesse contexto, entende-se que nos serviços de AB um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estudos apontam que em países com redes estruturadas de AB, 90% da população adulta consultam, pelo menos uma vez ao ano, com seu médico de família. Mesmo assim, existem dificuldades no diagnóstico e no seguimento ao tratamento (OLIVEIRA, 2011).

O Ministério da Saúde (2016) explica que diante dessas dificuldades colocam-se as seguintes questões para reflexão: O que acontece nos serviços de AB que não conseguem apresentar indicadores positivos em relação a este problema de saúde? Quais os fatores que dificultam o controle da HAS nesses

serviços? Essas dificuldades são decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias utilizadas na assistência à saúde, na gestão e nos processos educacionais?

A literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais da AB possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (CARVALHO FILHO, F. S.S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA L. M. M,2011). O fluxograma a seguir (Figura 2) apresenta uma sugestão de fluxo de rastreamento e a conduta conforme a classificação da PA.

**Figura 2 – Tabela de rastreamento e diagnóstico de HAS**

<b>Sintomas da crise hipertensiva</b>	<b>PA &lt;130/85 mmHg</b>	<b>PA entre 130/85 a 139/89 mmHg</b>	<b>PA entre 140/90 a 150/99 mmHg PA &gt;160/100 mmHg</b>	<b>Confirmado PA &gt; 140/90 mmHg</b>
Cefaléia (dor de cabeça)	NORMOTENSÃO	PA LIMÍTROFE	Hipertensão arterial sistêmica	Consulta médica para iniciar acompanhamento HIPERTENSÃO
Alterações visuais		Manter dieta pobre em NaCl, Realizar Atividade Física	Orientar prevenção primária e reavaliação em dois anos	Prevenção primária e reavaliação em um ano
Déficit neurológico (diminuição da força muscular/dormência)			Consulta de enfermagem para MEV e Estratificação de RCV	Retorno em três meses para reavaliação

Dor precordial (dor no peito)				Consulta médica na crise hipertensiva – encaminhamento cardiologia
Dispnéia (falta de ar)				Solicitar exames: Eco, ECG, encaminhamento Ao serviço de cardiologia

Fonte: SIAB, 2016



## **PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Depois de realizado e discutido o diagnóstico situacional para o levantamento dos problemas existentes na área de abrangência da UBS, foi priorizado um problema considerado mais relevante para ser enfrentado a população atendida.

O plano de ação ou proposta de intervenção são todas as ações de intervenção que a equipe desenvolve para enfrentar os principais problemas de saúde identificados na sua área de abrangência. Identificados os problemas, suas causas e conseqüências, e estabelecidas as prioridades, elabora-se uma proposta de intervenção, com o objetivo de propor ações para enfrentamento dos nós críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A seguir serão apresentadas as ações desenvolvidas para a elaboração e execução da proposta de intervenção, como: definição dos problemas, descrição do problema selecionado de acordo com a prioridade, explicação do problema prioritário, identificação do nó crítico, diagnóstico e situação de saúde.

### **Definição dos problemas.**

Depois de reunir a equipe de saúde para discutir os principais problemas de saúde que atingem a nossa população. Os problemas a seguir foram identificados devido a hipertensão arterial sistêmica descompensada ser mais comum nos grupos de risco que pontuados abaixo:

1. Elevada incidência e prevalência de Hipertensão Arterial;
2. Alto índice de tabagismo, alcoolismo;
3. Alto índice da obesidade e sedentarismo;
4. Deficiente controle de risco preconcepcional;
5. Uso indiscriminado de psicofármacos;
6. Baixo nível de escolaridade;
7. Áreas descobertas de agentes comunitários;

Depois de listado todos os problemas procedeu-se a priorização dos problemas de acordo com a avaliação da: Importância; Urgência do problema;



Viabilidade do problema; Capacidade de enfrentamento pela equipe; Recursos necessários para resolver o problema.

Para cada item desse foi distribuído pontos<sup>1</sup>. (Tabela 1).

**Tabela 1. Distribuição de pontos, por problemas, de acordo com os itens de avaliação.**

PROBLEMAS	Importância			Urgência		Viabilidade		Enfrentamento			Recursos			Total
	B	A	M	SI	NO	SI	NO	A	M	B	A	M	B	
1. Elevada incidência e prevalência de Hipertensão Arterial	-	3	-	2	-	2	-	3	-	-	3	-	-	13
2. Consumo inadequado da água	-	3	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	1	8
3. Deficiente cumprimento dos programas de prevenção do câncer (colo do útero, próstata, bucal, mama, etc.)	3			2			1			1			1	8
4. Alto índice de tabaquismo, alcoolismo e consumo de drogas.	3	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	1	8
5. Número elevado de pacientes em uso de medicamentos para depressão com tratamentos de longa duração e que não assistem a controle.	3	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	-	7

Fonte: dados do trabalho.

Sendo assim, após o preenchimento da tabela foi identificado que a HA foi o problema que apresentou maior escore. Enquanto a HA apresentou score 13, os outros problemas apresentaram score entre 7 e 8.

### Descrição do problema selecionado

No caso dos problemas identificados depois de reunir a equipe de saúde para estabelecer as diretrizes do trabalho decidimos em conjunto que a amostra seria representada por uma população maior de 15 anos, pois observamos que é a partir desta faixa etária que os pacientes atendidos na unidade passam a apresentar queixas e/ou níveis alterados de Pressão Arterial.

<sup>1</sup> LEGENDA: **Importância:** Alta= 3 Pontos Media= 2 pontos, Baixa= 1 ponto, Nulo=0; **Urgência:** SI= 2 Pontos, NO= 1 ponto; **Viabilidade:** SI= 2 Pontos, NO= 1 ponto; **Enfrentamento:** Alta= 3 Pontos Media= 2 pontos, Baixa= 1 ponto, Nulo=0; **Recursos:** Alta= 3 Pontos, Media= 2 pontos, Baixa= 1 ponto, Nulo=0.

Para a realização do trabalho participaram, além dos profissionais envolvidos com a assistência, também os líderes comunitários que conhecem bem a população e que poderiam ajudar-nos na realização das visitas e na efetivação do projeto.

### **Explicação do problema**

Os determinantes político, cultural, ambiental e socioeconômico influenciam nos hábitos e estilos de vida, nos costumes no Brasil. Em Minas Gerais a situação não é diferente, o povo mineiro apresenta um estilo de vida em que os hábitos alimentares apresentam significados que vão além do aspecto cultural, eles apresentam significados que embasam a forma como as pessoas se relacionam. É comum associar o momento da alimentação a um evento cultural e relacional.

Além disso, os significados que é dado a alimentação dependem da região, nível social, costumes, pressão social, nível educacional e de informação, cultura sanitária, condições econômicas. Ademais temos as políticas públicas de saúde que contribui para fazer programas que tem como eixo norteador o adequado acompanhamento da HSA e a definição de protocolos para seu acompanhamento.

Entendendo que o controle da HA é complexo, pois é um problema de natureza multifatorial e, portanto, o apoio farmacológico, referência e contra referência das complicações e a capacitação do pessoal de saúde sobre como aborda-lo seriam essenciais para seu controle.

Em nossa população detectamos, também, que há pouco conhecimento da doença e de seu tratamento não farmacológico, inadequados hábitos alimentares que constitui risco cardiovascular, cultura sanitária baixa sobre esses fatores de risco, sobretudo em pacientes idosos e pouca atenção, pela equipe, da ferramenta, mas importante, que é a educação sanitária.

Em nossa comunidade a hipertensão afeta 293 pessoas com uma prevalência de 27 % na faixa etária de + 25 anos. Pesquisas de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, mostram valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

. No município de Novo Oriente de Minas a principal causa de óbito são as doenças do aparelho circulatório tanto em homens como em mulheres, sendo igual em nosso PSF, associada na maioria dos casos á HAS. Como é conhecida a HAS pode causar danos irreparáveis á saúde de uma pessoa e constitui um fator de risco

importante para o aparelho cardiovascular e o sistema nervoso central provocando seqüelas que em muitos casos afetam a saúde, a família e a economia.

Há nos registros no prontuário do paciente que vêm as consultas na unidade um dado curioso, uma parcela dos pacientes referem não serem portadores de HAS, todavia ao se realizar a aferição da pressão arterial com o esfigmomanômetro, observa-se valores exagerados, a maioria acima de 150/100 mm hg, um dado um pouco preocupante, desta forma as condutas que foram tomadas foi a orientação de formação de grupos terapêuticos a serem avaliados quinzenalmente, mais aferição da pressão arterial de dois em dois dias dos pacientes com maiores fatores de risco.

### **Nó crítico**

Depois da análise, com a equipe, podemos dizer que os nós críticos deste problema se associam a as seguintes condições:

1. Baixo nível de informação, contribuindo diretamente na terapêutica do tratamento da HA.
2. Pouco conhecimento dos fatores de risco associados à HAS. Pois ao não terem noção dos riscos da elevação da pressão arterial os pacientes não fazem uso correto dos medicamentos.
3. Hábitos e estilos de vida inadequados.
4. Estrutura dos serviços de saúde.
5. Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema.

### **Diagnóstico e Situação de Saúde**

Para a realização do diagnóstico da situação de saúde utilizamos o método de estimativa rápida com o objetivo de coletar a maior quantidade de dados possíveis referentes aos principais problemas de saúde que afetam a população de nossa área de abrangência.

Estimativa Rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos custos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores

sociais, autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas. (CORRÊA, VASCONCELOS, SOUZA, 2013)

Para realizar um trabalho, bem feito, devemos ter em conta os passos para a obtenção de dados sobre os problemas de saúde da população. Desse modo, seguimos os seguintes passos: primeiro passo - estabelecer em conjunto com a equipe de saúde as diretrizes para guiar nosso trabalho, depois definir sobre quais pessoas vamos avaliar para a obtenção dos dados requeridos, depois elaborar um roteiro para a obtenção de dados qualitativos, após a obtenção dos dados quantitativos, fazer o cruzamento com os dados coletados pelos ACS e os líderes comunitários que vão validar as informações e apontar outras que se fizerem relevantes.

A observação ativa é outra parte da estimativa rápida, que não devemos esquecer utilizada para obter dados importantes no processo de trabalho, pois para a adequada coleta de dado devemos pesquisar sobre aqueles que são pertinentes e necessários.

### **Plano operativo**

O Plano Operativo é a parte integrante de um contrato/convênio estabelecido em serviços de saúde que é um instrumento no qual são apresentadas as ações e propostas, os serviços, as intervenções, as metas quantitativas e qualitativas e os indicadores pactuados entre quem gere e quem presta de serviços de saúde.

A principal finalidade é a designação de responsáveis pelos projetos e estabelecer os prazos. O gerente de uma operação /projeto é aquele que se responsabiliza pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas e deve contar com o apoio de outras pessoas.

Abaixo será apresentado o plano operativo. (Tabela 2)

**Tabela 2. Plano operativo para o desenvolvimento de ações para o controle da HAS.**

Operações	Resultados	Produto	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Modificar	Diminuir o	Aumentar o	Apresentação	Martha,	Seis

Hábitos de vida. Criar grupos de hipertensos e diabéticos nas comunidades rurais.	número de hipertensos, sedentários, obesos, tabagistas, alcoólicos,	número de consultas programadas e visitas domiciliares Implantar o programa de caminhadas Estabelecer Campanha educativa na radio local	do projeto na Secretaria de Saúde	Andrés e Cristiane.	mese s
Aumentar o nível de informação sobre Hipertensão . Capacitar a equipe de saúde com cursos.	População mais informada sobre Hipertensão e suas complicações	Palestras Educativas sobre Hipertensão Campanhas Educativas na radio local Capacitação dos agentes comunitários Realização de Grupos Operativos	Apresentar o projeto na Secretaria de Saúde	Martha, Andrés e Cristiane.	Dois mese s Três mese s Dois mese s
Reorganizar o processo de trabalho Organizar agenda de trabalho Busca Ativa de	Aumentar o número de diagnósticos e controle de Hipertensos , Conhecer	Maior número de pacientes avaliados Programar atividades todos os meses Aumentar o número de	Implementação do projeto	Coordenadora Na Atenção Básica e Andrés	Três mese s

pacientes hipertensos	população de riscos de Hipertensão Arterial Agenda organizada Aumentar o número de pacientes pesquisados de hipertensão	visitas domiciliárias			
-----------------------	---	-----------------------	--	--	--

Fonte; Elaborado pela autora, conforme demanda do PSF

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial é, pois, um dos mais graves problemas de Saúde Pública que atinge o adulto brasileiro, exigindo apoio assistencial amplo e efetivo, e uma pesquisa epidemiológica que fixe, com mais segurança, sua incidência e prevalência, tanto na zona rural quanto na urbana, permitindo, assim, uma melhor definição dos programas de assistência.

A partir de todos os pontos que foram levantados neste estudo é plausível considerar algumas proposições frente aos fatores que contribuem de forma direta para o aparecimento da hipertensão arterial sistêmica na comunidade estudada; dentre eles pode-se destacar o consumo exacerbado de cloreto de sódio (sal de cozinha), dieta rica em carboidratos e lipídeos, como massas, carne suína e bovina, obesidade, tabagismo, falta de realização de atividade física, resistência quanto a adesão ao tratamento fármaco-terapêutico; outrora o principal foco deste trabalho é evidenciar as medidas facilitadoras que busquem diminuir os problemas supracitados.

As estratégias para promover saúde, pensada para uma Estratégia de Saúde da Família de Zona rural, necessita inicialmente ser facilitadora, precisa também oferecer subsídios que permitam o fácil acesso da comunidade aos serviços, para que todo o público alvo estudado seja atingido. O agente comunitário de saúde é peça chave nesse imbróglio, pois, este profissional será o elo disseminador e facilitador entre a ESF e o paciente, levando todo o cronograma de ações as famílias. Faz-se imperioso também o acompanhamento rotineiro do paciente hipertenso, bem como capacitar um familiar/cuidador na administração correta do medicamento anti-hipertensivo.

Neste estudo foi identificado que alguns pacientes possuem resistência para a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, desta forma vale destacar a importância da criação de grupos operativos específicos que contribuirão para a sensibilização e melhorar o conhecimento dos usuários dos serviços de saúde no que tange a vinculação da hipertensão arterial com as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e do sistema nervoso. Buscar a adesão medicamentosa dessas pessoas citadas no tratamento da hipertensão arterial é

primordial, todavia é essencial naquela comunidade uma visão social, é preciso buscar modelos de ações sociais que melhorem a qualidade de vida.

No que tange as ações de saúde para o paciente hipertenso toda a equipe de saúde deve ser peça-chave na construção de um plano de trabalho que transforme a realidade através da construção de uma comunidade ativa e participativa; que valoriza as questões locais, educacionais e principalmente sociais.

É válido também citar que naquela comunidade necessita ser realizado um trabalho social, pois o índice de pobreza é extremo, observam-se pessoas bastante carentes, de pouca instrução e que não tem noção sequer das consequências da hipertensão arterial.

|



## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao Tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Revista eletrônica de saúde, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.urg.br/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.urg.br/revista8_2/v8n2a11.htm)>. Acesso em: 23 de jun. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Série E: Legislação da Saúde. 2012. 110 p.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horário Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARVALHO FILHO, F. S.S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA L. M. M. Hiperdia: Adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Revista Rene**, Fortaleza, 12(n.esp.):930-62, 2011. Disponível em: <[http://www.revistarenehttp://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_pdf/a06v12esp\\_n4.pdf](http://www.revistarenehttp://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a06v12esp_n4.pdf)> Acesso em 29 de maio de 2016.

CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara. SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte:** Nescon/UFMG, 2013.

COSTA, Adalberto. Prefeitura municipal. Plano Diretor de Novo Oriente de Minas. 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais (2014)**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 de jun. 2016.

CAMPOS, F.C; FARIA H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2da ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. História de Novo Oriente de Minas. Minas gerais e Cidades, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=314535&search=minas-gerais|novo-oriente-de-minas|infograficos:-historico>>. Acesso em 01 de abril de 2016

Ministério da Saúde – DataSUS Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>> Acesso em: 22 de jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Hipertensão contribui para 9,4 milhões de mortes anuais por doenças cardiovasculares no mundo, alerta OMS. 2013. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/hipertensao-contribui-para-94-milhoes-de>>

mortes-anuais-por-doencas-cardiovasculares-no-mundo-alerta-oms/>. Acesso em 23 de maio de 2016.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Revista Bioquímica da Hipertensão. São Paulo – SP, 2011. Disponível em <<http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com>>. Acesso em 25 de Abril de 2016.

OIGMAN, Wille. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n4/a1629.pdf>> Acesso em: 03 de março de 2016.

SIAB. Diretoria de Atenção Básica. Estratégia saúde da Família. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php). Acesso em: 08 abril 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. OMS alerta para baixa adesão ao Tratamento. 2010. Disponível em:<<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>>. Acesso em: 03 de jun. 2016

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Disponível em: <[http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v\\_diretrizes\\_brasileira\\_hipertensao\\_arterial\\_2010](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2010)>. Acesso em: 11 de Maio.2016.

SANTOS, A. de J. M.S.; ROSA, C.; OLIVEIRA, E. L. De; ALMEIDA, J.R. de; SCHENEIDER, R.M.; ROCHA, S.S.L; COUTINHO, R.M.C.. A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em Unidade Básica de Saúde (UBS)\*. Rev Inst Ciênc Saúde 27(4):330-7, 2009. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n4/a1629.pdf>> Acesso em: 03 de março de 2016