

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

LIUVA MARTINEZ PENA

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA
AOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE EM RIBEIRÃO DAS NEVES- MG

BELO HORIZONTE

2015

LIUVA MARTINEZ PENA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA
AOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE EM RIBEIRÃO DAS NEVES- MG**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a.Célia Maria de Oliveira

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2015

LIUVA MARTINEZ PENA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA
AOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE EM RIBEIRÃO DAS NEVES- MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Dra.Célia Maria de Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais.

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus, aos meus familiares, à Equipe da Unidade Básica de Saúde Maria Helena, aos Gestores de Saúde do Município de Ribeirão das Neves, aos meus tutores do curso de especialização e ao meu tutor presencial do PROVAB.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1. Aspectos demográficos	12
Quadro 2: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos.....	19
Quadro 3: Priorização dos problemas.....	22
Quadro 4: Desenho das operações.....	24
Quadro 5: Recursos críticos.....	25
Quadro 6: Proposta de ações para mobilização dos atores.....	26
Quadro 7: Plano operativo.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

- ACS** Agente comunitária de saúde.
- AVC** Acidente vascular cerebral
- CEO** Centro de especialidades odontológicas.
- DCVs** Doenças Cardiovasculares.
- ESF** Estratégia de Saúde da Família.
- HAS** Hipertensão arterial sistêmica.
- IDH** Índice de Desenvolvimento Humano.
- IAM** Infarto Agudo del Miocárdio
- IRC** insuficiência Renal Crônica.
- IMC** Índice De Massa Corporal.
- NASF** Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
- PA:** Pressão arterial.
- PAD** Pressão arterial diastólica.
- PAS** Pressão arterial sistólica.
- PNUD** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
- PSF** Posto de Saúde da Família.
- SUS** Sistema Único de Saúde.
- UBR** Unidad básica de Referencia.
- UBS** Unidad básica de Saúde.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui-se um grave risco para as doenças cardiovasculares, acidentes vasculares e caracteriza-se como uma das mais importantes doenças na área da saúde pública devido às altas taxas de morbidade e mortalidade. A doença requer cuidados essenciais do usuário e um estilo de vida adequado, por isso a equipe de saúde precisa envolver-se nesta problemática. **OBJETIVO:** Elaborar um projeto de intervenção com o intuito de melhorar a qualidade de assistência aos pacientes hipertensos. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura sobre o tema e desenvolvimento de ações com base no Planejamento Estratégico Situacional e na Estimativa Rápida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Espera-se que este projeto de intervenção seja implantado e que possibilite a melhoria da qualidade de assistência aos pacientes atendidas na Unidade Básica de saúde de Ribeirão das Neves.

Palavras chave: Hipertensão, fatores de risco, promoção da Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hypertension (SAH) constitutes a serious risk for cardiovascular disease, stroke and is characterized as one of the most important diseases in the area of public health due to high rates of morbidity and mortality. The disease requires essential care and a proper lifestyle, so the health team needs to be involved in this problem. **Objective:** Develop an intervention project in order to improve the quality of care of hypertensive patients. **METHOD:** this is a narrative review of literature on the theme and development of actions based on Situational strategic planning and Quick Estimate. **FINAL CONSIDERATIONS:** it is hoped that this intervention project is deployed and that allows the improvement of the quality of care to patients met the Basic Health Unit of Ribeirão das Neves.

Keywords: Hypertension, Risk factors, Health Promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUCAO	9
2 JUSTIFICATIVA	Erro! Indicador não definido.15
3 OBJETIVOS	17
4 MÉTODO	18
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui-se como um grave risco para as doenças cardiovasculares, acidentes vasculares e caracteriza-se como umas das mais importantes doenças na área da saúde pública devido às altas taxas de morbidade e mortalidade. Muitas vezes, os usuários não têm consciência das possíveis complicações da hipertensão, por isso não se envolvem e não buscam formas de controle dos níveis pressóricos (BRASIL, 2010).

A HAS é responsável por 14% do total de internações do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 17,2% por acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2013).

A doença requer cuidados essenciais do usuário e um estilo de vida adequado, por isso a equipe de saúde precisa envolver-se nesta problemática.

As equipes da saúde da família possuem boas condições para gerarem a adesão ao tratamento de doenças como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário e profissional e favorecem a co-responsabilidade ao tratamento. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida.

Portanto, aqui se apresenta o projeto de intervenção com o objetivo de controlar os níveis pressóricos dos hipertensos na unidade de saúde.

1.1 Cenário

1.1.1 O município de Ribeirão das Neves

Ribeirão das Neves faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte e ocupa 4,1% da área total. O município está situado a noroeste de Belo Horizonte, na região norte, distante da capital aproximadamente 32 Km (BRASIL, 2010).

As primeiras referências sobre o município de Ribeirão das Neves são do início do século XVIII, o qual era denominado "Matas de Bento Pires". Em 1745, o mestre-de-campo Jacintho Vieira da Costa obteve o título de sesmaria de uma porção de terra na região central e dois anos mais tarde, construiu uma capela dedicada a Nossa Senhora das Neves, o que dá origem ao nome "Fazenda das Neves". Em 1746, foi construído o

engenho da Fazenda das Neves. Em 1830, um Decreto, elevou Neves a Distrito de Paz, com uma população aproximada de 1.241 habitantes. Foi criado então, o distrito de Venda Nova, ao qual Neve foi anexada. Em 1873, Neves foi anexado ao distrito de Pindahybas, atual Pedro Leopoldo, com o qual permaneceu até 1911, quando ambos foram anexados ao recém município de Contagem. Em 1938, Contagem perdeu sua autonomia de município e foi anexada à Betim juntamente com todos os seus distritos, incluindo Neves e Campanha. Neves pertenceu a Betim, quando foi, então, anexada ao município de Pedro Leopoldo, criado no ano de 1943. A mesma lei que transferiu o distrito de Neves para Pedro Leopoldo alterou seu nome para Ribeirão das Neves. Ribeirão das Neves se tornou município através da Lei nº1.039 de 12 de dezembro de 1953, sendo o distrito de Campanha anexado ao seu território com o nome alterado para Justinópolis e o povoado de Areias (POLICARPO, 2014).

Em Ribeirão das Neves encontra-se três macro-regionais: o distrito de Justinópolis, a regional central e a regional Veneza.

Segundo IBGE (2013), Ribeirão das Neves ocupa, atualmente, uma área de 155,41 km², onde vive uma população de 315.819 habitantes e apresenta densidade demográfica de 1.905,07 habitantes por km². Este número é considerado elevado se comparado com a densidade demográfica da região metropolitana de Belo Horizonte - 515,63 hab./ km². Possui três macrorregiões administrativas: o distrito de Justinópolis; a regional Centro e a regional Veneza, que representam as três aglomerações urbanas. É eminentemente urbano, sendo que 99,27% da população reside em área urbana (ATLAS BRASIL, 2010).

Localizado em uma rede urbana constituída por cidades em desenvolvimento, sua posição geográfica permite, por meio de rodovias, o acesso à Belo Horizonte (32 km) e Contagem (38 km); Pedro Leopoldo (30 km); Vespasiano (22 km) e à Esmeraldas, distante 29 km.

O município é divisor de duas bacias hidrográficas: a do Rio São Francisco e a do Rio das Velhas. Ribeirão das Neves é conhecido por abrigar um dos complexos penitenciários do Estado de Minas Gerais. Atualmente conta com uma população carcerária de 6.586 detentos, distribuídos nas seis unidades prisionais existentes no município, além de um Centro Sócio Educativo, com população estimada de 83 adolescentes (SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL – SEDS, 2013).

Ribeirão das Neves já foi considerado um município dormitório, pois a maior parte de seus moradores trabalhava na capital mineira ou nos municípios vizinhos que

também fazem parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

O município possui atualmente algumas fábricas que fortalecem o crescimento do município e um comércio em crescimento que ainda abriga uma parte pequena da população economicamente ativa. Atualmente, esse título de "cidade dormitório" já não pode ser usado, devido aos altos números de pessoas que moram e trabalham na cidade. O número de domicílios é de 94.791 e 85.239 famílias. A área comporta 155 bairros. A altitude máxima é de 1.019 metros e altitude mínima de 730 metros.

A economia, com poucas alternativas, baseia-se na atividade de pequenas cerâmicas espalhadas pela periferia da cidade, refletindo mais problemas ambientais que ganhos com arrecadação ou geração de empregos. Além disso, apresenta a atividade hortifrutigranjeira que funciona como importante fonte de renda das famílias. O setor primário de Ribeirão das Neves conta também com a extração de pedras britadas e ornamentais, basicamente, gnaisse. Outra atividade significativa no município é a fabricação de móveis e, pode-se citar a existência de indústrias de fabricação de artigos de vestuário, têxteis, etiquetas e adesivos, tubos de PVC, aparelhos e materiais elétricos, etc. O comércio varejista caracteriza-se por ser modesto e pouco diversificado (CAMPOS, s.d.).

As fábricas existentes e um comércio em ascensão fortalecem o crescimento do município e ainda abrigam uma parte pequena da população economicamente ativa. Mesmo assim, a arrecadação do município limita-se, praticamente à receita do Fundo de Participação dos Municípios.

A perspectiva é possibilitar que a cidade ganhe novas vagas de emprego, além de melhorar a receita do município.

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Ribeirão das Neves teve um incremento de 72,73% de 1991 a 2010, acima da média de crescimento nacional (47,46%) e acima da média de crescimento estadual (52,93%). A Renda per capita, de acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano (2013) era de R\$ 479,77 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 50,27% de 2000 a 2010. A extrema pobreza em Ribeirão das Neves apresentou redução passando de 6,41% em 2000 para 2,21% em 2010.

Com relação à taxa de atividade no município, ou seja, o percentual da população de 18 anos ou mais economicamente ativa era de 7,27% em 2010 (Atlas Brasil, 2013). As principais atividades produtivas no domicílio foram costureira (23%), comerciantes

(23%), cabeleireira (16%) e manicure (10,5%). Estas atividades representaram 73% do trabalho no domicílio. Em relação às principais ocupações no município, destacaram-se pedreiro (22%), doméstica (15%), vendedor (15%) e diarista (12%), em nossa área, o comportamento é similar com relações às atividades produtivas e domésticas.

Em relação ao saneamento básico, mais de 95% da população tem acesso aos serviços de água tratada, rede de esgoto e energia elétrica (PNUD e IPEA, 2014).

Quadro 1. Aspectos demográficos

Aspectos Demográficos										
Total da População										
Nº de Indivíduos	>1	1 – 4	5 – 9	10 – 14	15 – 19	20 – 24	25 – 39	40 – 59	60 e +	Total
	4.496	18.031	25.108	29.021	27.376	28.403	79.180	63.677	21.025	296.317
Área Urbana- 294.153										
Área Rural 2.164										
Total 296.317										

Fonte: (PNUD e IPEA, 2014)

A população usuária da assistência à saúde no SUS é de 89,8%. O sistema local de saúde é constituído pelo Conselho Municipal de Saúde paritário com 50% de usuários, 25% trabalhadores e trabalhadores do sindicato e 25% de representantes do governo e prestadores de serviço. O orçamento destinado à saúde: 36,61% da arrecadação municipal.

1.1.2 O Programa Estratégia de Saúde da Família

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada em 1996. Existem 53 equipes de Saúde da Família, seis equipes de Saúde Bucal, três NASF, um CEO e cinco UBR.

No município de Ribeirão Das Neves, a rede de atenção à saúde não se restringe ao município, muitas vezes é preciso estender a assistência o outro município, em um sistema de referência e contra-referência. O sistema de trabalho tem algumas deficiências relacionadas ao fluxo do usuário dentro da rede, algumas vezes relacionada a atenção primária, outras com a impossibilidade de acender a outros níveis de atenção e também devido à falta de coordenação entre as unidades do sistema.

No nível médio existem duas Unidades de Pronto Atendimento, sendo uma considerada de Nível II, outra unidade considerada de Nível III e o Hospital São Judas Tadeu.

No nível alta complexidade não há atendimento no município. Os pacientes são referenciados para Belo Horizonte.

O número de famílias cadastradas é de 1159 para uma população de 4144 pessoas. Entre a população idosa, 75 % é analfabeta e entre a população maior de 6 anos, 90% é alfabetizada. Na comunidade existem muitos aposentados, mas 70% da população na idade laboral estão empregadas e 30 % estão desempregados.

As principais causas de morte são as doenças crônicas, principalmente, as de origem cardiovasculares e a violência causada por armas de fogo.

Na comunidade encontram-se várias associações comunitárias, grupos culturais, centros de educação, entre outros. O principal objetivo destas associações é o de melhorar a qualidade de vida da população, através da promoção da educação, cultura, esporte e saúde.

1.1.2.1 A Unidade de Saúde Maria Helena

A unidade de saúde Maria Helena está localizada na rua São João Batista, nº 3, bairro Vila Santa Branca. A equipe esta integrada na rede do SUS e seu horário de funcionamento é de 08:00 horas às 17:00 horas. A equipe é composta por quatro agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, um técnico de enfermagem e um médico, uma auxiliar de serviços gerais e uma técnica de enfermagem que trabalha na farmácia.

A equipe Maria Helena trabalha em uma casa alugada, com boas características e compreende uma área da farmácia, salas de consultas para médico e enfermeiro, uma sala de espera para os pacientes, uma cozinha, dois banheiros, uma sala para materiais de limpeza e uma sala para os ACS.

A unidade de saúde é dividida em cinco micro-áreas, sendo que em uma das áreas não há atendimento por parte de agentes comunitários de saúde (ACS). O número de famílias cadastradas é de 1033.

Após a realização do diagnóstico situacional, foi detectado que a Hipertensão arterial é uma das doenças que mais acometem os usuários da UBS Maria Helena. Embora tenhamos evidenciado outros problemas, foi necessária a análise da governabilidade da equipe em relação aos demais problemas. Assim, foi eleito este problema para intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial (HAS) é considerada um problema de saúde pública que apresenta estreita relação com eventos cardiovasculares fatais ou não. É a mais frequente das doenças cardiovasculares, além de ser o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

É responsável por grande impacto econômico e financeiro no sistema de saúde e uma das principais causas de morbi-mortalidade dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (BRASIL, 2013). A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, considerada um dos principais fatores de risco modificáveis (BRASIL, 2010).

Essa doença possui fator hereditário em 90% dos casos. O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial, sendo que 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão do que os ativos (BRASIL, 2013)

Além dos fatores de risco, sabe-se que a incidência de HAS é maior na raça negra e aumenta com a idade, sendo maior entre homens com até 50 anos, entre mulheres acima de 50 anos, em diabéticos e pessoas com histórico familiar de hipertensão (BRASIL, 2013). É considerada uma doença democrática que acomete crianças, adultos e idosos, homens e mulheres de todas as classes sociais e condições financeiras.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. 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 (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A HAS constitui a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde, no mundo inteiro e é hoje o primeiro fator de risco de mortalidade, antes do tabagismo e das dislipidemias (NAKAMOTO, 2012).

Uma parcela importante da população adulta com hipertensão não sabe que é hipertensa. A doença é extremamente comum nos diabéticos, representando um risco adicional para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares (TOSCANO, 2004).

O baixo nível de controle de hipertensos repercute de maneira negativa gerando aumento na demanda de consultas, sobrecarga no processo de trabalho e muitas vezes acomodação dos membros da equipe e dos usuários.

Foi identificada a dificuldade dos pacientes quanto à: adesão a prática de atividade física regular, controle de peso, dieta saudável, mudanças de hábitos, bem como a dificuldade na regularidade do uso de medicamentos.

A HAS, no território Maria Helena, constitui um problema de saúde pública. Justifica-se assim, este trabalho para proporcionar melhor qualidade de vida para os pacientes hipertensos.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção para melhoria da assistência aos pacientes com Hipertensão arterial, usuários da UBS Maria Helena em Ribeirão das Neves.

3.2 Objetivo Específico

- Identificar os fatores de riscos da HAS em nossa área de abrangência.
- Realizar revisão de literatura para subsidiar a elaboração de um plano de intervenção.

4 MÉTODO

Este trabalho é um projeto de intervenção que visa melhorar a qualidade da assistência aos pacientes hipertensos na Atenção Básica. O estudo será realizado no Centro de saúde Maria Helena, localizado na região de Justinópolis em Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

Foi aplicado o método da estimativa rápida, proposto em uma das etapas do módulo de Planejamento Estratégico Situacional do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, realizado para identificar os problemas a serem enfrentados para que as prioridades fossem estabelecidas.

Na construção desse projeto serão utilizados trabalhos científicos disponíveis nas seguintes Bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, incluindo artigos, publicações em livros e revistas médicas. Outras fontes de pesquisa são: a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves, dados do Ministério da Saúde e arquivos da própria unidade de saúde.

Os descritores a serem utilizados nesse trabalho serão: Atenção Primária à Saúde. Diabetes. Sistema Único de Saúde.

O trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde e população adstrita a Unidade Básica de Saúde Maria Helena.

Nesse plano de intervenção para melhorar a assistência do paciente com hipertensão arterial serão cadastrados inicialmente 45 pacientes. Os pacientes serão convidados a participar do projeto.

O trabalho será desenvolvido com equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicólogos, terapeutas ocupacionais e agentes de saúde, em parceria com a secretária de saúde do município e academia da cidade. Na proposta de mudanças no estilo de vida, o trabalho será desenvolvido com auxílio da fisioterapia e nutrição.

Será disponibilizada na agenda de atendimentos uma tarde ou uma manhã específica para esse grupo de pacientes, incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos.

Os pacientes crônicos, que apenas fazem renovação de receitas, serão convidados para consulta com o médico, momento em que será avaliado o controle da doença.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal (PIMAZONI et al., 2006. p.8).

A hipertensão arterial é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva" (CASTRO et al., 2001, p.15).

A seguir está apresentada na tabela 1 a classificação da pressão arterial em pacientes maiores de 18 anos, tendo em conta os valores de pressão sistólica e diastólica.

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

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

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2010.

Os fatores de risco para HAS são características ou condições que, quando presentes, aumentam a probabilidade de ocorrência de HAS, mas também do mau controle da HAS nos pacientes diagnosticados (BRANDÃO, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. Na avaliação do paciente hipertenso, a estratificação do risco do paciente com HAS é de

fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada pelo cálculo do escore de Framingham (PIMAZONI et al., 2006).

Para um controle adequado da doença, é necessário, além do uso de medicamentos, mudança no estilo de vida, com redução dos fatores de risco cardiovasculares, tais como: excesso de peso, sedentarismo, elevada ingestão de sal, tabagismo, alto estresse emocional, entre outros. Conforme destacado por estudos, combater a hipertensão é prevenir o aumento da pressão pela redução dos fatores de risco em toda a população e nos grupos com maior risco de desenvolver a doença (MANSUR et al., 2001 apud CHAVES et al., 2008, p 371).

Segundo Gravina (2007) os maus hábitos nutricionais interferem em diversos fatores de risco, tais como: hipertensão, dislipidemia, obesidade e diabetes. Assim, para a prevenção de tais doenças, é importante a conscientização do paciente sobre a relevância do controle de sua dieta.

A pressão arterial se eleva progressivamente à medida que o índice de massa corporal (IMC) aumenta (GRAVINA, 2007, p. 36). De acordo com Ferreira (2005) apesar dos benefícios do exercício físico como coadjuvante na prevenção de Doenças Cardiovasculares (DCVs), grande parte da população continua inativa e o sedentarismo é o fator de risco mais prevalente no Brasil. Segundo Palma (2009), o sedentarismo poderia promover a ocorrência de diferentes doenças.

Na área de abrangência do PSF Maria Helena, a alta prevalência de pacientes com HAS descontrolados está relacionada com a elevada exposição dos mesmos aos fatores de risco. Os principais fatores de risco presentes na população, que contribuem para a aparição desta doença crônica são: tabagismo, maus hábitos alimentares, sedentarismo, sobrepeso, obesidade e dislipidemias. Conhecer esses fatores de risco é importante para orientar as ações de prevenção e promoção de saúde com o objetivo de erradicar os fatores de risco e as suas consequências.

A recomendação geral de dieta para controle de hipertensão baseia-se em uma dieta rica em frutas, vegetais, fibras e pobre em gordura saturada, colesterol e calorias, além da utilização de produtos derivados do leite com baixo teor de gordura (GRAVINA et al., 2007, p. 36). Segundo Gravina (2007) além dos benefícios sobre a pressão arterial, a atividade física tem papel relevante como coadjuvante na redução do peso e para encorajar a adesão à prática esportiva, os exercícios menos intensos são os que estão associados à menor possibilidade de injúria e desconforto, sendo mais bem

aceitos e indicados. "*A caminhada confirma-se como meio eficaz para melhorar a capacidade aeróbica sem a exigência de habilidades especiais ou aprendizado*" (GRAVINA et al., 2007, p. 35).

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A HAS, como já relatada anteriormente, é vista como a doença cardiovascular mais frequente no Brasil e em outros países, sendo também a responsável por uma infinidade de complicações como: Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio e Doenças Renais Crônicas. Devido a sua alta prevalência, é considerada um problema de saúde pública com altas taxas de mortalidades e internações (ARTIGAS, 2009).

As razões para o controle inadequado da pressão arterial são complexas. Vários fatores podem ter influência, tais como baixa adesão ao tratamento, estratégias de tratamento inadequadas e presença de lesões cardiovascular irreversível antes do início do tratamento (MION, 2006).

6 PROPOSTA DE INTERVENCAO

Com o problema bem explicado e identificado, é necessário pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

O objetivo é descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nos críticos”, identificar os produtos e resultados para cada operação definida, identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Ao fazer a análise situacional do território da equipe de saúde do PSF Maria Helena, foi determinado um grupo de problemas que afetam a população e que interferem em seu estado de saúde.

6.1 Primeiro Passo – identificação dos problemas

Os principais problemas identificados em PSF Maria Helena foram:

- 1- Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica, sem estratificação de risco cardiovascular.
- 2-Alta incidência de pacientes diabéticos descompensados;
- 3- Alta incidência de doenças mentais;
- 4- Aumento da incidência de doenças cardiovasculares;
- 5-Alto nível de analfabetismo em pacientes idosos que dificulta sua atenção;
- 6- A ausência de agente comunitário em uma micro-área.

6.2. Priorização dos Problemas

Equipe Maria Helena				
Principias Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de HAS, sem estratificação de risco cardiovascular.	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de pacientes diabéticos	Alta	5	Parcial	2

descompensados.				
Alta incidência de doenças mentais	Alta	5	Parcial	2
Aumento de doenças cardiovasculares.	Alta	5	Parcial	3
Número elevado de pacientes idosos analfabetos dificultando a atenção.	Alta	4	Parcial	3
Ausência de agente comunitário em uma micro-área.	Alta	5	Parcial	3

6.3 Terceiro Passo: Descrição do problema

O tema escolhido para ser abordado é a hipertensão arterial.

6.4 Quarto Passo: Explicação do problema

Causas:

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. Além disso, sobre os fatores modificáveis se pode trabalhar, modificar e eliminar para obter o melhor controle dessa doença e evitar as complicações que a mesma provoca. Considera-se então uma doença de fácil controle e manejo.

A hipertensão arterial é uma doença e um fator de risco para outras doenças como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal.

Consequências:

A hipertensão não tratada ou descontrolada pode levar a várias lesões orgânicas: coração, cérebro, rins, artérias e olhos que são particularmente vulneráveis a esta doença. Destas lesões em órgãos alvos resultam doenças irreversíveis com sequelas que afetam a qualidade de vida e podem levar até a morte do paciente.

6.5 Identificação dos nós críticos

Nossa equipe de saúde identificou como “nos críticos” os fatores relacionados com o problema principal:

- Sedentarismo.
- Tabagismo.
- Maus hábitos alimentares.

6.6 Desenho das operações

Nos críticos	Operação\Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários.
Sedentarismo	“Viver melhor” Promover atividades físicas.	Práticas de atividades físicas.	Melhorar a qualidade do sono e convivência	Econômicos- Para melhorar estruturas esportivas. Organizacionais- Para caminhadas, Praticar esporte. Cognitivos - para promover educação. De poder - para promover eventos de estímulo às práticas corporais.

Tabagismo	“Saber mais” Promover educação para prevenção de uso de tabaco.	Diminuir o número de usuários de fumo.	Campanha educativa. Programa saudável.	Econômicos- para financiar campanhas, estabelecer programas de educação e comunicação. Organizacional- escolas, centros de trabalho, comunidade. Cognitivo- conhecimentos sobre os prejuízos do consumo de tóxicos. De poder – inter-setorialidade.
Maus hábitos alimentares	“Mais saúde” Modificar hábitos alimentares.	Práticas de alimentação saudável.	Material educativo.	Econômicos- para folhetos educativos, material instrucional. Organizacional- para fazer avaliação nutricional; conferências. Cognitivos- para reduzir riscos. De poder- para realização de campanhas de saúde.

6.7 Identificação dos recursos críticos:

A identificação dos recursos críticos constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações.

Operação projeto	
Viver melhor	De poder- para promover eventos de estímulo às práticas corporais. Econômico- para melhorar estrutura esportiva.

Saber mais	De poder- intersetorialidade.
Mais saúde	De poder- para realização de campanhas de saúde. Econômico- para folhetos educativos, material instrucional.

6.8 Análise de viabilidade do plano:

A idéia central que preside este passo é de que o ator controle todos os recursos necessários para a execução do seu plano.

Objetivos:

1. Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação.
2. Fazer análise de motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano.
3. Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Propostas de ações para motivações dos atores.

Operações\projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos.		Ação estratégica.
		Ator que Controla.	Motivação	
Vive melhor	De poder- para promover eventos de estímulo às práticas corporais. Econômico- aquisição de recursos para melhorar estrutura esportiva.	Associação de bairro. Sec. de lazer.	Favorável Favorável.	Não. Projeto.
Saber mais.	De poder- intersetorialidade	Sec. de cultura. Educação Cultura ONG Ação social.	Favorável.	Projeto.
Mais saúde.	De poder- realização de campanhas de saúde.	Sec. de saúde.	Favorável.	Não.

	Econômico- para folhetos educativos, material instrucional	Sec. Saúde. Sec. Educação.	Favorável.	Não.
--	--	-------------------------------	------------	------

6.9 Plano operativo

O objetivo desse passo é designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação)

Operações	Resultados	Programa	Ações estratégicas.	Responsável.	Prazo
Viver melhor	Práticas de atividades físicas.	Programas esportivos.	Mudanças de comportamento.	Equipe de Saúde, Sec. de Saúde, Sec. De Esporte.	Seis meses.
Saber mais	Diminuir o número de fumantes.	Campanhas educativas.	Apresentar projeto.	Promotores de saúde. Sec. De Saúde.	Seis meses.
Mais saúde	Práticas de alimentação saudável	Campanhas de saúde.	Educação Permanente	Equipe de saúde. Sec. de Saúde.	Três meses.

6.10 Cronograma e gestão do plano

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas necessárias no processo de planejamento e demandam certo trabalho da equipe de saúde. É fundamental que a equipe acompanhe cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo se necessário e assim garantir a qualidade de seu trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como evidenciado, a partir da literatura pesquisada, a hipertensão arterial acomete um grande número de pessoas. Torna-se, portanto, necessário cumprir as diretrizes do protocolo da Hipertensão Arterial, para proporcionar aos pacientes as informações necessárias, permitir mudança de hábitos e estilos inadequados de vida, diminuir complicações da hipertensão e morbimortalidade pela doença; além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Espera-se que este projeto de intervenção seja implantado e que possibilite a melhoria da qualidade de assistência aos pacientes atendidas na Unidade Básica de saúde de Ribeirão das Neves.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único da Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde; 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da atenção básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica.- Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, F.C.; FARIA. H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação de Saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

LOPES, M. S. V.; SARAIVA. K. R. O.; FERNANDES, A. F. C.; XIMENES, L. B. **Análise do conceito de promoção da saúde**. Revista Texto e Contexto-Enfermagem, Florianópolis, v. 19, n. 3, 2010.

MORESI, E. (Organizador), **Metodologia de Pesquisa**. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003.

SILVA C N da; FERREIRA J S. Programa de exercícios físicos para hipertensos: Aplicação em Unidades Básicas de Saúde da Família.
[http://www.efdeporte.com/RevistaDigital-Buenos aires -año 15-n 143- abril 2010](http://www.efdeporte.com/RevistaDigital-Buenos%20aires%20-%C3%A1o%2015-n%20143-abril%202010).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v.95, (1 supl.1), p: 1-51. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde** / organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011

SILVA, J. L.; SOUZA, S. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004.

MALFATI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, supl 1, 2011.

MALUF Jr, I.; ZAHDI, M. R.; UNTERSTELL, N.; MALUF, E. M. C. P.; SOUSA, A. B.; LOURE, F. D. Avaliação da adesão de médicos ao protocolo de hipertensão arterial da secretaria municipal de saúde de Curitiba. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 94, n. 1, 2010.

TOLEDO, M. N.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto Enfermagem**, v 16, n. 2: p 233-238, 2007.

MOLINA, B.; CUNHA, M. D.; HERKENHOFF, L. F.; MILL, J. G. Hipertensão arterial e consumo de sal na população urbana. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 6: p 743-750, 2003.

