

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

**YAMILA ORTIZ GUZMAN**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
ESF CRUZ ARAÚJO DO MUNICÍPIO CÔNEGO MARINHO**

**MONTES CLAROS -- MINAS GERAIS**

**2015**

**YAMILA ORTIZ GUZMAN**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
ESF CRUZ ARAÚJO DO MUNICÍPIO CÔNEGO MARINHO-MG**

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

Orientador: Ms. Christian Emmanuel Torres Cabido.

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS  
2015**

YAMILA ORTIZ GUZMAN

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
ESF CRUZ ARAÚJO DO MUNICÍPIO CÔNEGO MARINHO-MG**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Ms. Christian Emmanuel Torres Cabido (Orientador)

Examinador 2 – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2015

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha família, de forma especial meus filhos que são meu motor impulsor.

A todos os amigos e colegas que me ajudaram de uma forma ou outra para concretização dos meus objetivos.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço primeiramente a DEUS, que é a fonte maior da minha existência. Pois sem ele eu não estarei vencendo mais essa etapa em minha vida. Agradeço a minha família por seu apoio em cada passo de minha vida. A minha equipe da saúde que sempre esteve ao meu lado na construção e concretização dos meus objetivos. Ao meu orientador, pela paciência e compreensão, e por não ter desistido de mim.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Na Análise da Situação de Saúde (ASS) da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da Comunidade de Cruz dos Araújo de Cônego Marinho-MG observa-se uma alta incidência desta doença, em que os nós críticos foram: baixo nível de informação da população sobre a HAS; hábitos e estilos de vida inadequados o que aumentada as complicações da HAS. Assim, o objetivo do presente estudo e foi propor um plano de ação para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos atendidos pela UBSF da Comunidade de Cruz dos Araújo. O estudo foi desenvolvido por meio de levantamento bibliográfico utilizando bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O material lido foi fichado e registrado as principais idéias e teorias pertinentes ao tema. A partir do estudo, foi possível observar os fatores que aumentam as complicações podendo assim, sugerir estratégias para amenizar esta problemática e construir uma proposta de um plano de ação. Esperamos que a partir do estudo pudesse compreender um pouco mais sobre a complexidade do paciente idoso em seu contexto, refletindo sobre ações e estratégias que possa minimizar esse problema.

**Palavras chaves:** hipertensão; fatores de risco; qualidade de vida.

## ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a serious public health problem in Brazil and abroad, one of the most important risk factors for development of cardiovascular, brain vascular diseases and renal diseases. The Analysis of Health Situation (SSA) of the Basic Family Health Unit (BFHU) of the Community of the Cross of Araujo of Canon Marine-MG observed a high incidence of this disease which do not criticize been low level of informing the general public about the HAS, habit and lifestyle inadequate for what HAS complications were more frequent this reason to carry out this work in order to increase the level of knowledge of hypertensive patients modify habits and lifestyle and thus reduce complications was made an intervention study in the period August 2014 to M.arch 2015. The study was conducted through literature using computerized databases of the Virtual Health Library (VHL). The material read was booked and registered the main ideas and theories relevant to the topic. From the study, we observed the factors that increase the complications and can thus suggest strategies to mitigate these problems and build a proposal for a plan of action. We expect from the study can understand more about the complexity of elderly patients in their context, reflecting on actions and strategies that can minimize this problem

**Key words:** hypertension; risk factors; quality of life.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1:** Classificação da pressão arterial em adultos, maiores de 18 anos

**Quadro 2:** Classificação da Pressão Arterial (> 18 anos).

**Quadro 3:** Classificação da HAS segundo gravidade das lesões nos órgãos-alvo.

**Quadro 4:** Relação dos problemas identificados na ESF da Comunidade Cruz de Araújo Cônego Marinho, Minas Gerais, 2014

**Quadro 5:** Relação dos problemas identificados na ESF da comunidade Cruz de Araújo, segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, Cônego Marinho, Minas Gerais, 2014.

**Quadro 6:** Operações sobre o “nó crítico 1 Hábito y estilo de vida inadequado.

**Quadro 7:** Operações sobre o “nó crítico 2” Baixo nível de informação da população sobre a doença e a complicações



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ESF: Equipe de Saúde da Família.

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

ASS: Análise da Situação de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde.

UBSF: Unidade Básica de Saúde de Família

PA: Pressão Arterial

PES: Planejamento Estratégico Situacional.

HIPERDIA: Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes.

DCV: Doença cérebro vascular.

## SUMÁRIO

|    |                              |    |
|----|------------------------------|----|
| 1. | INTRODUÇÃO.....              | 12 |
| 2. | JUSTIFICATIVA.....           | 15 |
| 3. | OBJETIVOS.....               | 16 |
| 4. | MÉTODOS.....                 | 17 |
| 5. | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....   | 18 |
| 6. | PROPOSTA DE INTERVENÇÃO..... | 27 |
| 7. | CONSIDERAÇÕES FINAIS.....    | 33 |
|    | REFERÊNCIAS.....             | 34 |

## 1. INTRODUÇÃO

Cônego Marinho é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais, criado pela lei Estadual nº 12.030, de 21 de dezembro de 1995 e instalada em 01 de Janeiro de 1997, dividido administrativamente em Distritos e povoados possui os seguintes limites: ao norte limita-se com o município de Montalvânia; ao sul como município de Januária; a leste com os municípios de São João das Missões e Miravânia; a oeste com o município de Bonito de Minas. Possui área territorial 1.641,998 Km<sup>2</sup>. Sua população é de 7.196 habitantes, com Densidade demográfica de 4,32 hab./Km<sup>2</sup> e um total de 1830 domicílios a gestão atual desse município e realizada pelo prefeito Natalino Pereira Rodrigues, secretário municipal de saúde Reginaldo Jesus da Mota, coordenador de atenção básica Silma Pereira Xavier e coordenador de atenção à saúde bucal Berenice Alves Barbosa.

O município de Cônego Marinho conta com 03 equipes de saúde da família (ESF), nela que se encontra o ESF de Cruz dos Araújo localizado na zona rural do município com uma população de 2201 habitantes, 426(19.4) são hipertensos, 175 do sexo masculino e 251 do sexo feminino. Deles, 426 tem acolhimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (100%).

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF de Cruz Dos Araújo, realizado em 2014, foi identificado como problema prioritário o alto índice de hipertensão arterial cujo nós críticos são: hábitos e estilos de vida inadequados (sedentarismo, obesidade, tabagismo), aspectos sociais (desemprego, violência e problema de moradia) e nível de informação.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana (BRASIL, 2006). Em função do critério atual de diagnóstico da HAS (PA 140/90 mmhg), a prevalência desse agravo na população adulta brasileira varia de

22,3% a 43,9%, dependendo da cidade, zona rural e urbana. Por ser uma doença que, na maior parte do seu curso é assintomática, seu diagnóstico e tratamento são freqüentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (BRASIL, 2005).

A HAS constitui um dos problemas médicos e sanitários mais importantes da medicina contemporânea e o controle da mesma é a pedra angular sobre a que temos que ativar para diminuir em forma significativa a morbimortalidade por cardiopatia, doenças cérebro vasculares e renais sobre todas as idades geriátricas. Tudo isto nos motiva a dirigir nosso projeto de intervenção a este problema de nossa população e assim diminuir as complicações e mortalidade pela mesma. Enfatiza-se, portanto a realização de uma proposta de otimização desta adesão, com esse plano de intervenção para a melhoria dos pacientes. Concomitantemente, entre outras providências e alternativas, pode-se recorrer à educação em saúde, pois o trabalho aumenta o nível de consciência sobre os perigos da doença. Nesse sentido, a equipe de saúde da unidade procura buscar estratégias para motivar a adesão dos pacientes ao tratamento adequado, prevenir as complicações e, com isto, melhorar a sua qualidade de vida, trazendo consigo um estilo de vida saudável.

A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor de saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade (BRASIL, 2005).

A prevenção primária, segundo Rouquaryol (2003) se faz com a interceptação dos fatores pré-patogênicos e inclui: promoção à saúde e proteção específica. Uma vez que parte dos portadores de hipertensão recorre ao SUS para receber atendimento na atenção básica, surge um grande desafio de prevenir e controlar essa doença. Por isso a realização deste projeto, que pode permitir a troca de experiências entre os participantes e fomentar a desconstrução de mitos e a construção de saberes em relação à HAS. Dessa forma, estimular-se-

iam a prevenção de complicações para esses indivíduos e possíveis mudanças de comportamentos relacionados aos fatores de risco para a HAS como tabagismo, sobrepeso sedentarismo, etilismo e alimentação inadequada.

Esse trabalho teve o intuito de promover ações de educação em saúde aos pacientes com HAS adscritos a Unidade Básica de Saúde (UBS) Cruz Araújo do município Cônego Marinho - MG, e assim diminuir as complicações e mortalidade pela mesma.

## 2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica entre a população da comunidade adscritos na equipe de Cruz de Araújo Cônego Marinho Minas Gerais, bem como pelo pouco conhecimento sobre esta doença, o grande número de idosos com níveis pressóricos não controlados e suas consequências, assim como o desconhecimento de fatores de risco para esta doença.

É conhecido que a HAS não controlada se torna responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular encefálico, 25% por doença arterial coronariana, junto ao diabetes mellitus, responsável por 50% dos casos de insuficiência renal em fase terminal. Uma doença das mais presentes na Unidade Básica de Saúde (UBS) Cruz Araújo afetando 19,5 % da população maior de 15 anos atendida.

O controle dos fatores de risco modificáveis é mandatório para um melhor prognóstico da saúde pública nessa comunidade. Dessa forma, surge a importância de novas formas de abordagem através de atividades educativas regulares e que consigam atingir um bom alcance.

A equipe de Saúde da Família Cruz Araújo participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, em HAS, e que, portanto, a proposta é viável.

### **3. OBJETIVO**

Elaborar um plano de ação para reduzir as complicações da hipertensão arterial na área de abrangência do ESF Cruz Araújo do município Cônego Marinho - MG.

#### **4. MÉTODOS**

Para a elaboração do plano de intervenção foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) por meio dos seguintes descritores: hipertensão e estratégia saúde da família. Foi também utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF, foi elaborado um plano de ação para enfrentamento do problema identificado como prioritário (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foram considerados os artigos publicados nos últimos dez anos.



## 5. REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão Arterial Sistêmica é um transtorno do sistema cardiovascular caracterizado pela existência de valores persistentes de pressão arterial superiores aos considerados universalmente normais, sendo que a pressão arterial normal de um adulto corresponde a uma pressão sistólica máxima menor ou igual a 140 mmHg e a uma pressão diastólica menor ou igual a 90 mmHg (CADERNO DE ATENCAO BÁSICA, 2006). É considerada uma doença crônica não transmissível, sendo conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados à alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos, como, hipertrofias cardíacas e vasculares (CFS, 2005). Sendo a HAS uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento por toda a vida. A HAS é uma doença multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, associada freqüentemente a lesões de órgãos-alvo e alto risco de desfechos cardiovasculares. É um problema de saúde pública, com crescente incidência e prevalência em todo o mundo. No Brasil, as estatísticas se assemelham ao resto do mundo com estimativas de que um quarto da população brasileira padeça da doença (SBC, 2010). O tratamento da hipertensão arterial é um desafio, pelas dificuldades na abordagem e controle da evolução da doença, possíveis complicações e a falta de adesão dos pacientes ao tratamento (COELHO, 2008). O tratamento baseia-se na mudança no estilo de vida e no tratamento farmacológico.

Para realizar adequadamente a avaliação de pressão arterial deve se (BELO HORIZONTE, 2009)

- Repousar pelo menos 5 a 10 minutos em lugar calmo.
- Esvaziar a bexiga.
- Não praticar exercício físico 60 a 90 minutos antes da aferição.
- Evitar a ingestão de café ou álcool antes da aferição pelo menos duas horas.
- Evitar o fumo 30 minutos antes da aferição.

- Manter o paciente sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.
- Remover as roupas do braço onde será colocado o manguito.
- Fixar o braço na altura do coração (no ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.
- Solicitar para que a pessoa não fale durante a medição.
- Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço: crianças ou adultos.
- Colocar o manguito, sem deixar folgas, cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa cubital.
- Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
- Estimar o grau da pressão sistólica. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva.
- Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o grau estimado da pressão sistólica.
- Proceder à desinflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg/s). Primeiro somido de Korotkoff considera-se PA sistólica e a diastólica desapareção do mesmo.

A definição dos limites e a classificação da pressão arterial foram determinadas a partir de estudos estatísticos populacionais pela OMS e pelo consenso da comunidade científica, especializada, com revisões avaliativas periódicas. Segundo as diretrizes da OMS, para a classificação do 3º Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL. Ministério da Saúde 1998) apresentado no quadro seguinte.

**Quadro 1:** Classificação da pressão arterial em adultos, maiores de 18 anos.

|                      | <b>Pressão diastólica</b> | <b>Pressão sistólica</b> |
|----------------------|---------------------------|--------------------------|
| Normal               | 80                        | 120                      |
| Normal limítrofe     | <85                       | <130                     |
| Hipertensão leve     | 85 a 89                   | 130 a 139                |
| Hipertensão moderada | 90 a 99                   | 140 a 159                |
| Hipertensão grave    | 100 a 109<br>>110 < 90    | 160 a 179<br>>180 > 140  |

**Fonte:** 3º Consenso Brasileiro de HAS (2001).

Atualmente, os critérios para diagnóstico e classificação dos indivíduos acima dos 18 anos, de acordo com os níveis tensionais obedecem a 4ª Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2002).

**Quadro 2:** Classificação da Pressão Arterial (> 18 anos).

|                   | <b>Pressão diastólica</b> | <b>Pressão sistólica</b> |
|-------------------|---------------------------|--------------------------|
| Ótima             | < 80                      | < 120                    |
| Normal            | < 85                      | < 130                    |
| Normal limítrofe  | 85 a 89                   | 130 a 139                |
| Estigio leve      | 90 a 99                   | 140 a 159                |
| Estigio moderado  | 100 a 109                 | 160 a 179                |
| Estigio grave     | >110                      | > 180                    |
| Sistólica isolada | < 90                      | 140                      |

**Fonte:** Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (2002).

Uma vez caracterizado o quadro de hipertensão arterial, na dependência da associação com fator causal desencadeante, esta pode ser classificada como, sendo primária ou secundária. Na hipertensão arterial primária, não se determina uma causa específica para o aparecimento da patologia. Enquanto, na secundária consegue-se diagnosticar um fator causal específico. No caso da hipertensão arterial na gravidez, uma das três causas principais do óbito maternos, os tumores cerebrais que, levam ao aumento da pressão intracraniana, as disfunções glandulares, as patologias renais, o uso de substâncias exógenas, entre outros (BRASIL, 2005).

**Quadro 3:** Classificação da HAS segundo gravidade das lesões nos órgãos-alvo.

| <b>Orgão afetado</b> | <b>Complicações</b>   |
|----------------------|---|
| Coração              | Angina pectoris, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca.  |
| Cérebro              | Acidente vascular cerebral, ataques isquêmicos transitórios, encefalopatia hipertensiva, demência associada a má circulação cerebral. |
| Fundo de olho        | Hemorragia e exsudatos como ou sem papiledema   |
| Rins                 | Creatinina > 2,0 mg/dl, insuficiência renal   |
| Vasos                | Aneurisma dissecante, doença arterial oclusiva sintomática.   |

**Fonte:** Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (2002).

A hipertensão arterial é considerada como uma das principais doenças de morbimortalidade, causando as chamadas doenças cardiovasculares, tendo como fator etiológico, aspectos genéticos e ambientais. É caracterizada, como uma síndrome multifatorial, poligênica, devido a alterações no mecanismo de controle da pressão arterial, causando anormalidades das estruturas das artérias e do músculo cardíaco ocasionando disfunção endotelial.

A hipertensão arterial sistêmica torna-se uma problemática para a saúde pública mundial, devido sua alta incidência e associação com as DCV, independente dos fatores de risco associados. No Brasil, a HAS atinge mais de 20 milhões de pessoas. Para essa incidência significativa faz-se necessário entender meios que aceleram o desenvolvimento das DCVs, como a hereditariedade, sedentarismo, stress e elevado consumo de sal. Segundo a 5ª Diretriz Brasileira de Hipertensão em 2006, a HAS caracteriza-se como um dos fatores independente para as DCV, gerando custo elevado tanto médico e socioeconômico, devido suas principais repercussões e sendo responsável pela causa de 25% das DVCs.

Após vários estudos a HAS foi definida com o principal fator de risco tanto para a morbidade, quanto para a mortalidade por DCV. Estudos epidemiológicos comprovaram que elevados níveis de pressão arterial aumenta a tendência de o indivíduo evoluir para doença coronariana, e insuficiência cardíaca congestiva (ILD, 2003). De acordo com Martinez (2004) a HAS modifica a função endotelial, diminuindo a vasodilatação do endotélio e aumentando a interação de placas coronarianas e monócitos, com a célula endotelial.

### **Alguns fatores de risco predisponentes da Hipertensão Arterial**

O documento "Hipertensão e Diabetes", da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, de 2007, traça um perfil epidemiológico e de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. De acordo com esse documento, tais doenças são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco como tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade e a dislipidemia. Esses fatores estão associados não apenas ao aumento da

incidência destas doenças, mas também ao seu controle e à progressão, devendo, por isto fazer parte da abordagem integral dos pacientes com doenças crônicas.

Na etiologia da HAS são apontados como fatores de risco para ocorrência de HAS podem ser classificados como modificáveis ou não modificáveis. Dentre os não modificáveis estão a idade, sexo e a história familiar. Já entre os modificáveis estão o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo e o sedentarismo.

O documento da secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, "Hipertensão e Diabetes", de 2007, traz no seu texto algumas abordagens dos fatores de risco relacionados à Hipertensão Arterial. Nesse espaço são apresentados os fatores não-modificáveis. Eles são assim descritos pelo seguinte documento (p.17):

**Não-modificáveis:**

- ✓ Hereditariedade: história familiar de Hipertensão Arterial;
- ✓ Idade: o envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da HAS em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de HAS mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos;
- ✓ Raça: nos Estados Unidos, estudos mostram que a raça negra é mais propensa à HAS que a raça branca. No Brasil, não há confirmação dessa evidencia.

**Modificáveis:**

- ✓ Sedentarismo: aumenta a incidência de HAS. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver HAS em relação aos indivíduos ativos, a atividade física reduz a pressão arterial;
- ✓ Tabagismo: o consumo de cigarros está associado ao aumento agudo da pressão arterial e a um maior risco de doenças cardiovasculares;
- ✓ Excesso de sal: o sal pode desencadear agravar e manter a hipertensão;

- ✓ Bebidas alcoólicas: o uso abusivo de bebidas alcoólicas pode levar à HAS.
- ✓ Peso: a obesidade está associada ao aumento dos níveis pressóricos. Ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos para HAS, sendo a obesidade um importante indicador de risco cardiovascular aumentado;
- ✓ Estresse: excesso de trabalho angustia, preocupações e ansiedade ser responsáveis pela elevação aguda da pressão arterial.

O risco que a elevação da PA representa para o sistema cardiovascular e outros órgãos é bem conhecido, conforme Fuchs *et al.* (1995). Esse autor desenvolveu um estudo na região urbana de Porto Alegre, visando avaliar a prevalência de HAS e sua associação a fatores biológicos, socioeconômicos e de exposição ambiental; os resultados desse estudo mostraram que a prevalência de HAS, em comparação aos dados oferecidos na década de 70, aumentou com a idade, em grande proporção nos obesos e naqueles com histórico familiar de HAS. Entre outros fatores, a prevalência de HAS aumentou também entre os de menor escolaridade e entre aqueles que faziam uso do álcool abusivamente.

O estudo realizado por Pessuto (1998) corrobora o que diz o documento “V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial”, elaborado pelo Arquivo Brasileiro de Cardiologia, em 2006, quando afirma que a pressão arterial aumenta com a idade. A idade é considerada por esse autor e pelo referido documento como um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da HAS. Isso se deve às alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, consequência do processo de envelhecimento.

Duncan (1991) e Lolio (1990) ao apontarem a renda familiar e a escolaridade como indicadores de classe social, afirmam que a hipertensão tem se mostrado mais frequente em trabalhadores pertencentes às classes mais desfavorecidas e com menor escolaridade.

Vários estudiosos vêm apontando que a baixa escolaridade tem implicação direta nas condições de saúde das populações. Segundo Berlezi (2007) isso é uma verdade, uma vez que a precária condição socioeconômica associada à baixa escolaridade interfere em todos os aspectos da saúde.

São vários os fatores de risco que contribuem para o agravamento da HAS. Entre os estudiosos do assunto é unânime a afirmação de que entre esses fatores estão o consumo de bebida alcoólica (PESSUTO; CARVALHO, 1998), o tabagismo (OLIVEIRA, 2001), a obesidade e o sedentarismo.

O paciente com HAS precisa de cuidados de toda a equipe de saúde, portanto o atendimento ao hipertenso deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, onde todos da equipe possam estar treinados para esse atendimento. Apesar disso o enfermeiro é considerado o ponto chave para que o paciente tenha melhor adesão ao seu tratamento é importante que o paciente siga corretamente as orientações e ações realizadas pelo PSF, para que conseqüentemente haja controle de seus níveis pressóricos de pressão arterial (COREN, 2012).

As ações educativas são de grande importância para a eficiência do tratamento dos hipertensos, no entanto, essas ações devem ser permanentes e permeadas pela educação em saúde, para possam esclarecer dúvidas e direcionar o autocuidado. A educação é um componente essencial para a promoção, manutenção e restauração da saúde, devendo agir de maneira consciencioso enquanto prática interdisciplinar que possibilite mudanças de comportamento da população. Portanto, isso só pode ocorrer quando essa viabilidade é reconhecida pelos profissionais de saúde, onde estes enquanto profissionais de saúde reconheçam e valorizam o saber socialmente constituído por esta clientela. A partir desse reconhecimento, ocorrerá a produção efetiva de novos conhecimentos, modificando o comportamento de saúde da clientela, objetivando atingir o melhor nível de bem-estar no esclarecimento de dúvidas e direcionamento do autocuidado, sendo que a educação é um componente essencial para a promoção, manutenção e



restauração da saúde, devendo agir de maneira consciente (JARDIM, 2001 apud HOLANDA *et al.*, 2005)

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

No que tange aos problemas identificados, verificou-se que em toda área de abrangência da ESF existem elevados índices de pacientes com problemas crônicos, como a Hipertensão Arterial, baixa adesão ao pré-natal, dentre outros problemas (QUADRO 4).

**Quadro 4:** Relação dos problemas identificados na ESF da Comunidade Cruz dos Araújo, Conego Marinho, Minas Gerais (2014).

| Descrição do problema   | Faixa etária mais atingida  | Área mais atingida            |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Baixa adesão ao pré-natal   | 20 a 35 anos                | Zona Rural                    |
| Alto índice de mortalidade infantil                                     | Menor de 1 ano.             | Todo território do município. |
| Pouco acesso dos idosos nos diversos níveis de atenção.                 | Acima de 60 anos            | Todo território do município  |
| Poucas ações de planejamento familiar                                   | Idade reprodutiva da mulher | Todo território do município  |
| Pouca inserção dos pacientes com transtorno mental no serviço de saúde. | Acima de 20 anos.           | Todo território do município  |
| Alta incidência da hipertensão arterial e diabetes.                     | A partir de 40 anos.        | Todo território do município  |

**Fonte:** Elaborada pela própria autora.

Após a identificação dos principais problemas, foi necessário priorizar os mais importantes. Para tal, foram utilizados os seguintes critérios: importância do problema; urgência e capacidade do grupo para enfrentá-lo. A seleção dos problemas foi feita através da análise dos pontos obtidos, conforme evidenciado no Quadro 5.

**Quadro 5:** Relação dos problemas identificados na ESF da comunidade Cruz dos Araújo, segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, Conego Marinho Minas Gerais (2014).

| Principais problemas  | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Total |
|---|-------------|----------|-----------------------------|-------|
| Elevada frequência de hipertensão arterial.                             | 09          | 09       | 06                          | 24    |
| Poucas ações de planejamento familiar                                   | 10          | 08       | 05                          | 23    |
| Pouca inserção dos pacientes com transtorno mental no serviço de saúde. | 09          | 05       | 06                          | 20    |
| Baixa adesão ao pré-natal   | 10          | 06       | 06                          | 22    |
| Pouco acesso dos idosos nos diversos níveis de atenção.                 | 08          | 08       | 05                          | 21    |

**Fonte:** Elaborada pela própria autora.

Foi possível observar que o problema mais relevante da equipe é a elevada frequência de HAS. Considerando que tais agravos são passíveis de intervenção,

pois apresentam fatores de risco modificáveis, como tabagismo, dislipidemia, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, a atuação da equipe de saúde pode favorecer ações de promoção à saúde e prevenção das doenças.

Na contextualização do problema, identificamos que vários fatores influenciam na alta prevalência dessas doenças, sobretudo sua correta identificação. Verificou-se que o cadastro das famílias não descrevia os dados necessários para o acompanhamento adequado das pessoas. Tal situação incorria no fato do usuário não ter atendimento específico na unidade de saúde, levando-o ao uso inadequado da medicação e acompanhamento insuficiente, sem realização dos exames complementares. Além disso, evidenciou-se que há, por parte dos clientes, falta de informações sobre a doença, como importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida, incluindo a alimentação saudável e atividade física.

Destaca-se também a ausência de realização de ações de promoção da saúde e prevenção por parte da equipe, baixo nível de informação da população em relação à HAS, alta rotatividade de profissionais na equipe e equipe de saúde incompleta.

O plano de ação tem como objetivo a aplicação do método do Planejamento Estratégico Situacional e vamos considerar a sua construção como uma caminhada na qual cada passo dado refere-se a um conjunto de atividades que precisam ser conhecidas e elaboradas para que, ao final, seja possível o desenho do plano como um todo. (CAMPOS, FARIAS e SANTOS, 2010).

A elaboração do Plano de Ação é uma forma de enfrentar os problemas da equipe de forma mais sistematizada, menos improvisada e por isso, com mais chances de sucesso.

O nó crítico é definido como um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo. Foram selecionados:

Os nós críticos de nosso problema são:

1-“Hábitos e estilos” de vida inadequados em pacientes com hipertensão arterial.

2-“Baixo nível de informação da população.

**Quadro 6:** Operações sobre o “nó crítico 1 Hábito y estilo de vida inadequado

|  |   |
|--|---|
| Nó crítico 1                                 | Hábitos e estilos de vida inadequados   |
| Operação                                     | Modificar hábitos e estilos de vida   |
| Projeto                                      | Mais Saúde.   |
| Resultados esperados                         | Diminuir um 15 % de sedentários, obesos e tabagistas  |
| Produtos esperados                           | Programa de caminhada saudável<br>Consulta para alimentação alimentar;<br>Atendimento a comunidade de forma integral para a adoção de um estilo de vida ativo.                                      |
| Atores sociais/<br>responsabilidades         | Médico e Enfermeiro   |
| Recursos necessários                         | Cognitivo: informação de estratégia<br>Organizacional para caminhadas<br>Político: conseguir o local, mobilização social.<br>Financeiro: conseguir recursos audiovisuais e folhetos para palestras. |
| Recursos críticos                            | Cognitivos, políticos, financeiro.  |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Gerente da Unidade  |
| Ação estratégica/<br>motivação               | Favorável   |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Responsáveis                       | Médico, Enfermeiro  |
| Cronograma / Prazo                 | Semestral   |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Controle Sistemático e avaliação do cumprimento das atividades planejadas no quanto ao cumprimento das Estratégias da Saúde da Família. |

**Fonte:** Elaborada pela própria autora.

**Quadro 7:** Operações sobre o “nó crítico” 2 Baixo nível de informação da população sobre a doença e a complicações.

|   |  |
|---|--|
| Nó crítico                                    | Baixo nível de informação da população sobre a doença e a complicações   |
| Operação                                      | Aumentar o nível de informação da população sobre a doença e a complicações  |
| Projeto                                       | Saiba mais de Hipertensão.   |
| Resultados esperados                          | População mais informada aumenta anos de vida  |
| Produtos esperados                            | Campanha na rádio e imprensa locais<br>Capacitação dos ACS   |
| Atores sociais/<br>responsabilidades          | Médico e Enfermeiro  |
| Recursos necessários                          | Organizacionais: para organização na agenda para a campanha de divulgação na radio<br>Políticos: Apoio da gestão; aquisição de espaço nas redes locais<br>Financeiros: materiais didáticos<br>E áudio visual |
| Recursos críticos                             | Organizacionais, políticos, financeiro.  |
| Controle dos recursos críticos / viabilidades | Gerente da Unidade   |
| Ação estratégica/                             | Favorável  |

|  |   |
|--|---|
| motivação                                |   |
| Responsáveis:                            | Equipe de saúde   |
| Cronograma / Prazo                       | Imediato  |
| Gestão,<br>acompanhamento e<br>avaliação | Controle Sistemático e avaliação do cumprimento das<br>atividades planejadas no quanto ao cumprimento das<br>Estratégias da Saúde da Família. |

**Fonte:** Elaborada pela própria autora.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com esse plano de intervenção esperamos reduzir o número de hipertensos da população de abrangência, alcançar melhor assistência aos pacientes hipertensos e sua prevenção em nossa equipe de saúde; trabalhar com os diferentes grupos de risco para ensinar como atuar sobre os principais fatores que descompensam a HAS e, assim, evitar as complicações provenientes da HAS.

Ao término de todas as atividades, pediremos para que os participantes falem em uma palavra a experiência vivida, para avaliar o conhecimento, o que, seguramente, contribuirá para uma mudança nos hábitos saudáveis de vida.



## REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular. Belo Horizonte, 2009; disponível em: [http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/atadulto/protocolo\\_hipertensao\\_web.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/atadulto/protocolo_hipertensao_web.pdf). Acesso em: 2 abr. 2015.

BERLEZI, Evelise Moraes. Estudo de fatores de risco para doenças cardiovasculares em indivíduos hipertensos adscritos a uma unidade de saúde da família. 2007. 135 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BRASIL. Ministério de Saude.Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Basica.Brasília: ministério de saúde,2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes.

Cadernos de Atenção Básica “Hipertensão arterial sistêmica” nº 15 Ministério da saúde 2006.

CAMPOS, F.C. RIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de C.; FA Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2010. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 7 mar. 2015.

CESARINO, C.B; FORNAZARI, P.A; SANTOS, F.S; MONTEIRO, P.C. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. Arq. Ciênc. Saúde 2005 abr-jun; 12(2): 73-9

COELHO, J.S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. 2008, 44p.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo>. Acesso em: 7 mar. 2015.

COREN. Protocolo de Enfermagem Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, Janeiro de 2012; Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAfp1kAK/protocolo-fluxo-hipertensao-arterial-pdf-df>Acesso em: 8 abr. 2015

III COSSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSAO ARTERIAL v.31998 São Paulo. Disponível em <http://www.sbn.org.byconsoi.htm>. Acesso em: 10 de outubro de 2003

DUNCAN, B.B. As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não transmissíveis. Porto Alegre, 1991. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina/UFRGS

V Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial 2006 / v brazilianguidelinesforarterialhypertension 2006. Int. j. Atheroscler. V. 1, n. 2, p. 71-123, 2006.

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. [www.sbh.org.br/revistas/2002\\_N4\\_V5/revista4Hipertensao2002.pdf](http://www.sbh.org.br/revistas/2002_N4_V5/revista4Hipertensao2002.pdf)

FUCHS FD, MOREIRA LB, MORAES RS, BREDEMEIER M, CARDOZO SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudo de base populacional. Arq. Bras. Cardiol. 1995; 63 (6):473-79.

HOLANDA, S D O, et al 2005; ADESÃO DO CLIENTE HIPERTENSO AO TRATAMENTO: ANÁLISE COM ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR; Frota MA, 2005; Texto Contexto Enferm. 2005 Jul-Set; 14(3): 332-40; disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a03.pdf>; Acesso em 08/01/2013.

IRIGOYEN, M.C.; LACCHINI, S.; DE ANGELIS, K.; CICHELINI, L.C. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo, v.13, n. 1, p. 20-45, 2003.

LOLIO CA. Prevalência de hipertensão arterial em Araraquara. Arq. Brasil Cardiologia.1990;55(3):167-73.

MACHADO, M.F.A. S; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS-uma revisão conceitual. Ciência e saúde coletiva.

MARTINEZ CB. Cumprimento terapêutico e hipertensão arterial. Aten Primaria 2004; 34:8:397-8

MINAS GERAIS. **Linha Guia da Hipertensão Arterial**. Belo Horizonte, Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p. Disponível em:<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABq7QAC/linha-guia-hipertensa>. Acesso em: 9 abr. 2015

OLIVEIRA, R.M.C; ANDRADE, L.A.F. Acidente vascular cerebral, Revista de Hipertensão, v, 8.n.3.p.281-283, jul. /set.2001.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Rev.latioam.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, janeiro 1998.

ROUQUARYOL, M.Z; FILHO, N.A. Epidemiologia história natural e prevenção de doenças. In: Epidemiologia em saúde. 5. Ed. Rio de Janeiro: Medica e Cientifica 2003. 570 p. cap. 2. P.15

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados). Acesso em: 7 mar. 2015