

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

REGLA BENITEZ HECHAVARRIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: “REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA E COMPLICAÇÕES
NA HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA NO BAIRRO DE LOURDES –
UBERABA/MG”**

UBERABA/ MINAS GERAIS

2015

REGLA BENITEZ HECHAVARRIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: “REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA E COMPLICAÇÕES
NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA NO BAIRRO DE LOURDES –
UBERABA/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.

Orientado pela: Profa. Dra. Emiliane Silva Santiago.

UBERABA/ MINAS GERAIS
2015

REGLA BENITEZ HECHAVARRIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: “REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA E COMPLICAÇÕES
NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA NO BAIRRO DE LOURDES –
UBERABA/MG”**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. _____

Examinador 2: Prof. _____

Aprovado em Uberaba, em ____ / ____ / de 2015

DEDICATORIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, minha mãe Teresa Hechavarria, minha filha Gabriela e meu esposo.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus por nos dar forças para enfrentar todos os obstáculos encontrados nesta caminhada.

Em especial a nossas professoras de curso que assumiram o papel de orientadora desta pesquisa, pela atenção, ensinamentos, incentivos, dedicação, em especial nos momentos da elaboração do presente estudo, e principalmente pela amizade, paciência e palavras amigas.

A nossa família, por estar sempre ao nosso lado, apoiando as nossas decisões.

E a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

A todos vocês, a nossa eterna gratidão.

*“Se eu puder aliviar a aflição de uma vida, ou aplacar uma dor, ou ajudar um frágil
passarinhoa retornar ao seu ninho não terei vivido em vão”*

(Emily Dickinson)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, e a mais frequente das doenças cardiovasculares. É um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico (como cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca e nefropatias crônicas). No Brasil, são cerca de 23 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. O presente estudo centra-se na Hipertensão Arterial Sistêmica e tem como público-alvo os usuários hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família “Bairro de Lourdes” com o objetivo de elaborar estratégias de intervenção para diminuir a incidência e complicação da Hipertensão Arterial nos pacientes assistidos, desenvolvendo ações educativas para identificar os fatores de risco da doença, causas de complicações e melhorar a atenção a estes pacientes com uma abordagem mais integral.

Palavras Chave: Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Prevalência, Hipertensão.

ABSTRACT

The Hypertension is a chronic disease determined by high levels of blood pressure in the arteries, and the most frequent cardiovascular disease. It is an important risk factor for diseases caused by atherosclerosis and thrombosis, which are externalized predominantly by cardiac involvement, cerebral, renal and peripheral vascular (such as ischemic heart disease, stroke and heart failure and chronic kidney diseases). In Brazil, about 23 million hypertensive patients, 35% of the population 40 years and over. This study focuses on Hypertension and its target audience hypertensive users assisted by the Family Health Strategy "Lourdes district" in order to develop intervention strategies to decrease the incidence and complication of Hypertension in patients assisted by developing educational activities to identify risk factors of the disease, causes of complications and improve care for these patients with a more comprehensive approach.

Keywords: Health System, Primary Health Care, Prevalence, Hypertension.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Localização de Uberaba em Minas Gerais.....13

Figura 2 Órgãos mais afetados pela Hipertensão..... 22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Aspectos Demográficos do Município Uberaba. Período 2012.....15

Tabela 2 Classificação da Hipertensão Arterial em indivíduos maiores de 18 anos...35

SUMÁRIO

1.0.INTRODUÇÃO	12
1.1. HISTORICO DE CRIACAO DO MUNICIPIO	12
2. DESCRICAO DO MUNICIPIO	13
2.1.ASPECTOS GEOGRAFICOS	13
2.2. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS	14
2.3. DADOS DE SANEAMENTO DE UBERABA	14
2.4. PRINCIPALES ATIVIDADES ECONOMICAS	15
2.5. ASPECTOS DEMOGRAFICOS	16
3.SISTEMA LOCAL DE SAUDE	17
3.1.TERRITORRIO/AREA DE ABRANGENCIA	19
3.2. NIVEL DE ALFABETIZACAO	19
3.3. TAXA DE EMPREGO E PRINCIPAIS POSTOS DE TRABALHO	19
3.4. COMO VIVEM, DE QUE VIVEM COMO MORREM	20
4. RECURSOS DA COMUNIDADE	21
4.1. UNIDAD MATRICIAL DE SAUDE	21
4.2. RECURSOS HUMANOS	22
4.3.RECURSOS MATERIAIS	22
5. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	22
6.JUSTIFICATIVA	25
7. OBJETIVOS	27
7.1.OBJETIVO GERAL	27
7.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
8.METODOLOGIA	28
9.RESULTADOS ESPERADOS	34
10.REVISAO BIBLIOGRAFICAS	35
11.PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	38
12.CONSIDERACOES FINAIS	46
13.REFERÊNCIAS	47

1.0 INTRODUÇÃO

Nosso trabalho se desenvolve no município Uberaba. É um município do estado de Minas Gerais, no Brasil. Localiza-se na região do Triângulo Mineiro, pertence à Macrorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião de mesmo nome. Encontra-se a 416,29km de Belo Horizonte (IBGE,2012).

Este município tem como prefeito ao Senhor Paulo Piau Nogueira, Secretário Municipal de Saúde: Marco Tulio Azevedo Cury, Coordenador da Atenção Básica: Elaine Teles Vilela Teodoro, Coordenador da Atenção à Saúde Bucal: Laercio Manguci Junior. Sua população total no ano 2013 foi de 318.813 hab (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017).

1.1 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO.

A cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central, situando-se às margens de rota conhecida como Estrada Real ou Anhanguera, que ligava São Paulo a Goiás. A extensão territorial hoje conhecida como Triângulo Mineiro esteve sob a jurisdição de Goiás até 1816, que diferente das Minas Gerais estava livre do pagamento de impostos sobre minerais. Em 1816, a região do Triângulo Mineiro, que, na época, compreendia o Julgado do Desemboque (onde Uberaba se encontra) e o Julgado do Araxá, deixou de pertencer à Capitania de Goiás e foi anexada à Capitania de Minas Gerais. O sargento-mor Eustáquio pediu e conseguiu, de dom João VI, a elevação de Uberaba à categoria de freguesia em 2 de março de 1820 com o nome de Freguesia de Santo Antônio e São Sebastião do Uberaba, desmembrada da Freguesia do Desemboque. Devido a este fato de importância histórica, se instituiu oficialmente como a data que se comemora o aniversário de Uberaba, 2 de março (IBGE,2012).

Em 1831, foi criada a Vila de Araxá, da qual Uberaba fez parte até sua emancipação política em 1836. Em 22 de fevereiro de 1836, pela lei mineira número 28, Uberaba foi elevada à categoria de município, a Vila de Uberaba, desmembrando-se de Araxá. Em 7 de janeiro de 1837, é instalada a Câmara Municipal, tomando posse os primeiros vereadores, tendo o Capitão Domingos como seu primeiro presidente. Esta lei número 28 também extinguiu o Julgado do Desemboque e o anexou ao município de Araxá (IBGE,2012).

Em 1840, Uberaba é elevada à categoria de comarca, a Comarca do Paraná, desmembrada da comarca de Paracatu. Uberaba é elevada da categoria de vila à categoria de cidade em 2 de maio de 1856 (IBGE,2012.)

A inauguração da Estrada de Ferro, em 1889, representou um grande incremento econômico, atraindo imigrantes europeus e desenvolvendo a pecuária zebuína, de origem indiana, além de atividades industriais e de comércio, dando com isso, impulso à sua estruturação urbana. Em meados do século XX, já contava com faculdades de Medicina, Engenharia, Enfermagem, Filosofia e de Odontologia. A partir dos anos 70 foi feito um esforço de diversificação econômica, visando à ampliação do parque industrial, sobretudo na área de fertilizantes e defensivos agrícolas. Posteriormente, houve implementação do polo moveleiro, entre outros projetos de desenvolvimento integrados, buscando o progresso econômico desta cidade que hoje em dia atinge a marca 315.360 habitantes(IBGE,2012.)

2 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

2.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS

O município tem uma área total de 4.540,51 km², pertence à mesorregião do Triângulo mineira/Alto Paranaíba, microrregião Uberaba, tem como municípios limítrofes: Agua Cumprida, Conceição das Alagoas, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista, Delta, Igarapava (SP), Aramida (SP), Miguelópolis (SP). Tem uma distância Total de 481 km até a capital. Altitude 823 m. Clima tropical de altitude (IBGE,2015)

Concentração habitacional com base em contagem estimada do IBGE em 01/07/2009 a população de Uberaba é de 296.261 habitantes, com os seguintes dados estratificados: Por sexo: mulheres: 153.759 – 51,90 % homens: 142.502 – 48,10%. Nº. Aproximado de domicílios e famílias 96,799 (IBGE,2015)

Figura 1: Localização de Uberaba em Minas Gerais.



Fonte: IBG,2012.

2.2 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Uberaba, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, indica que Uberaba saltou da 9ª para a 4ª colocação em Minas Gerais, num período de 10 anos. O município é considerado a 6ª maior economia de Minas Gerais e a 72ª economia do País. (IBGE, 2012).

Os Serviços com 59,30% é o segmento responsável pela maior parcela da movimentação financeira do município, seguido pela Indústria com 32,05% e pela Agropecuária com 8,65%. No segmento de Serviços foram adicionados os dados da administração, saúde e educação públicas e da seguridade social. (IBGE, 2012).

Em 2012 o IBGE divulgou o ranking dos maiores PIBS agrícola do Brasil, ficando Uberaba em quarto lugar do Brasil, subindo quatro posições e assumindo o maior PIB agrícola de Minas Gerais. É um município que fica em crescimento constante (IBGE, 2012).

2.3 Dados de Saneamento de Uberaba.

Em 1966, foi criada a empresa de economia mista, a Companhia de Água de Uberaba, até então um Departamento. Em 1967 possuía 8.963 ligações de água, com uma produção diária de 5mil m³ de água captada do rio Uberaba. Em 1972 começou a funcionar a segunda Estação de Tratamento de Água

(ETA), passando a produção diária para 35 mil m³. O Centro Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba (CODAU) é uma autarquia municipal criada pela lei complementar 106/1998 e é responsável pelos serviços de captação, tratamento, preservação, distribuição de água potável, coleta, tratamento e neutralização de esgotos sanitários. Em 2003, devido à seca no município, começou a funcionar o Sistema de Transposição das Águas do Rio Claro. Atualmente, o CODAU abastece 99% dos imóveis, aproximadamente 100 mil ligações de água produzindo mais de 70 milhões de litros de água por dia, e realiza em 98% o afastamento do esgoto sanitário. Economias com ligação de água: 99,9% Economias com Ligação de esgoto: 98%. Extensão de redes: Rede de água: 698,65 km Rede de esgoto: 655,25 km (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

2.4 Principais Atividades Econômicas.

As principais atividades econômicas desenvolvidas no município são: Açúcar e álcool, Avicultura, Biotecnologia, Algodão, Alimento e bebida, Bovinocultura de corte e leite, Calçados e confecções, Comercio em geral, Cosméticos, Construção civil, Ensino, Eletrodomésticos e ferramentas, Fertilizantes, Indústria química, Hortifrutigranjeiros, Metalomecânica, Ovinocultura, Indústria moveleira, Produção agrícola, Piscicultura, Prestação de serviços, Suinocultura, Tubos plásticos e derivados (IBGE, 2012).

2.5- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 1:

Tabela 1 - Aspectos Demográficos do Município Uberaba. Período 2012.

Faixa Etária	No.	%
Menor de 1 ano	3516	1,155
1 a 4 anos	14130	4,645
5 a 9 anos	17824	5,859
10 a 14 anos	21288	6,998
15 a 19 anos	23660	7,778
20 a 29 anos	56136	18,45
30 a 39 anos	47667	15,67
40 a 49 anos	43647	14,34
50 a 59 anos	36402	11,96
60 a 69 anos	21426	7,044
70 a 79 anos	12687	4,171
80 e mais anos	5783	1,901
Total	304166	100,00

Fontes: IBEG – Censos Demográficos, 2000 e 2010.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:

Nosso município a Taxa de Crescimento anual é de 1,33%; com uma Densidade demográfica de 70,66 hab./km². A Densidade urbana é superior a rural apresentando a primeira: 1.121,39 hab./km² e a segunda: 2,14 hab./km² muito inferior a urbana. Também a Taxa de alfabetização fica num 98,70%; em Uberaba não falta escola para quem quer estudar. (IBGE,2012), e a taxa de analfabetos em Uberaba é de 4,0% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o censo do IBGE (DATASUS, 2010).

A renda per capita média de Uberaba cresceu 81,22% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 539,67 em 1991 para R\$ 790,50 em 2000 e R\$ 978,01 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 46,48% no primeiro período e 23,72% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 3,46% em 1991 para 2,06% em 2000 e para 0,67% em 2010. (DATASUS,2010)

3- SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

A Mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde está formada por o Presidente: Beatriz Alves Ferreira; Vice-Presidente: Marco Tulio Azevedo Cury; Primeira Secretária: Genilda de Almeida Brito e Segundo Secretario: Antônio Reginaldo Correa da Fonseca

A Mesa Diretora reunir-se-á em horário definido por seus componentes, na segunda e na última quarta-feira do mês, na Secretaria Municipal de Saúde ou extraordinariamente quando convocada pelo Presidente ou por cinquenta por cento de seus membros. (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA,2015)

Fundo Municipal de Saúde Orçamento destinado à saúde (com especificidades que julgar interessante) O Fundo Municipal de Saúde é instituído por lei e constitui-se em uma unidade orçamentária gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (art. 14 Lei Complementar 141/2012). A gestão do Fundo Municipal de Saúde é do Secretário de Saúde (Constituição Federal 198, I; Lei 8080, art. 9; art.32 § 2o e art.33 § 1o), que tem autonomia total na gestão dos recursos orçamentários e financeiros, mas ainda mantém a contabilidade de forma centralizada na Secretaria Municipal da Fazenda. Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SF, SB, NASF, CEO etc.) (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA ,2015)

O município apresenta uma cobertura do 54,44%, com 22 USF, 9 UMS, 6 NASF, 47 ESF e 3 CEO. Também apresenta o Sistema de Referência e Contra referência com Redes de Média e Alta Complexidade. (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2014)

I. Nível primário ou rede de Atenção Básica à Saúde: Constituem a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde, nela podemos encontrar as Unidades Básicas de Saúde (USF) entre as que estão: Edison Reis Lopes, USF Virleana Augusta Lima, USF Julieta Andrade, UBS Dona Aparecida C. Ferreira, USF Rosa Maria, USF Residencial 2000, USF Fco José S. Sabiá, Central de Rede De Frio, UBS Juca Inácio, USF Lecir Nunes Ramos, USF Sebastião L. Costa, USF Beija Flor, USF Romes Cecílio, USF JD Copacabana, USF Fausto Cunha, USF Maria de Oliveira, USF Jacob José Pinto, USF Inima Baroni, USF Palmira Conceição, USF Norberto,

Eurico Vilela Farmácia. Estas unidades básicas oferecem serviços de clínico geral, odontologia, psicologista, nutricionista, fisioterapia, por dentre outros, estas unidades prestam serviço desde as 07h00min horas até 17h00min horas. (DATASUS,2010)

Nesta rede de atenção temos também as unidades matriciais, desta modalidade temos dois tipos as que oferecem serviço de clínico geral, pediatria e ginecologista, além de plantão de clínicos geral, e só serviço é desde 07h00min horas até 22h00min horas, dentre delas temos Unidade Matricial de Saúde (UMS) Guarita, UMS Nossa Senhora Abadia, UMS Maria Tereza, UMS Nidia M Veludo, UMS Luiz Meneghello e UMS Ezio Martino. Outro Tipo desta Modalidade são as UMS que oferecem serviço de pediatria e ginecologia e seu trabalho se desenvolve desde as 07:00 horas até 19:00 horas. Estas são: UMS George Chiree, UMS Prof. Aluizio Prata e UMS Valdemar Hial (DATASUS,2010).

II. Nível secundário ou rede de Atenção Secundaria: Este Tipo de Atenção está preparado para avaliação de pacientes de risco meio e são unidades que contam com serviço ambulatorio especializado ao qual se encaminham os pacientes que não se pode resolver seu problema na atenção básica, estas unidades tem dermatologistas, cardiologistas, neurologistas, psiquiatras, endócrinos, ortopedistas, especialidades odontológicas, etc. Dentre destas unidades temos as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Humberto Ferreira e São Benedito e as Unidades Regional de Saúde (URS) São Cristóvão e Boa Vista. Neste nível temos também Centros Especializados em reabilitação, Centros de Saúde Mental, Álcool e Droga (CAPSD e CAPS), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centros Especializados em Saúde da Mulher (CAISM), Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST) (DATASUS,2010).

III. Nível Terciário ou Rede de Atenção Terciaria: Esta constituída por a Atenção Hospitalar onde se do atendimento a pacientes de alto risco o com doenças de maior complexidade, dentre deles temos Hospital das Clínicas ou Hospital Escola e o Hospital Universitário Mario Franco. Nesta atenção se tem também a modalidade de Tratamento Fora do Domicilio (TFD) para pacientes com doenças de altas complexidades e que sua solução encontrasse fora do município, o sistema garanti transporte para levar aos pacientes para outros municípios onde se realiza seu

tratamento ou avaliação, como por exemplo, Reverão Preto, Uberlândia, por dentre outros. (DATASUS,2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-ESB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (DATASUS,2010).

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. (DATASUS,2010).

3.1 TERRITÓRIOS / ÁREA DE ABRANGENCIA.

Na UMS Maria Tereza de Freitas que iremos focar nesse trabalho, fica inserida a ESF Bairro de Lourdes que tem um número de 580 famílias e 3520 habitantes.

3.2 Nível de alfabetização:

Os adultos em sua maioria têm apenas o ensino fundamental. Entretanto alguns estão retornando aos estudos no período noturno, principalmente mulheres. As crianças que não estudam ficam pelas ruas do bairro.

3.3 Taxa de Emprego e principais postos de trabalho:

O bairro possui vários estabelecimentos de comércio; lojas de roupas, padaria, açougue, mercearias, restaurantes, verdura o, e outros. Também prestadores de serviço como diaristas, serviços gerais, marceneiros, pedreiros, borracheiros. Encontram-se ainda alguns moradores da comunidade que têm curso superior como enfermagem, bacharel em direito, administradores de empresas.

3.4 Como vivem, de que vivem como morrem:

A maioria das casas do Bairro de Lourdes são casas feitas como acabamentos simples, de alvenaria com tetos de Eternit-Brasilit; assim como outras com melhor acabamento e segurança; as quais em sua maioria são próprias o resto alugadas ou cedidas. As famílias tem uma meia de 8 a 5 integrantes por domicilio, tendo também uma importante quantidade de pessoas que moram sozinhas. O esgoto é coletado pelo Centro Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba (CODAU), assim como a iluminação é da rede pública é realizada pela Companhia Energética de Minas Gerais S.A. (CEMIG). O transporte é principalmente pelos ônibus com a construção neste ano do terminal oeste e o sistema VETOR que melhorou os serviços assim como o uso de motos e bicicletas, com alguns dos moradores que tem carro. A renda familiar varia de acordo aos empregos antes mencionados, mais tem uma média de pouco mais do que o salário mínimo, também tem distribuição de cestas básicas para pessoas com dificuldades temporais e permanentes de: sopa, roupas (geralmente instituições religiosas, católicas e espíritas). A taxa de natalidade em nossa área é alta.

As principais doenças que afetam as crianças no bairro de Lourdes são gripes, resfriados, diarreia, com aparecimento de alterações respiratórias. Observa-se falta de higiene e alimentação inadequada.

Na população adulta é frequente a obesidade, dependência química (fumo, álcool e outras drogas (lícitas e ilícitas), e as complicações advindas do uso abusivo. Ainda em relação à população adulta incluindo idosos, existe um grande número de hipertensos e diabéticos, que apresentam baixa adesão ao tratamento e que buscam a unidade a fim de solucionar ou amenizar os danos provocados por essas enfermidades. Há uma tentativa incansável pela equipe para que a comunidade entenda a importância da prevenção.

Como o resultado desta conscientização é lento aparecem todos os dias pacientes apresentando alterações cardiológicas expressivas, alterações renais, circulatórias, cerebrais, diminuição da acuidade visual.

Todos estes agravos estão diretamente ligados ao estilo de vida inadequado, sem consciência da eficácia da prevenção.

As principais doenças que prevalecem e afetam o bairro de Lourdes são: crianças resfriadas e a gripe; e em adultos a Hipertensão Arterial Sistêmica, a Diabetes mellitus bem como suas complicações. Além disso, é frequente a dependência química, dependência a medicamentos psiquiátricos, dentre (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2014.)

4 RECURSOS DA COMUNIDADE

4.1 UNIDADE MATRICIAL DE SAÚDE (UMS)

A UMS Maria Tereza de Freitas está inserida no meio da população de abrangência da ESF Bairro de Lourdes, onde temos demanda agenda e, é muito procurado o atendimento de demanda imediata, muitos pacientes procuram o clínico geral para acompanhamento de doenças crônicas. Existe dificuldade para a marcação de consultas com especialidades de níveis secundários já que fica muito tempo na fila eletrônica. A UMS Maria Tereza de Freitas tem horário de funcionamento desde 07h00min às 17h00min em regime ambulatorial e das 18h00min até 22h00min oferece serviço de plantão com clínico geral. A área de abrangência da ESF bairro de Lourdes tem acesso total a os serviços como a água tratada, que em sua maioria se abastece pelo Centro Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba (CODAU), hoje é uma autarquia municipal criada pela lei complementar 106/1998, mais existem casas com cisternas próprias. A telefonia, eletricidade, Correios, banco assim como o serviço de coleta de lixo que se faz regular (2 vezes por semana), apresentando também áreas de acúmulo de lixo em terrenos baldios abandonados e quintais. Também acontece que se encontra lixo nas ruas mais não é muito. Além disso, a ESF conta com uma creche, duas escolas, uma igreja católica, três evangélicas, quatro centros 21espíritas e uma casa lotérica¹. Os recursos materiais, área física e uso: A unidades tem 75 m², com 5 consultórios de ESF, 1 para consulta de Papanicolau, 1 posto de Enfermagem, 1 consultório de Pediatria, 1 consultório para Psicólogos, 1 Sala dos Agentes, Recepção, Sanitários, Depósito Sala de Nebulização.

4.2 RECURSOS HUMANOS

Número de Trabalhadores: 53

Profissionais: 21

Enfermeiras de PSF: 3

Médicos de PSF: 3

Técnicos de enfermagem: 3

Dentistas: 3

Técnicos de Higiene Bucal: 3

Gerente: 1

Técnicas de Enfermagem da rede: 4

ACS: 12.

Recepcionistas: 5

Empregadas de Limpeza: 3

Médicos da rede: 6(1 ginecologista, 2 pediatras, 3 plantonistas)

Psicólogas: 2

Assistentes Sociais: 1

Fisioterapeuta: 1

Horário de trabalho: Os ESF trabalham de 07h00min Horas a 17h00minhoras

Faz-se plantão de Clínico Geral até 19h00min horas.

4.3 RECURSOS MATERIAIS.

Área física e uso:

A unidades tem 75 m², com 5 consultórios de ESF, 1 para consulta de Papanicolau, 1 posto de Enfermagem, 1 consultório de Pediatria, 1 consultório para Psicólogos, 1 Sala dos Agentes, Recepção, Sanitários, Depósito Sala de Nebulização.

5 DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Em aproximadamente 21 meses de trabalho na ESF Bairro de Lourdes, pertencente à UMS Maria Teresa, sendo possível identificar os principais problemas de saúde em na área de abrangência.

Depois de identificar os problemas e discuti-los com a equipe de trabalho, temos uma lista de problemas prioritários:

- 1) Exagerado número de pacientes que consomem psicotrópicos.
- 2) Elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- 3) Inadequada disposição final dos resíduos sólidos e líquidos.
- 4) Elevada prevalência de Diabetes Mellitus.
- 5) Elevada incidência de Doenças Respiratórias Agudas.
- 6) Elevada prevalência de transtornos de saúde mental.
- 7) Elevado número de pacientes fumantes e alcoólicos.

Uma vez identificados os problemas a equipe determinou prioridades dos mesmos. Cada membro da equipe escolheu um problema, se fez uma somatória de participantes por cada problema e se deu ordem de prioridade:

- 1) Elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- 2) Elevada prevalência de transtornos de saúde mental.
- 3) Elevada prevalência de Diabetes Mellitus.
- 4) Exagerado número de pacientes que consomem psicotrópicos.
- 5) Elevado número de pacientes fumantes e alcoólicos.
- 6) Elevada incidência de Doenças Respiratórias Agudas.
- 7) Inadequada disposição final dos resíduos sólidos e líquidos.

O principal problema priorizado que equipe escolheu foi à elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica, por ter um número tão alto de pacientes com esta doença. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular encefálico infarto agudo do miocárdio, insuficiência

cardíaca, além da doença renal crônica terminal, que aumentam a morbimortalidade do município.

Causas deste problema:

Existem causas não modificáveis (intrínsecas) como:

Fatores genéticos e hereditários, idade, sexo, raça.

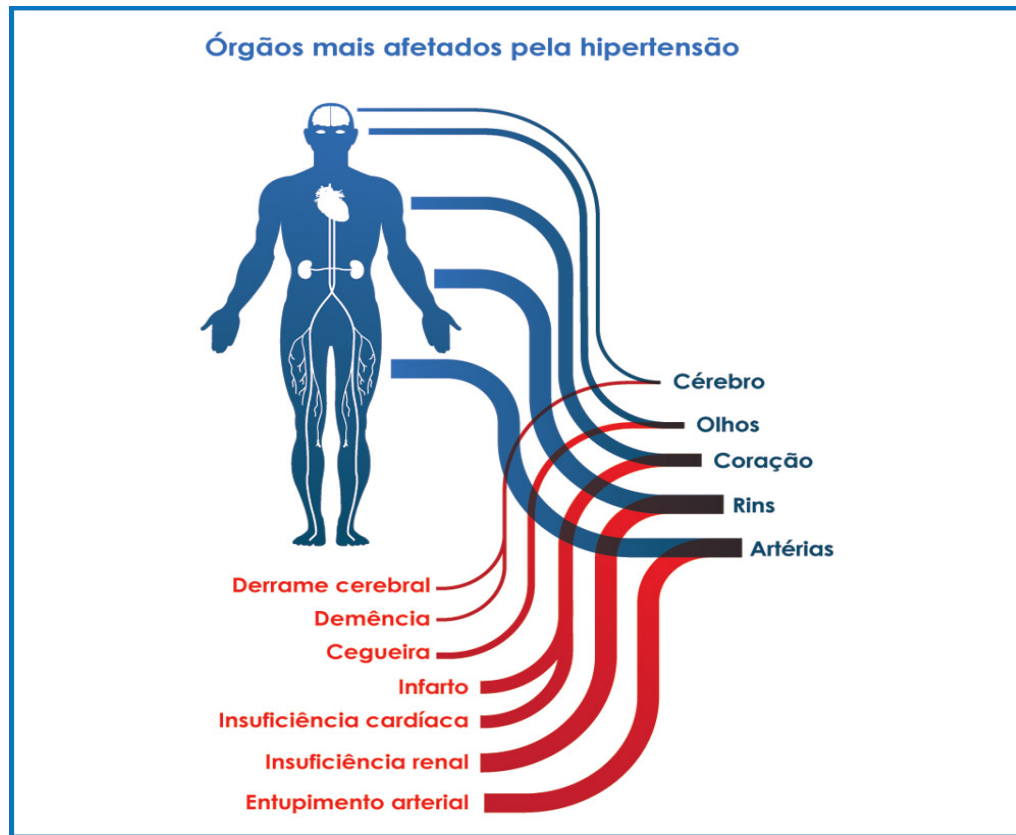
E causas modificáveis (extrínsecas) consideradas como “**nós críticos**” sobre as quais podemos planejar um plano de ação para reduzir o problema principal de nossa área de abrangência.

Identificação dos “**nós críticos**”:

- Obesidade.
- Hábitos e estilos de vida inadequados, tabagismo e alcoolismo.
- Crenças culturais com as quais as pessoas tendem a viver que afetam diretamente na forma como enfrentam a doença e o tratamento.
- Alimentação inadequada.
- Sedentarismo.
- Estresse social.
- Desconhecimento e falta de informação que os pacientes têm em relação à sua doença.
- Abandono do tratamento farmacológico: Geralmente pelos efeitos colaterais, situação econômica desfavorável e falta de orientação médica.
- Inadequado tempo para abordagem eficaz médica e acompanhamento dos pacientes hipertensos.

Estes são os problemas prioritários que foram identificados pela equipe da ESF bairro de Lourdes e sobre os quais se estabeleceram um plano de intervenção para reduzi-los desta forma melhorar o estado de saúde da população do Bairro de Lourdes.

Figura 2: Órgãos mais afetados pela Hipertensão.



(SOMOS GRUPEDH, 2011.)

6 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica de terminada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, uma das complicações mais frequentes das doenças cardiovasculares. (MANSUR,2011.)

É um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento de um ou mais órgãos nobres, como coração, cérebro, rins e sistema vascular periférico (como consequência a cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca, nefropatias crônicas e doenças vasculares). É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto,

caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (MANSUR,2011.)

No Brasil, são cerca de 23 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população está com 40 anos ou mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é considerada um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (LESSA, 2008).

No município de Uberaba a situação com a hipertensão arterial não é diferente do estado de Minas Gerais e dos demais estados brasileiros. Estima-se que mais de 30mil pessoas precisem de cuidados diários por apresentarem a hipertensão, além de existir pessoas hipertensas que ainda estão cadastradas, além de se exibir um número elevado de pacientes portadores de incapacidade físico-motora, como sequela de AVC provocado por hipertensão arterial descompensada.

A equipe do Bairro de Lourdes, cenário do presente projeto, apresenta uma incidência elevada de pacientes hipertensos, situação similar a todo o município. Atualmente existe um predomínio dos atendimentos a pessoas idosas, hipertensos, diabéticos, além de observar que uma quantidade grande dos atendimentos feitos à população tem associados fatores de risco, na maioria dos casos modificáveis, tais como maus hábitos nutricionais, obesidade, sedentarismo e hábito de fumar. Pelo antes exposto decidiu-se fazer um trabalho de intervenção nesta doença crônica com o objetivo de reduzir a incidência da mesma e demonstrar que é nosso principal problema de saúde.

7OBJETIVOS

7.1 Geral

Elaborar estratégias para reduzir a incidência e as complicações de doenças associadas à Hipertensão Arterial nos pacientes assistidos pela ESF Bairro de Lourdes – Uberaba/MG.

7.2 Objetivos Específicos:

1. Reduzir os principais fatores de risco da Hipertensão Arterial na área de atenção ESF Bairro de Lourdes.

2. Educar a população paulatinamente sobre as causas ou fatores que influenciam o aparecimento de complicações da Hipertensão Arterial na área de abrangência do ESF Bairro de Lourdes.

3. Melhorar o acompanhamento, com abordagem e tempo adequado para atendimento dos pacientes hipertensos na área de abrangência do ESF Bairro de Lourdes.

8 METODOLOGIA

Será realizada pesquisa bibliográfica com o objetivo de dar o suporte teórico necessário para elaboração de um plano de ação. Esta servirá para identificar fatores que determinam ou contribuem para ocorrência de fenômenos e complicações, com base em dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca virtual da UFMG e publicações do Ministério da Saúde. Os descritores que serão utilizados nesse trabalho serão: Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Prevalência da Hipertensão Arterial.

Será elaborado in um plano de ação para posterior aplicação, cujo tema é reduzir a incidência e complicações da Hipertensão Arterial para a população alvo da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Bairro de Lourdes localizado na cidade de Uberaba.

A Intervenção será desenvolvida no decorrer de 24 meses, se realizará por sessões de trabalho, envolvendo a todos profissionais .Será aplicada uma série de ações onde os pacientes estarão diretamente inseridos como: busca ativa de sintomas e sinais clínicos de descompensação, apoio psicológico, motivação para melhorar a saúde, dinâmicas familiares para envolvê-los no cumprimento do tratamento regular dos pacientes e educação em saúde sobre a importância de realizar o tratamento regular da hipertensão.

Os pacientes serão estimulados durante os encontros em grupos, a testemunhar seus pontos de vista, relatar as experiências vividas com os participantes do grupo, contando os aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

As reuniões serão mensais na Unidade Matricial de Saúde (UMS) Maria Tereza de Freitas, onde serão realizadas com toda o equipe de saúde e será discutido o desenvolvimento do plano de ação para possíveis intervenções que se tornarem necessárias.

FASES CONCLUÍDAS

PUBLICO ALVO/TEMA	DATA	LOCAL	PARTICIPANTES
Grupo de Hipertensos	09/01/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	18
Grupo de Hipertensos	13/01/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	16
Grupo de Hipertensos	16/01/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	23
Grupo de Hipertensos	20/01/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	18
Grupo de Hipertensos	23/01/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	15
Grupo de Hipertensos \Cuidado Com a Chuva – Olha a Dengue	03/02/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	27
Grupo de Hipertensos \Cuidado Com a Chuva – Olha a Dengue	06/02/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	17
Grupo de Hipertensos – Sinais e Sintomas da Hanseníase	10/02/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	21
Grupo de Hipertensos – Sinais e Sintomas da Hanseníase	13/02/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	12
Grupo de Hipertensos – Dengue	20/02/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	17
Grupo de Hipertensos – Dengue	24/02/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	16
Grupo de Hipertensos – Dengue	27/02/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	10
Grupo de Hipertensos – Alimentos Ricos em Sódio	03/03/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	22
Grupo de Hipertensos – Alimentos Ricos em Sódio	06/03/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	17
Grupo de Hipertensos	10/03/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	22
Grupo de Hipertensos – Complicações da Hipertensão Arterial	13/03/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	13
Grupo de Hipertensos – Estresse na Hipertensão e Alimentação	17/03/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	17

Grupo de Hipertensos – Mudança do estilo de vida na Hipertensão e Alimentação	20/03/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	18
Grupo de Hipertensos – Mudança do estilo de vida na Hipertensão e Alimentação	24/03/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	18
Grupo de Hipertensos – Doenças Renais e Hipertensão	27/03/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	18
Grupo de Hipertensos	31/03/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	20
Grupo de Hipertensos /Diabéticos – Doenças Renais	07/04/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	20
Grupo de Hipertensos– Doenças Renais e Alimentação na Hipertensão	10/04/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	17
Grupo de Hipertensos – Infarto do Miocárdio	14/04/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	16
Grupo de Hipertensos – A importância da Alimentação Saudável	17/04/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	22
Grupo de Hipertensos – Orientações Nutricionais para Hipertensos	24/04/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	17
Grupo de Hipertensos – Orientações Nutricionais para Hipertensos	28/04/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	22
Grupo de Hipertensos – tabagismo e Hipertensão	05/05/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	19
Grupo de Hipertensos - Hábitos saudáveis	08/05/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	18
Grupo de Hipertensos – Tabagismo e Hipertensão.	12/05/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	19
Grupo de Hipertensos – Hipertensão prevenção de complicações	15/05/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	20
Grupo de Hipertensos - Alimentação saudável	19/05/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	22

Grupo de Hipertensos	22/05/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	16
Grupo de Hipertensos – Insuficiência Renal e Alimentação 3/3h	26/05/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	14
Grupo de Hipertensos - Hipertensão	29/05/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	10
Grupo de Hipertensos – A importância da Alimentação Saudável	02/06/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	24
Grupo de Hipertensos – A importância da Alimentação Saudável	09/06/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	18
Grupo de Hipertensos	12/06/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	20
Grupo de Hipertensos	16/06/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	19
Grupo de Hipertensos Bingo - Doença de Chagas	18/06/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	10
Grupo de Hipertensos	19/06/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	16
Grupo de Hipertensos	23/06/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	23
Grupo de Hipertensos	26/06/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	16
Grupo de Hipertensos	30/06/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	19
Grupo de Hipertensos - Bingo - Dengue	02/07/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	9
Grupo de Hipertensos	03/07/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	13
Grupo de Hipertensos	10/07/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	11
Grupo de Hipertensos	14/07/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	16
Grupo de Hipertensos - Sinais e sintomas da Tuberculose	16/07/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	6
Grupo de Hipertensos	17/07/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	13
Grupo de Hipertensos	21/07/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	23
Grupo de Hipertensos	24/07/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	10
Grupo de Hipertensos	28/07/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	20

Grupo de Hipertensos	31/07/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	13
Grupo de Hipertensos - Bingo - Doença de Chagas	03/08/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	9
Grupo de Hipertensos	04/08/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	20
Grupo de Hipertensos – Fatores de risco e complicações	07/08/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	14
Grupo de Hipertensos - Fatores de risco e complicações	11/08/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	16
Grupo de Hipertensos - Fatores de risco e complicações	14/08/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	17
Grupo de Hipertensos	18/08/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	18
Grupo de Hipertensos /Diabéticos	21/08/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	15
Grupo de Hipertensos – Atividade física e alimentação saudável	25/08/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	10
Grupo de Hipertensos	28/08/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	9
Grupo de Hipertensos	01/09/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	20
Grupo de Hipertensos	04/09/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	12
Grupo de Hipertensos – Tratamento correto	08/09/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	21
Grupo de Hipertensos – Orientações para aferição de Pressão	11/09/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	13
Grupo de Hipertensos	15/09/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	16
Grupo de Hipertensos Bingo - Alimentos, Medicamentos e Atividades	17/09/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	10
Grupo de Hipertensos	18/09/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	16
Grupo de Hipertensos	25/09/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	15
Grupo de Hipertensos	29/09/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	20

Grupo de Hipertensos	02/10/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	11
Grupo de Hipertensos	09/10/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	15
Grupo de Hipertensos	13/10/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	17
Grupo de Hipertensos - Bingo - Desidratação	15/10/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	8
Grupo de Hipertensos	16/10/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	10
Grupo de Hipertensos – Outubro Rosa	20/10/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	19
Grupo de Hipertensos – Alimentação Saudável	23/10/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	15
Grupo de Hipertensos	27/10/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	20
Grupo de Hipertensos Alimentação Saudável	28/10/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	22
Grupo de Hipertensos - Bingo - Problemas de Memória na 3ª Idade	29/10/2015	UMS Maria Tereza de Freitas	12

9 RESULTADOS ESPERADOS

O resultado esperado com a aplicação do plano de ação: prevenir a hipertensão, minimizar as complicações da doença; conseguir a realização do diagnóstico precoce, tratamento adequado em diversos pacientes, aumentar o grau de conhecimento dos fatores de risco associados à hipertensão arterial para os pacientes e para a equipe, prevenção e tratamento eficaz das complicações, priorizando a medidas de promoção da saúde e prevenção de comorbidades, aumentar o número de atividades coletivas com os grupos de hipertensos, aumentar a adesão ao tratamento, mudanças no estilo de vida, assim como alimentação saudável, o que elevará a qualidade da saúde.

Os resultados serão analisados qualitativamente tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, sendo sua discussão realizada por meio da utilização de literatura pertinente.

10 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Compreendendo melhor, a HAS é conceituada:

[...] uma condição sistêmica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associado frequentemente as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com conseqüente aumento de risco para eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 07).

Tabela 2 Classificação da Hipertensão Arterial em indivíduos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio I	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio II	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio III	≥180	≥110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥140	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão 2012.

A grande maioria dos casos de Hipertensão que não apresentam uma causa que possa ser facilmente identificada é conhecida como Hipertensão primária ou essencial que representa cerca de 95% dos casos. (PEREIRA, 2007)

Uma pequena porção, aproximadamente 5% dos casos de Hipertensão, é provocada por alguma alteração ou anormalidade sistêmica, uma vez que removido o agente etiológico torna-se possível controlar ou atingir a cura. É chamada de Hipertensão Arterial Secundária, por ser mais complexa com relação ao seu diagnóstico, deve ser encaminhada ao profissional especialista. (DUARTE, 2014)

Hipertensão Arterial Sistêmica é ao mesmo tempo, fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e síndrome com

manifestações próprias e características peculiares. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (DBH VI)¹ conceituam HAS como "uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais". (NOBRE, F. 2013)

Existe na literatura uma variação ampla na prevalência de HAS, dependendo da população estudada, do critério adotado para definição de HAS e do método de aferição. (PEREIRA, MR *et al.* 2007)

A prevenção primária da elevação da pressão arterial pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida, que incluam o controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal, do hábito de fumar e da prática de atividade física, da adesão de uma dieta balanceada, rica em fibras, como proposta pela dieta Dash. (BOAVENTURA GA. GUANDALINI V R, 2007)

Após estabelecer os valores pressóricos do paciente parte-se para a avaliação clínico-laboratorial do mesmo. Assim a partir do levantamento dos fatores de risco adicionais, a identificação de lesões em órgão-alvo e a presença de condições clínicas associadas será possível a estratificação de risco global do paciente, para assim poder guiar a terapêutica adequada. A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da PA. (DUARTE, 2014)

Paciente nos níveis limítrofes da PA costuma possuir lesões de órgãos-alvo e outras morbidades, devendo a terapêutica medicamentosa ser instituída. Já pacientes com nível cardiovascular médio, alto e muito alto, devem receber tratamento medicamentoso precocemente visando à proteção dos órgãos-alvos; redução do impacto causado pela elevação da PA; redução do impacto causado pela presença de fatores de risco associados e na progressão do processo aterosclerótico. As modificações no estilo de vida deve ser instituídas o mais precocemente possível, pelo impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da

hipertensão, devendo ser recomendada independente da estratificação de risco do paciente. (DUARTE, 2014)

Além dos aspectos individuais, morbidades e níveis pressóricos para análise da decisão terapêutica, o médico deve trabalhar com metas de tratamento que será baseado na estratificação de risco do paciente. O tratamento da hipertensão arterial é pautado nas modificações do estilo de vida e no tratamento medicamentoso. Sobre o tratamento não medicamentoso destaca-se a importância de ser acompanhado por uma equipe multiprofissional. (DUARTE, 2014)

Na organização das pessoas com HAS se lançou no de 2001 o Plano da Reorganização a Hipertensão Arterial e Diabetes pelo Ministério de Saúde, materializado no Programa de (Hiperdia), o qual é um sistema de cadastro que permite o acompanhamento e análises das informações para aquisição, dispensação, e distribuição dos medicamentos de forma organizada e regular. O Hiperdia é uma ferramenta essencial na instrumentação da prática de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, gerando informes que possibilitam o conhecimento da situação assim como mapear os riscos e potencializar a melhora na atenção destas pessoas diminuindo os fatores de riscos condicionantes de complicações das doenças.

Na equipe a abordagem é multiprofissional e interdisciplinar, e cada profissional faz sua avaliação e depois em conjunto são traçadas as metas e desenvolvidas ações necessárias para manter e recuperar a saúde. A equipe de saúde da Família possui o papel fundamental no desenvolvimento das ações de prevenção e controle de agravos. Então a sistematização, a assistência e a organização cabem à equipe de forma que o usuário (hipertenso-diabético) tenha acesso a todos os serviços que abrangem: consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, entrega de remédios anti-hipertensivos e para controle da glicemia, mensuração de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar; além disso, a consulta de odontologia e encaminhamento as outras especialidades, para prevenir ou conter lesões em órgãos alvo. (NOGUEIRA, 2011)

Observa-se que alguns instrumentos da prática da Atenção Primária de Saúde são importantes para a resolução da maioria das questões levantadas, como a realização de grupos educativos, que permitiriam uma maior orientação à população

acerca da doença e de como preveni-la, e a realização de visitas domiciliares, em que a equipe de saúde poderia avaliar “in loco” a relação entre autocuidado e fatores de risco de cada indivíduo (Canesch,2011)

Percebe-se que a abordagem preventiva e de promoção à saúde à Hipertensão Arterial é importante, uma vez que esta é uma doença na maioria das vezes silenciosa e com alto índice de morbidade e mortalidade, sendo eficazes atividades que minimizem os danos à saúde.

11 PLANEJAMENTO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Na elaboração do plano de ação pensou-se em soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, identificando os produtos e resultados das operações definidas além dos recursos necessários para sua concretização. Dessa forma foram concretizados os desenhos das operações para os nós críticos.

Nó crítico	Operação Projeto	Resultado esperado	Produto esperado	Recursos necessários
Abandono do tratamento farmacológico.	Melhor tratamento da HAS.	Adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico.	Grupo operativo.	<p>Cognitivos</p> <p>Importância da adesão ao tratamento.</p> <p>Financeiros</p> <p>Para folhetos de informação do tema e materiais audiovisuais.</p> <p>Organizacional</p> <p>Recursos humanos e equipamentos</p>

						necessários.
						Políticos
						Mobilização da população.
Hábitos e estilos de vida inadequados	Melhoria da saúde. Modificar estilos de vida inadequados	da	Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas. Diminuir o tabagismo. Aumentar a prática de exercícios físicos. Estabelecer alimentação adequada.	o	Grupos operativos	Cognitivo Informação e conhecimento sobre o tema. Organizacional Estrutura física PSF, recursos humanos, equipamentos necessários. Financeiros Folhetos de informação do tema, materiais audiovisuais e outros. Políticos Mobilização da população.
Desconhecimento e falta de informação que os pacientes têm em relação	. Aumentar os conhecimento	Mais	Pacientes com conhecimento sobre HTA.		Divulgação nos meios de comunicação	Cognitivos Conhecimento sobre o tema

<p>à sua doença</p>	<p>s dos pacientes sobre HTA.</p>		<p>o locais. Grupo operativo de Hipertensão.</p>	<p>Financeiros Folhetos de informação do tema e materiais audiovisuais. Organizacional Estrutura física PSF, recursos humanos, equipamentos necessários. Político Mobilização da população.</p>
<p>Abordagem medica e acompanhamen to inadequado dos pacientes hipertensos.</p>	<p>Linha de cuidado HTA. Estabelecer a linha de cuidado para hipertensos incluindo os mecanismos de referência e contrarreferencia</p>	<p>Cobertura para 100% da população hipertensa ou com risco de HAS. Maior eficiência da ESF para enfrentar os problemas e Diminuir a incidência de hipertensos, seus riscos e</p>	<p>Linha de cuidado para HTA Protocolos de atendimento e acompanha mentos estabelecido</p>	<p>Cognitivo Elaboração do projeto de linha de cuidados e protocolos. Organizacional Estabeleciment o de referência e conta referência. Financeiros Para aumento das consultas com</p>

complicações.	especialistas e recursos necessários
Aumentar o número de pacientes controlados e acompanhados em ESF.	Político Comunicação inersetorial. Adesão dos profissionais.

Análise da viabilidade do plano

Operações projetos	- Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	Ações estratégicas
Melhor tratamento da	Financeiros	Ator que controla	Motivação Favorável
		Secretaria municipal de	

HTA.	Para folhetos de informação do tema e materiais audiovisuais			
	Políticos		Secretaria de Mobilização da população	Favorável
Melhoria da saúde. Modificar estilos de vida inadequados.	Políticos Comunicação intersetorial.		Secretaria municipal de saúde.	Favorável
Mais conhecimento Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre HTA.	Financeiros Folhetos de informação do tema e outros recursos necessários.		Secretaria municipal de saúde.	Favorável
Linha de cuidado de HTA. Estabelecer a linha de cuidado para HTA.	Financeiros Para aumento das consultas com especialistas e recursos necessários.		Secretaria municipal de saúde.	Favorável

Plano operativo do projeto

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Melhor tratamento da HTA.	. Adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico	Grupo operativo.		Equipe de saúde	6 meses.
Melhoria da saúde. Modificar estilos de vida inadequados.	Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas. Diminuir o tabagismo. Aumentar a pratica de exercícios físicos. Estabelecer alimentação adequada.	o Grupos operativos para o enfrentamento ao problema.		Equipe de saúde	6 meses.
Mais conhecimento. Aumentar os conhecimentos dos pacientes	Pacientes com conhecimento sobre HTA.	Divulgação nos meios de comunicação locais. Grupo		Equipe de saúde	6 meses

sobre HTA.	operativo de Hiperdia.
. Linha de cuidado de HTA.	Todos os pacientes hipertensos. Linha de cuidado para HTA
Estabelecer a linha de cuidado para HTA.	Equipe de saúde 1 ano. Protocolos de atendimento e acompanhamentos estabelecido.

Gestão do plano de ação: Na efetivação de um plano de ação em saúde é sempre necessária a preparação de um modelo de avaliação e monitoramento. Assim os objetivos, resultados e impactos definidos serão acompanhados e orientados para permitir uma resposta satisfatória, utilizando os recursos disponíveis de maneira racional, evitando o fracasso e o gasto desnecessário.

A gestão desse plano de ação é marcada por um acompanhamento e monitoramento que se baseiam em uma análise quantitativa e qualitativa.

Coordenação: Regla Benitez Hechavarria. Avaliação após 6 meses do início do projeto

Produto	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Grupo operativo.	Equipe de saúde	6 meses.			
Grupos operativos para enfrentamento ao	Equipe de saúde	6 meses.			

problema.

Divulgação nos Equipe de 6 meses
médios de saúde
comunicação
locais.

Grupo operativo
de Hiperdia.

Linha de cuidado Equipe de 1ano.
para HTA saúde

Protocolos de
atendimento e
acompanhamentos
estabelecidos.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS, assim como outras doenças crônicas não transmissíveis, apresentam altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado na Atenção Básica à Saúde. Por ser passível de diagnóstico precoce e controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, propostas como a do plano de intervenção são importantes por contribuir otimizando o controle das afecções crônicas e diminuindo a ocorrência de eventos cardiovasculares na população acometida pela HAS. Com isso busca-se diminuir a morbimortalidade relacionada a doenças cardiovasculares, assim como suas sequelas e os custos a ela relacionados.

Com a proposta de qualificação de profissionais e orientações à população sobre os fatores de risco da HAS, sobre alimentação adequada, a importância de exercícios físicos regulares, frequências nos grupos de Hipertensão e qualidade de assistência prestada aos hipertensos, espera-se prevenir as complicações advindas desta enfermidade. A Estratégia de Saúde da Família se empenha em melhorar a relação dos usuários com a equipe a fim de mudar o estilo de vida da comunidade e com isto a qualidade de sua saúde.

13 REFERENCIAS:

ABC.MED.BR,2008. Hipertensão Arterial. Disponível em:

http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao_arterial.htm>Aceso em:5 mar 2015.

Boaventura Glaucia Aparecida, Guandaline Valdete Regina. Prevalência de Hipertensão Arterial e presença de excesso de peso em pacientes atendidos em um Ambulatório Universitário de Nutrição na Cidade de São Carlos – SP. **Alim. Nutr, Araraquara**, v.18, n.4, p. 381-385, out./dez. 2007

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico: resultados preliminares- Uberaba** – Disponíveis em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?Lang=&codmun=317110&search=minas-gerais|Uberaba> Acesso em: 5março 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – INEP. **Planilhas para Download: Município – Uberaba**– Disponível em:

<http://portal.inep.gov.br/web/portal-ideb/planilhas-para-download> Acesso em: 5 março. 2015.

CAMPOS, FARIA, SANTOS. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.**

NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

Caneschi CA. **Atenção Primária à Saúde.** Proplamed TNC UFJF. Juiz de Fora, 2011. Disponível em < <http://www.ufjf.br/proplamed/files/2011/04/atencao-primaria-a-saude.pdf> > [Acesso em abril de 2011].

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

DUARTE. Tratamento Ambulatorial da Hipertensão Arterial Sistêmica – Revisão de Literatura. Revista UningáReview V.17, n.2, pp.22-29. 2014.

SOMOS GRUPEDH. Disponíveis em

<http://grupedh.blogspot.com.br/2011/01/hipertensao-prevencao-e-tratamento.htm>. Acesso 5 mar 2015.

FILHA, FSSC, NOGUEIRA, LT, VIANA LMM. HIPERDIA: Adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp. p. 930-6. 2011.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.8,p. 383–92,2001.

LOLIO, C.A. Prevalência de hipertensão arterial em Araraquara. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**.v.55, p.167–73,1990.

MANSUR, A.P; SANTOS, R. D; SOUSA, M.F.M; SERRANO, C.R. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**.v.76, n.6, p. 497–503, 2011.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, p.105-176,1989.

NOBRE F, COELHO EB, LOPES PC, GELEILETE TJM. Hipertensão arterial sistêmica primária.**Medicina (Ribeirão Preto)**; v. 46, n. 3: p. 256-72. 2013.

O'BRIEN, E. Blood pressure measuring devices: recommendations of the European Society of Hypertension. **BMJ**.v.6; p. 322: 531, 2001.

PEREIRA MR *et al.* Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 23, n. 10: p. 2363-2374, 2007.

Prefeitura Municipal de Uberaba. Secretaria Municipal de Saúde. **Diagnóstico situacional em saúde do trabalhador**. Uberaba, 2014.

REDE Interagência de Informação para a Saúde Indicadora básica para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagência de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. Ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.p 349 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, VI Diretrizes brasileiras de Hipertensão, **Revista Brasileira de Hipertensão**, v10, n1, 2010.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2013/2014-2017**. Uberaba-MG, 2014.