

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA**

YASELAYNE RODRIGUEZ GOMEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA EZIO DE
MARTINO, NA CIDADE DE UBERABA.**

**UBERABA-MG
2016**

YASELAYNE RODRIGUEZ GOMEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA EZIO DE
MARTINO, NA CIDADE DE UBERABA.**

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: Prof^a. Aline Cristina S. da Silva

**UBERABA-MG
2016**

YASELAYNE RODRIGUEZ GOMEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL DESCOMPENSADA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA EZIO DE MARTINO, NA CIDADE DE UBERABA.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof^ª. Aline Cristina Souza da Silva-UFTM

Examinador 2: Prof^ª. Zilda Cristina dos Santos-UFTM

Aprovado em Uberaba, do 2016.

DEDICATÓRIA

À minha mãe Iraida Gomez Iglesias e ao meu pai Arnaldo Rodriguez Lorenzo, que são os maiores tesouros da minha vida e estará sempre presente em meu coração.

Ao meu esposo Noel Alberto Acunha Gonzalez, que sempre está ao meu lado quando mais preciso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a San Lazaro em primeiro lugar.
Agradeço a todos meus professores, colegas que de uma
forma ou outra deram a mim seu apoio incondicional.

“O mundo está nas mãos daqueles que tem a coragem de sonhar e correr o risco de viver seus sonhos”.

Paulo Coelho

RESUMO

A hipertensão arterial é uma das doenças crônicas de maior prevalência na população brasileira. Ela é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmhg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90mmhg. A doença atinge cerca de 42,51% da população maior de 15 anos e observa-se um aumento significativo de sua incidência na área de abrangência Ezio Martino avaliada na cidade de Uberaba-Minas Gerais. A equipe de Saúde da Família do Jardim de Indianópolis é consciente da necessidade de atuar sobre os fatores de risco, pois os mesmos estão associados a um aumento da morbidade, e se reflete no elevado número de pacientes com a doença. Portanto, o objetivo desse trabalho é elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial. O plano de intervenção será realizado por meio do Método de Planejamento Estratégico Situacional, em que a equipe realizará estratégias para detectar precocemente, bem como minimizar os danos, incapacidades, riscos e gastos gerados pelos pacientes doentes. O trabalho contará com uma equipe de profissionais da saúde, por meio da realização de grupos educativos, e os mesmos têm se mostrado um instrumento de grande valor no controle da doença, por se tratar de uma forma de interação entre profissionais e usuários, fazendo com que estes possam refletir e expor a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles, trocar experiências e propor mudanças de hábitos.

Palavras-chave: Hábito de fumar, Hipertensão, Estratégia Saúde da Família e Prevenção Primária.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease most prevalent in the Brazilian population. It is defined as systolic blood pressure ≥ 140 mmHg and a diastolic pressure greater than or equal to 90mmHg. The disease affects approximately 42.51% of the population 15 years and observed a significant increase in its incidence in the area covered by Ezio Martino evaluated in the city of Uberaba Minas-Gerais. The Health Team Indianópolis Garden Family is aware of the need to act on the risk factors, as they are associated with increased morbidity, and is reflected in the high number of patients with the disease. Therefore, the aim of this work is to develop an intervention project to reduce the incidence of hypertension. The intervention plan will be carried out through the Situational Strategic Planning Method, in which the team will carry out strategies for early detection and minimize damage, disability, risks and expenses generated by ill patients. The work will have a team of health professionals, by conducting educational groups, and they have proved a valuable tool in controlling the disease, because it is a form of interaction between professionals and users, making that they can reflect and expose your reality, observe the most common problems among them, exchange experiences and propose changes in habits.

Keywords: Smoking, Hypertension, Family Health Strategy and Primary Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: (Agente Comunitário de Saúde)
AVE: (Acidente Vascular Encefálico)
CAPS: (Centro de Atenção Psicossocial)
CAPS`D: (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas)
CEMIG: (Companhia de Energia de Minas Gerais)
CEO: (Centro de Especialidades Odontológicas)
CEREST: (Centro de Referência a Saúde do trabalhado)
CODAU: (Centro Operacional de Desenvolvimento Saneamento Uberaba)
CTA: (Centro de Testagem Anônima)
DAC: (Doença Arterial Coronariana)
DM: (Diabetes Mellitus)
DRC: (Doença Renal Crônica)
DVC: (Doença Cardiovascular)
ESF: (Equipe de saúde da família)
ETA: (Estação de Tratamento de Água)
HAS: (Hipertensão Arterial Sistêmica)
HIPERDIA: (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica)
IAM: (Infarto Agudo do Miocárdico)
IBGA: (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas)
IDHM: (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal)
NASF: (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
OMS: (Organização Mundial de Saúde)
PSF: (Programa de Saúde da Família)
SB: (Saúde Bucal)
SUS: (Sistema Único de Saúde)
TFD: (Tratamento Fora do Domicílio)
UBS: (Unidade Básica de Saúde)
UMS: (Unidade Matricial de Saúde)
UPA: (Unidade de Pronto Atendimento)
URS: (Unidade Regional de Saúde)
USF: (Unidade de saúde da família)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Aspectos Demográficos do Município de Uberaba Período, 2012 -----	14
Tabela 2- Recursos Humanos da Unidade de Saúde Ezio de Martino em 2015 -----	18
Tabela 3- Classificação da Hipertensão Arterial-----	25
Tabela 4- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da UMS Ezio de Martino em 2015---	28
Tabela 5- Distribuição dos hipertensos por micro áreas do ESF Jardim Indianópolis em 2015-----	29
Tabela 6- Desenho das operações-----	32
Tabela 7- Análise de viabilidade do plano-----	33
Tabela 8- Plano Operativo do projeto-----	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Resultados Esperados	21
Figura 2- Complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	30

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	13
2. JUSTIFICATIVA -----	19
3. OBJETIVOS -----	22
4. METODOLOGIA -----	23
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA-----	24
6. PLANOS DE INTERVENÇÃO -----	27
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	36
REFERÊNCIAS-----	37

1. INTRODUÇÃO

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Uberaba localiza-se na região do Triângulo Mineiro, pertencente à Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e encontra-se a 416,29km da capital Belo Horizonte. Tendo como municípios limítrofes as cidades de Água Cumprida, Conceição das Alagoas, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista, Delta e algumas cidades do estado de São Paulo, Igarapava, Aramida, Miguelópolis, sendo que o clima é tropical de altitude (UBERABA, 2014).

A cidade possui mais de 175 bairros e um crescimento populacional de aproximadamente 3.000 habitantes por ano para ocupar uma área de 4.540,51 km². Segundo o censo do IBGE, a população estimada de Uberaba em 2015 foi de aproximadamente 322.126 habitantes e atualmente o município tem como prefeito o Sr. Paulo Piau Nogueira e como secretário municipal de saúde o Sr. Marco Túlio Azevedo Cury (IBGE, 2012).

1.2 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DA CIDADE

O Índice Municipal de Desenvolvimento Humano (IDH) de Uberaba, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento indica que Uberaba saltou de nono ao quarto lugar em Minas Gerais, em um período de 10 anos. A cidade é considerada como a sexta maior economia em Minas Gerais (IBGE, 2012).

Os serviços com 59,30% é o segmento responsável pela maior parte das transações financeiras do município, seguido pela indústria, com 32,05% e da agricultura com 8,65%. Na gestão de dados segmento de serviços, foram adicionados saúde e educação e segurança social (IBGE, 2012).

1.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Em Uberaba, a taxa de alfabetização é de 98,70% e a taxa de analfabetos é cerca 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. A densidade demográfica é de 70,66 hab./km²,

sendo a densidade urbana de 1.121,39 hab./km² e a densidade rural de 2,14 hab./km² (IBGE, 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. Os aspectos demográficos segundo faixa etária no ano de 2012 estão demonstrados na tabela 1.

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

Faixa Etária	(N)	(%)
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

Fonte: IBGE – Censos Demográficos, 2012.

1.4 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde está integrado por presidente, vice-presidente, primeira secretária, e segundo secretário. Eles se reúnem em horário definido por seus componentes na primeira quarta-feira do mês para reunião ordinária na secretaria municipal de saúde e em algumas reuniões extraordinárias agendadas conforme necessidade (UBERABA, 2014).

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 sob art. 14 Lei Complementar 141/2012 (UBERABA, 2014).

O Programa Saúde da Família tem uma cobertura de 52,44% na cidade, conta com 47 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 22 Unidades de Saúde da Família (USF) e 9 Unidades Matriciais de Saúde (UMS). Também possui 6 Equipe do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e 3 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

O Sistema de Saúde encontra-se organizado no município por níveis de atenção, os quais constituem redes:

I. Nível primário ou rede de Atenção Básica à Saúde: Constituem a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde, nela podem-se encontrar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre as que estão: USF 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 InimaBaroni, USF Palmira Conceição, USF Norberto, Eurico Vilela Farmácia. Estas unidades básicas oferecem serviços de clínico geral, odontologia, psicologista, nutricionista, fisioterapia, dentre outros. O horário de funcionamento é das 07:00h até 17:00h.

Nesta rede de atenção existem também as unidades matriciais, que oferecem serviços de clínico geral, pediatria e ginecologia, além do plantão de clínicos geral, sendo que o atendimento é das 07:00h até 22:00h. Composto essas unidades estão: UMS Guarita, UMS Nossa Senhora Abadia, UMS Maria Tereza, UMS Nidia M Veludo, UMS Luiz Meneghello, UMS Ezio Martino, UMS George Chiree, Prof. Aluízio Prata e Valdemar Hial que oferecem serviço de pediatria e ginecologia, funcionando das 07:00h até as 19:00h.

II. Nível secundário ou rede de Atenção Secundaria: Este tipo de atenção está preparado para avaliação de pacientes de risco médio. São unidades que contam com serviço de ambulatório especializado ao qual se encaminham os

pacientes que não se pode resolver seu problema na atenção básica, estas unidades contam com o serviço de dermatologistas, cardiologistas, neurologistas, psiquiatras, endócrinos, ortopedistas e dentistas. Faz parte dessa rede: Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Humberto Ferreira e São Benedito e as Unidades Regional de Saúde (URS) São Cristóvão e Boa Vista. Existem também, os Centros Especializados em Reabilitação, Centros de Saúde Mental, Álcool e Droga (CAPS`D e CAPS), Centros de Testagem Anônima (CTA), Centros Especializados em Saúde da Mulher (CAISM) e o Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST).

III. Nível Terciário ou Rede de Atenção Terciária: Constituída pela atenção hospitalar, em que o atendimento é realizado a pacientes de alto risco o com doenças de maior complexidade. Nessa rede estão: Hospital de Clínicas (HC) e o Hospital Universitário Mário Franco. Há também a modalidade de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para pacientes com doenças de alta complexidade em que a solução encontra-se fora do município, e dessa forma o sistema é responsável por transportar os pacientes para outros municípios onde se realiza seu tratamento ou avaliação.

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.

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.

1.5 TERRITÓRIOS DE ABRANGÊNCIA

A área possui uma população de 3.940 habitantes e um total de 680 famílias. Não é possível o número total da população cadastrada por falta de

agentes comunitários. O nível de alfabetização é de 80%, a taxa de emprego é de 5,1%, sendo que os principais postos de trabalhos são em mercearias, lojas de roupa e construção.

As casas de forma geral são construídas de alvenaria com acabamentos simples e recobertas de telha tipo Eternit-brasil. A média de moradores por casa é de 5 a 8 pessoas, a iluminação é feita pela rede pública Companhia de Energia de Minas Gerais (CEMIG) e o saneamento básico pelo Centro Operacional de Desenvolvimento Saneamento Uberaba (CODAU).

A maioria das casas é própria, vivem com renda familiar pouco mais que o salário mínimo e famílias carentes recebem ajuda de cestas básicas.

As doenças crônicas estão entre as principais causas de morte, seguida dos acidentes automobilístico, que são responsáveis por 41,47% dos óbitos, sendo que, desse percentual, os acidentes de moto são os mais frequentes. A comunidade conta com alguns recursos como: URS Boa Vista, 2 escolas, creches, 1 asilo de asiano e igreja, além dos serviços de energia elétrica, água, telefonia e correios.

1.6 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EZIO DE MARTINO

A UMS Ezio de Martino está inserida no território de abrangência, situado no bairro Boa Vista, localizado no município de Uberaba. O atendimento vem passando por mudanças, em que pode ser notada uma valorização da população em relação aos profissionais da área da saúde. No entanto, a unidade de saúde enfrenta dificuldades, como as internações e consultas dos pacientes com médicos especialistas que demoram muito, pois os pacientes permanecem muito tempo na fila eletrônica. O horário de funcionamento da unidade de saúde é de 07:00h até as 22:00h, pois oferece serviço de plantão do clínico geral.

A unidade é composta de 3 consultórios para clínicos e pediatras, 1 consultório ginecológico e odontológico, 1 sala para psicólogo, 1 sala de reuniões, 1 sala de arquivo, 1 sala de almoxarifado, 1 sala de administração, 1 sala de vacina, 1 sala de espera, 1 cozinha, 2 sanitários, 1 balcão, 1 sala de expurgo, 1 sala de procedimentos e 1 sala de nebulização. Na área externa

tem um depósito de alvenaria para lixo hospitalar. Os recursos humanos da unidade estão descritos na tabela 2.

Tabela 2- Recursos Humanos da Unidade de Saúde Ezio de Martino em 2015.

Recursos humanos	Feminino	Masculino	Total
Médicos de PSF	2	0	2
Enfermeiras de PSF	2	0	2
Técnicos de enfermagem	5	0	5
Dentistas	2	0	2
Técnicas de higiene bucal	2	0	2
Secretária de Dentista	0	0	0
Gerente	1	0	1
ACS	8	1	9
Recepcionista	3	1	4
Faxineiras	2	0	2
Contador	0	0	0
Psicólogos	1	0	1
Ginecologistas	0	1	1
Pediatras	1	1	2
Assistente Social	1	0	1
Clinico Geral	0	1	1
Total	30	5	35

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças de maior prevalência na população. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que existe 30 milhões de hipertensos, sendo que em média 30% da população brasileira é hipertensa. Desses, 50% são pessoas com mais de 60 anos e cerca de 5% são crianças e adolescentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A doença é mais comum entre as mulheres (26,9%) quando comparado aos homens (21,3%) e também varia de acordo com a faixa etária e a escolaridade, sendo que quanto maior a escolaridade, menor a taxa de hipertensos (BRASIL, 2013).

A doença é responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular encefálico (AVE) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (IRT). De acordo com a Organização Mundial de saúde (OMS), cerca de 7 milhões de pessoas no mundo morrem a cada ano e 1,5 bilhão adoecem por causa da pressão alta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Com uma das principais causas da hipertensão arterial, destaca-se como uma condição herdada dos pais, representando cerca de 74% dos casos. Além do fator genético, sabe-se que a incidência da doença aumenta com a idade. Isso porque com o passar do tempo às artérias começam a ficar envelhecidas, calcificadas, perdendo a capacidade de distender-se, tornando-se menos complacentes, isso explica em parte porque cerca de 70% dos adultos acima dos 50 ou 60 anos possuem a doença (KAPLAN; FLYN, 2008). Além da hereditariedade e da idade, a literatura aponta que a raça também é um fator de risco para a doença, pois as pessoas negras tem probabilidade maior de ser hipertensa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em uma minoria, a hipertensão pode ser secundária a outra doença, como por exemplo, distúrbios da tireoide ou em outras glândulas endocrinológicas, como a suprarrenal. Entretanto, há vários outros fatores considerados modificáveis, que estão relacionados com aumento dos níveis de pressão arterial, entre eles: fumo, o consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, grande consumo de sal, níveis altos de colesterol, falta de atividade

física, diabetes e sono inadequado (BARRETO-FILHO; KRIEGER, 2003; TERAZON MICLIN; RAGOLTA; LABORI, 2009).

A HAS é uma doença silenciosa, na grande maioria dos casos, pois não apresenta sintomas e a doença passa despercebida. Em alguns casos quando a pressão sobe a valores significativos, pode causar sintomas como: dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramento nasal (LÉPORI, 2009; VIDALON-FERNANDEZ, 2010).

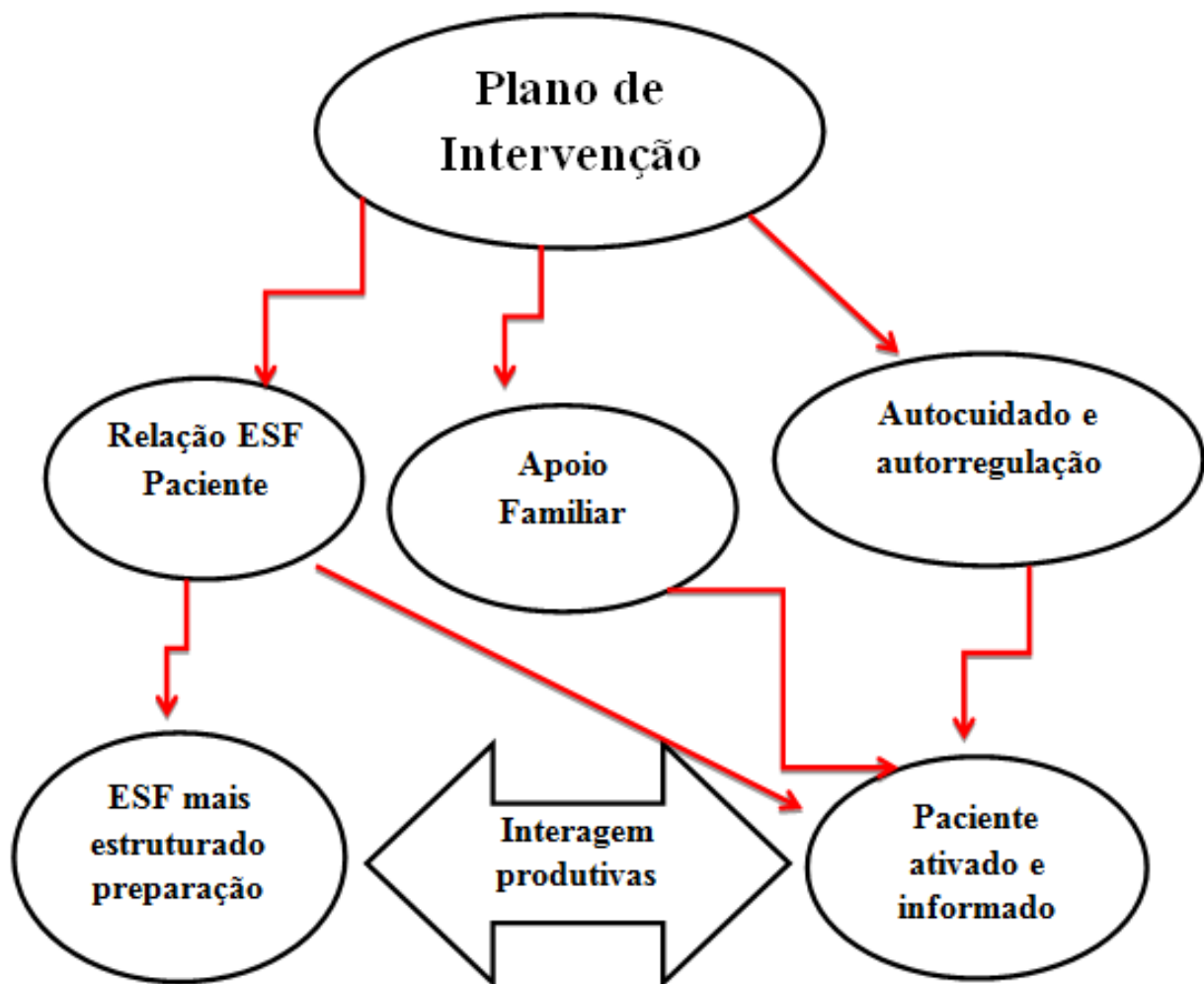
A hipertensão não tem cura, mas tem tratamento para ser controlada, somente o médico poderá determinar o melhor método para cada paciente, que depende das medidas da pressão e das comorbidades associadas. É importante ressaltar que o tratamento para hipertensão nem sempre significa o uso de medicamentos, no entanto caso indicado, ele deve segui-lo de maneira contínua. Mesmo quem faz o uso de anti-hipertensivos é imprescindível adotar um estilo de vida saudável como: manter o peso adequado, mudando hábitos alimentares, diminuir a ingestão de sal, utilizando outros temperos que ressaltam o sabor dos alimentos, praticar atividade física regularmente, ter momentos para relaxar, abandonar o fumo, moderar o consumo de álcool e controlar o diabetes (SANTOS; LIMA, 2008).

Dentre as complicações da hipertensão destacam-se: o acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM) e a doença renal crônica (DRC). Além disso, a hipertensão pode levar a uma hipertrofia do músculo do coração, causando arritmia cardíaca. É importante ressaltar que qualquer combinação de fatores de risco é sempre mais grave, pois o risco para outras comorbidades é multiplicado, já que em média, uma pessoa com hipertensão não controlada, terá uma doença grave, após 15 anos (VIDALON-FERNANDEZ, 2010).

A hipertensão arterial na área de abrangência é um problema que atinge 15,69% da população maior de 15 anos com um aumento significativo de sua incidência mensal. A equipe da saúde da família é consciente da necessidade de atuar sobre os fatores de risco e tentar modifica-los, através de práticas educativas, pois os fatores de risco aumentam a morbimortalidade, o qual se reflete nas cifras alta de pressão arterial e suas complicações. A partir

dos problemas identificados espera-se com esse trabalho atingir os objetivos propostos (Figura 1).

Figura 1- Resultados Esperados



Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

3.0 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial na área de abrangência UMS Ezio de Martino, no município de Uberaba.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar palestras educativas com a população hipertensa para incentivar a mudança no estilo de vida e assim diminuir os riscos para a doença;
2. Melhorar o processo de trabalho da equipe da saúde da família para oferecer melhor atendimento aos pacientes hipertensos;
3. Diagnosticar precocemente pacientes portadores de hipertensão arterial para evitar complicações em órgãos alvos.

4.0 Metodologia

Para a elaboração do plano de ação foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para embasar a proposta de intervenção, também será realizada uma revisão de literatura, nas bases de dados realizada no Windows Excel 2010, os quais serão analisados estatisticamente segundo as variáveis de interesse para o estudo com os seguintes descritores: Hábito de fumar, Hipertensão, Estratégia Saúde da Família, Prevenção Primária.

O plano de intervenção constará em 3 etapas: Sendo a primeira etapa denominada de Diagnóstica, em que serão determinados quais são os conhecimentos da população sobre a doença, aplicando um questionário com perguntas sobre controle de fatores de risco e tratamento (modificação no estilo de vida e uso de medicamentos).

A segunda etapa é a de Intervenção, em que será aplicado um programa educativo, através de palestras, trabalhos em grupos, com técnicas de animação, dentre outras. Esta etapa será realizar por seções de trabalho com grupos de 10 a 15 pacientes hipertensos. E a última etapa é a de Avaliação, onde será aplicado novamente o questionário inicial para avaliar os conhecimentos adquiridos e compará-los com a etapa diagnóstica. Também será avaliada a repercussão da intervenção sobre os valores de pressão arterial e a adesão ao grupo do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA).

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (maior ou igual a 140/90mmhg) (Tabela 3). A literatura relata que a maior prevalência é entre os homens (35,8%) quando comparados a mulheres (30%), no entanto o diagnóstico de hipertensão é maior entre as mulheres que entre os homens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A doença associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A doença é caracterizada como um dos mais importantes problemas de saúde pública. Existem aproximadamente 17 milhões de brasileiros com HAS e a previsão é que até 2025, 80% da população brasileira será hipertensa. Esse aumento tem sido uma preocupação muito grande ao país, pois a doença gera elevados custos socioeconômicos, afetando diretamente os indivíduos, as famílias, o sistema de saúde e a economia do país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BALU; TOMAS, 2014).

Em 95% dos casos, a causa da hipertensão arterial é desconhecida, sendo chamada de HA primária ou essencial. Nesses pacientes, ocorre aumento da rigidez das paredes arteriais e a herança genética pode contribuir para o aparecimento da doença em 70% dos casos. Nos demais, ocorre a hipertensão arterial secundária, ou seja, quando uma determinada causa predomina sobre as demais, embora outras possam estar presentes. É o caso da HA por doença do parênquima renal, a HA renovascular, que é provocada por algum problema nas artérias renais, por aldosteronismo primário, HA relacionado à gestação, HA relacionada ao uso de medicamentos; como corticosteróides, anticoncepcionais ou anti-inflamatórios, ou a HA relacionado ao feocromocitoma: tumor que produz substâncias vasoconstritoras que aumentam a pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença está: tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse,

ingestão excessiva de sal, dislipidemia, sedentarismo e diabetes, idade acima de 60 anos, sexo masculino e mulheres após a menopausa (BRASIL, 2001).

A decisão relativa à abordagem de portadores de HAS não deve ser baseada apenas nos níveis de pressão arterial, mas também na presença de outros fatores de risco e doenças concomitantes, tais como diabetes, lesão em órgãos-alvo, doença renal e cardiovascular. Deve-se também considerar os aspectos familiares e socioeconômicos. São definidas quatro categorias de risco cardiovascular absoluto, mostrando que mesmo os pacientes classificados nos estágios 1, 2 ou 3 podem pertencer a categorias de maior ou menor risco na dependência de comorbidades ou fatores de risco associados (BRASIL, 2001).

Tabela 3- Classificação da Hipertensão Arterial.

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010.

Há dois tipos de tratamento para os pacientes hipertensos, o não medicamentoso e o tratamento medicamentoso. O primeiro é realizado através de um estilo de vida saudável, pois é fundamental para controlar fatores ambientais que influenciam negativamente a pressão arterial. Uma alimentação rica em frutas, verduras e vegetais, evitar a ingestão excessiva de sal, combater o sedentarismo e a obesidade, evitar o álcool e o cigarro colaboram para a redução da pressão arterial e para a diminuição do risco cardiovascular.

Quando essas medidas não são suficientes para controlar a pressão arterial, o médico pode optar por introduzir medicações hipotensoras com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares. Na maioria das vezes, o tratamento medicamentoso está associado ao tratamento não medicamentoso (MARTINS *et al.*, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na maioria dos casos, não são observados sintomas. Quando estes ocorrem, são comuns a outras doenças, tais como dor de cabeça, tonturas, cansaço, enjoos, falta de ar e sangramentos nasais. Por isso, a hipertensão arterial é conhecida como uma doença silenciosa, podendo dificultar o diagnóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

6.0 Planos de intervenção

6.1- DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência ESF Jardim de Indianópolis pertencente à UMS Ezio de Martino, foi possível identificar um grupo de problemas, possibilitando a elaboração de um Plano de intervenção.

6.2- IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

Mediante a aplicação da estimativa rápida em reunião com a Equipe de Saúde da Família foi possível identificar os seguintes problemas de saúde (Tabela 4).

- 1.**Elevada incidência de pacientes com hipertensão arterial descompensada
- 2.**Diabetes Mellitus (DM) descompensada
- 3.**Hipotireoidismo
- 4.**Consumo exagerado de drogas psicoativas na população.
- 5.**Tabagismo
- 6.**Elevado consumo de álcool.
- 7.**Maus hábitos dietéticos, com destaque para a obesidade.

6.3 - PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

O segundo passo consistiu na priorização dos problemas, que foi realizada juntamente com os agentes comunitários de saúde analisando algumas características como: magnitude, importância, viabilidade e vulnerabilidade, utilizando métodos qualitativos e quantitativos, pontuando cada uma destas características. Dessa forma, foram priorizados os problemas com pontuações mais altas (Tabela 4).

Tabela 4-Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da UMS Ezio de Martino em 2015.

Principais problemas	Importância	Magnitude	Viabilidade	Vulnerabilidade	Soma	Prioridade
Elevada incidência de HAS	10	10	10	10	40	1
DM	10	10	7	8	35	2
Hipotireoidismo	10	10	7	7	34	3
Consumo exagerado de drogas psicoativas	10	7	7	7	31	4
Tabagismo	10	9	5	5	29	5
Alcoolismo	8	7	7	6	28	6
Maus hábitos dietéticos	8	6	6	4	24	7

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

6.4 DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS

O terceiro passo foi à descrição do problema selecionado, no caso a elevada incidência de pacientes com hipertensão arterial descompensada na área de abrangência. Este problema atinge cerca de 42,51% da população maior de 15 anos, e todo mês sua incidência aumenta cerca de 0,24%. Esse aumento reflete em maior fator de risco para doenças cardiovasculares e cerebrais, e que também em sua maior parte, encontra-se associada à diabetes mellitus, obesidade e cardiopatias.

A maior incidência para a hipertensão está na faixa de 40 e mais anos e tem-se notado uma tendência ao diagnóstico em idades mais precoces com a busca ativa e aferição da pressão em pessoas maiores de 15 anos.

De um total de 557 pacientes hipertensos, 349 são mulheres (62,65%) e 218 são homens (39,13%). Entre esses pacientes, o nível de descompensação é alto e isso é devido a diversos fatores como tabagismo, obesidade, sedentarismo relacionado com alimentação inadequada, consumo abusivo de álcool, entre outros. Desse grupo atendido na unidade de saúde, cerca de

68,58%, participam do grupo HIPERDIA e os mesmos foram divididos por micro áreas, como demonstrados na tabela abaixo.

Tabela 5- Distribuição dos hipertensos por micro áreas do ESF Jardim Indianópolis em 2015.

Micro áreas	Hipertensos	Feminino	Masculino	Não controlados	Controlados	Adesão ao grupo Hiperdia
1	104	68	36	70	34	70
2	74	43	31	40	34	50
3	87	51	36	49	38	58
4	72	45	27	41	31	53
5	89	53	36	58	31	57
6	86	58	28	53	33	61
7	45	31	24	33	12	33
8	557	349	218	308	249	382

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

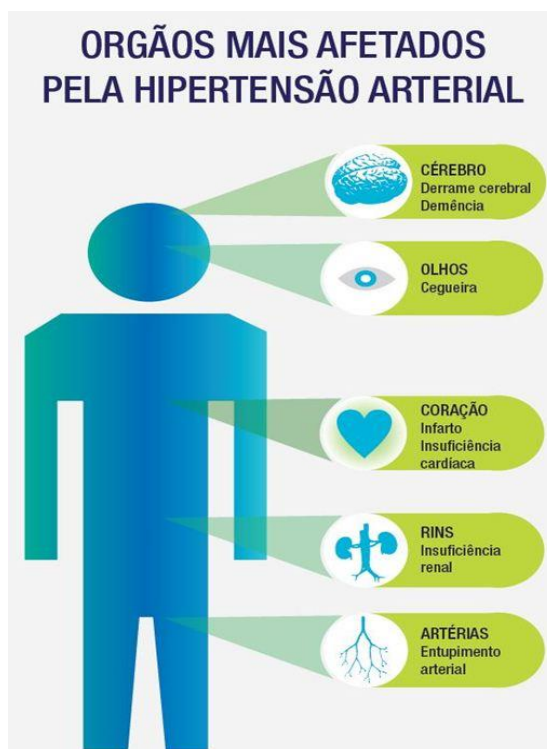
6.5 EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS

O quarto passo desenvolvido foi à explicação do problema que tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar e determinar que a elevada incidência de hipertensão arterial, bem como a descompensação desta, na área de abrangência, sendo determinada principalmente pelos seguintes fatores de risco.

1. Antecedentes familiares de hipertensão arterial
2. Tabagismo
3. Obesidade
4. Sedentarismo relacionada com alimentação inadequada
5. Consumo abusivo de álcool

A hipertensão arterial pode trazer consequências graves levando a um aumento da morbimortalidade da população (Figura 2).

Figura 2- Complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica.



Fonte: www.indaialpapel.com.br

6.6 IDENTIFICAÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”

O quinto passo foi à identificação dos "nós críticos", sendo que a equipe de saúde identificou os seguintes:

1. Fatores hereditários: familiares com hipertensão arterial
2. Estilo de vida
3. Tabagismo
4. Obesidade, relacionada com alimentação inadequada
5. Sedentarismo
6. Consumo abusivo de álcool.

O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas). A mudança nos hábitos de vida pode ser obtida se houver uma estimulação constante em todas as consultas, ao longo do acompanhamento. (BRASIL, 2001).

Com base na estratificação do risco individual associada não somente aos níveis pressóricos, mas também aos fatores de risco e às comorbidades, pode-se decidir pelo uso de medicamentos (BRASIL, 2001).

A PA elevada crônica leva à lesão vascular. As artérias apresentam modificações em sua geometria, desde a diminuição da luz e espessamento das paredes até rupturas. As lesões do coração, rins e cérebro são decorrentes das lesões vasculares desses órgãos (BRASIL, 2001).

A prevenção é a forma mais eficaz, barata e gratificante de tratar esses agravos. É de suma importância e engloba, além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica. A equipe de saúde deve realizar campanhas educativas periódicas, abordando fatores de risco com jovens na faixa escolar e com agrupamentos religiosos; programar, periodicamente, atividades de lazer individual e comunitário (BRASIL, 2001, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

6.7 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Depois de explicado o problema e identificadas as causas consideradas mais relevantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração de um plano de ação (Tabela 6). Logo depois é feita uma análise para avaliar o grau de motivação dos responsáveis em relação aos objetivos visados pelo plano estratégico e descrever as ações estratégicas (Tabela 7). Outra etapa do plano de ação muito significativa é a elaboração de um plano operativo, que é de grande valor para o sucesso da operação e nela serão designados os responsáveis por cada operação, definindo seus gerentes e os prazos para a execução de cada etapa (Tabela 8).

Tabela 6- Desenho das operações.

“Nós críticos”	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos Necessários
Fatores Hereditários	Controle da doença Busca ativa de casos de hipertensão em famílias onde existam pacientes com antecedente pessoais da doença.	Identificação e tratamento de casos novos	Oficinas sobre importância da prevenção de fatores de risco da doença	Cognitivo: conhecimento sobre diagnóstico, acompanhamento e tratamento da Hipertensão arterial. Organizacional: agendamento de consultas e visitas ao domicílio Financeiros: Para distribuição de folhetos, cartilhas, etc
	Busca ativa de sintomas e sinais de descontrole e agravos	Melhora do autocuidado e cumprimento do tratamento	Identificação e prevenção de complicações	Cognitivo: Conhecimentos sobre a doença. Organizacional: Agendamento de consultas e visitas domiciliares.
Estilo de vida	Auto-regulação Avaliação de conhecimentos dos pacientes	Modificação de fatores de risco e atingir a prática de hábitos dietéticos saudáveis	Palestras sobre fatores de riscos modificáveis da HA e adoção de estilo de vida saudável	Cognitivo: Conhecimentos sobre a doença. Financeiros: para distribuição de folhetos, cartilhas, etc.
	Avaliar o grau de envolvimento da família, no controle da doença.	Acrescentar apoio da família no controle dos fatores de risco	Dinâmica familiar para inseri – os na mudança do estilo de vida dos pacientes	Cognitivo: sobre técnicas de Educação em Saúde e terapia em grupo

	Avaliar a adesão ao Grupo	Orientação quanto ao uso correto das medicações, Responsabilidade com sua saúde e Diminuição das internações e complicações	Visita domiciliar para garantir adesão dos pacientes ao grupo do HIPERDIA	Cognitivo: Conhecimentos sobre Hipertensão e sobre o trabalho educacional nos grupos de HIPERDIA.
	Melhorar o relacionamento dos pacientes com os profissionais	ESF melhor preparado Paciente informado e ativado	Educação continuada sobre ético Profissional e grau de satisfação dos pacientes.	Cognitivos sobre ética e participação comunitária e social Financeiros: Distribuição de folhetos, cartilhas, etc.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Tabela 7- Análise de viabilidade do plano.

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ação Estratégica
		Pessoa que controla	Motivação	
Controle da Doença	Financeiros: Para distribuição de folhetos, cartilhas, etc	Coordenador de Atenção Básica	Favorável	Apresentação do Plano de ação
Auto-regulação	Financeiros: para distribuição de folhetos, cartilhas, etc.	Coordenador de Atenção Básica	Favorável	Apresentação do Plano de ação

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Tabela 8- Plano Operativo do projeto.

Operação	Resultados	Produtos	Responsáveis	Prazo
Controle da doença	Identificação e tratamento de novos casos	Oficinas sobre a importância da prevenção e dos fatores de risco da doença	1 Médica 1 Enfermeira 1 Técnica Enfermagem	2 meses para começar o trabalho
	Melhora do auto-cuidado e cumprimento do tratamento	Identificação e prevenção de complicações	1 Médica 1 Enfermeira 1 Técnica Enfermagem	2 meses para começar o trabalho
Auto-regulação	Modificação de fatores de risco e atingir a prática de hábitos dietéticos saudáveis	Palestras sobre promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de fatores de risco	ESF	2 meses para começar o trabalho
	Acrescentar apoio da família no controle dos fatores de risco	Dinâmica familiar para inseri – os na mudança do estilo de vida dos pacientes	ESF	2 meses para começar o trabalho
	Orientação enquanto ao uso correto das medicações Responsabilidade com sua saúde diminuição das internações e complicações	Visita Domiciliar para garantir adesão dos pacientes ao grupo do HIPERDIA	ESF	2 meses para começar o trabalho
	ESF melhor preparado Paciente informado e ativado	Educação continuada sobre ética profissional e grau de satisfação dos pacientes.	1 Médica ESF	1 semana para começar o trabalho

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Faz-se necessário depois da efetivação de um plano de ação em saúde a preparação de um modelo para a avaliação e monitoramento do mesmo. Pois assim, serão acompanhados os resultados e impactos para garantir uma resposta satisfatória utilizando de forma racional os recursos, evitando o gasto desnecessário e evitando o fracasso.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este projeto pretendem-se demonstrar que existem várias dificuldades no acompanhamento ao paciente hipertenso na atenção primária. Pelo fato da hipertensão arterial ser multifatorial, por ter frequentemente curso assintomático, e difícil fazer um diagnóstico precoce se não realizamos ações de prevenção, promoção de saúde e se não atuamos sobre os fatores de risco identificados na nossa área; o sucesso na consecução das metas é bastante limitado, quando decorre da ação de um único profissional. Assim, a equipe multidisciplinar propiciara aos pacientes e a comunidade informações e realizara ações para modificar modos e estilos de vida ajudando-os na incorporação de hábitos e atitudes efetivas e definitivas para o controle da hipertensão.

O grupo HIPERDIA como uma ferramenta para avaliar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes hipertensos ainda precisa de melhorias e avaliações contínuas para atingir os objetivos propostos. As necessidades de trabalho multidisciplinares na área da saúde são reconhecidas por todos e foi incorporado progressivamente na prática diária. Esta é uma tarefa necessária que requer determinação e autocrítica continua para que os objetivos sejam alcançados.

REFERÊNCIAS

BARRETO-FILHO, J. A. S.; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Rev. Soc. Bras. Card**, v.13, n.1, p. 46-55, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus-PROTOCOLO**. Brasília, 2001. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistematica_cab7.pdf>. Acesso em: 20 de fev. 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde/DATASUS 2013**. Disponível em <<http://www.Datasus.gov.br>>. Acesso em: 12 de set. 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG-Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.110p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional, 2010/2012**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 de set. 2014.

KAPLAN, N. M.; FLYN, J.T. **Kaplan's Clinical Hypertension**. 9.ed. Baltimore, 2008.373p.

LÉPORI, L.R. Hipertensão arterial: Informações para o doente, 2009. Disponível

em: <https://www.bial.com/imagem/Caderno%20saude_Hipertensao%20arterial_V2.pdf>. Acesso em: 28 de fev. 2016.

MARTINS, L.C.; MARTINS, L.M.B.; UBAID-GIRIOLI, S.; JÚNIOR, H.M. Tratamento medicamentoso do paciente com hipertensão de difícil controle. **Rev Bras Hipertens**, v.15, n.3, p.28-33, 2008.

MENDES, M.J.F.L.; ALVES, J.G.B.; ALVES, A.V.; SIQUEIRA, P.P.; FREIRE, E.F.de C. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em

adolescentes e seus pais. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.6, n.1, p 549-554, 2006.

NOBRE, R.C.N.; COLUGNATI, F.A.B.; TADDE, J. Prevalência De Sobrepeso, Obesidade e hábitos de vida Associados ao Risco de Cardiovascular em Alunos do Ensino Fundamental. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n.2, p.118-24, 2006.

BORGES, J.F.P.; DANTAS, S.M. **Uberaba e a civilização no Brasil Central: sentidos do conceito de civilização**. XVII Simpósio Nacional de História. Disponível em: <http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1364604747_ARQUIVO_TextoCompletoANPUH-Jean.pdf>. Acesso em: 28 de fev. 2016.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.1, p.90-97, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol, v.95, n.1, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2014.

TERAZON MICLIN, O.; RAGOLTA M.K.; LABORI, R. R. Modificación de algunos factores de riesgo en los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad. **MEDISAN**, v. 13, n. 6, 2009.

UBERABA. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE UBERABA 2014- 2017. Secretaria Municipal de Saúde (Assessoria de Planejamento em Saúde). Disponível em <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 05 de fev. 2016.

VIDALON-FERNANDEZ, A. **Clínica de la hipertensión arterial, para el médico general**. An. Fac. med. Lima, v.71, n.4, 2010. Disponível em <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000400005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 01 de nov. 2014.