

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

**VIUNAIKIS NAVARRO MORENO**

**ALTA PREVALENCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
DESCOMPENSADA EM PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE DE PALMA-MINAS GERAIS**

**JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS  
2016**

**VIUNAIKIS NAVARRO MORENO**

**ALTA PREVALENCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
DESCOMPENSADA EM PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE DE PALMA-MINAS GERAIS**

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.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Cristina Garcia Lopes Alves

JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS  
2016

**VIUNAIKIS NAVARRO MORENO**

**ALTA PREVALENCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
DESCOMPENSADA EM PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE DE PALMA-MINAS GERAIS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Nome - Instituição

Examinador 2 – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em        de

## RESUMO

Trata-se de um trabalho que tem como objetivo geral elaborar um projeto de intervenção para diminuir a alta prevalência de hipertensão arterial descompensada nos pacientes da UBS Dr. Thales Barbosa Pinheiro do município de Palma, Minas Gerais. Justifica-se porque a hipertensão arterial é o terceiro principal fator de risco associado à mortalidade mundial e em nossa comunidade temos, como principal problema de saúde, a alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Para o desenvolvimento deste Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional, além de uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Este plano de intervenção trata de dar cumprimento a nossos objetivos por meio da educação em saúde relacionada aos fatores de risco, conhecimento da doença e ao tratamento, e será desenvolvido com a participação da equipe multiprofissional. Este projeto demonstra a importância do trabalho em equipe e a sensibilização dos membros para executar, de forma integrada, atividades que promovam a adoção de hábitos saudáveis, práticas preventivas e maior adesão ao tratamento para que nossos pacientes possam desfrutar de melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Educação em saúde. Fatores de risco para Hipertensão arterial.

## SUMMARY

This is a work that aims to draw up a general intervention project to decrease the high prevalence of hypertension in patients with decompensated in the UBS Dr. Thales Barbosa Pinheiro, in Palma town, Minas Gerais state. This is justified by hypertension is the third main risk factor associated with the world and mortality in our community the main health problem is the high prevalence of hypertension uncompensated. For the development of this action plan was used the method of the Situational strategic planning, in addition to a narrative review of the literature on the topic. This contingency plan is to comply with our objectives through health education related to risk factors, knowledge of the disease and the treatment and will be developed with the participation of the multidisciplinary team. This project demonstrates the importance of teamwork and awareness of members to perform activities in an integrated manner to promote the adoption of healthy habits, preventive practices and greater adherence to treatment so that our patients can enjoy better quality of life.

Key words: Arterial hypertension. Health education. Risk factors for Arterial hypertension.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
1.1 Identificação do município.....	7
1.2 Histórico de Criação do Município.....	7
1.3 Descrição do Município.....	8
1.4 Diagnostico Situacional.....	8
1.4.1 Aspectos Geográficos.....	9
1.4.2 Aspectos Socioeconômicos.....	9
1.4.3 Aspectos Demográficos .....	9
1.4.4 Territórios/ Áreas de Abrangência.....	10
1.4.5 Condições de vida e principal causa de óbito.....	10
1.4.6 Recursos da Comunidade.....	11
1.4.7 Sistema Municipal de saúde.....	11
1.4.8 Unidade Básica de Saúde.....	15
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
3.1 Geral.....	18
3.2 Específicos.....	18
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>24</b>
6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problema.....	24
6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas.....	24
6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema.....	25
6.4 Quarto Passo: Explicação do problema.....	25
6.5 Quinto passo: Identificação dos nós críticos.....	26
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>30</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Identificações do município**

Nome: Palma

Localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes: Está a 368 km de Belo Horizonte, a 146 km de Juiz de Fora-MG, a 276 km do Rio de Janeiro e a 597 km de São Paulo.

Prefeito: Walter Titoneli

Secretário Municipal de Saúde: Roger Hungria de Paula

Coordenador da Atenção Básica: Emariane Rosendo

Coordenador da Atenção à Saúde Bucal: Priscila Hungria

População (número de habitantes): Censo em 2010 -> 6.545 habitantes

### **1.2 Históricos de Criação do Município**

Por volta de 1780, a cidade fluminense de São Fidelis começa a se desenvolver, formando o casario, entre o Rio Paraíba do Sul e a Serra do Sapateiro. Abre-se uma picada em direção de Cataguases, a fim de se dar expansão ao espírito da época, tendente ao bandeirismo. Havia necessidade de encurtar as distâncias. De quebrada em quebrada o explorador alcança a bacia do rio Pomba. Nas margens desse rio, já no atual município de Palma, estavam seguros do roteiro. Fácil se tornou a chegada ao arraial de Santa Rita de Cássia da Meia Pataca. No meio da viagem, havia um rancho para descanso da tropa. Situava-se numa das margens do ribeirão da Capivara (em sua parte mais alta na cidade de Palma, na antiga saída para a cidade de Miracema). Existia próximo ao rancho uma vetusta e copada cotieira, de cujo fruto se extraía o azeite.

E o lugar passou a ser conhecido pelo nome de RANCHO DA COTIEIRA. Cá em baixo, corre, em seu leito torcicolante, por entre escarpadas abruptas, o ribeirão

Capivara, que leva as águas da bacia hidrográfica, em que se estende grande parte do município de Palma, ao rio Pomba, que se transformou em um excelente roteiro para os exploradores. Melhor se tornou a denominação do lugar. Em vez de Rancho da Cotieira menor esforço se despendia em pronunciar, apenas, o nome do rio. CAPIVARA foi a nova designação da localidade.

A “venda”, junto ao rancho se tornou coisa necessária. Outras casas foram construídas, formando-se o arraial, em cujas imediações se fixaram os posseiros, uns, com roças, e outros entregues ao trabalho de mineração, nas datas concedidas, em escritura, pelo Guarda Mor do distrito, ou nas sesmarias adquiridas por meio de cartas subscritas por Sua Majestade Imperial. Na capela situada na parte mais elevada do lugarejo, é venerada a imagem de São Francisco de Assis.

A localidade, tendo todos os requisitos necessários para se tornar a sede de um distrito de paz, foi este criado pela lei provincial nº 1.239, de 29 de agosto de 1864 com a denominação de SÃO FRANCISCO DE ASSIS DO CAPIVARA. Como sede municipal, criada pelo decreto estadual nº 297, de 23 de dezembro de 1890, a vila conservou o mesmo nome do distrito sede. Em razão do decreto estadual nº 441-A, de 23 de março de 1891, o município passou a ter a denominação atual de PALMA. Recebeu este nome por existir no jardim da cidade, umas palmeiras altas que decoravam o principal logradouro público. Elas deram inspiração aos responsáveis pela escolha do nome para a vila que recebeu o título de cidade pela lei estadual nº 23, de 24 de maio de 1892. O nome Palma permanece até nossos dias, embora tenham se registrado sucessivas revisões toponímicas no Estado (ARAUJO, 1952).

### **1.3 Descrições do Município**

**Palma** é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais. Sua população estimada em 2010 era de 6 545 habitantes (IBGE, 2010).

Tem uma área de 316,73 Km<sup>2</sup> e como municípios limítrofes Muriaé, Santo Antônio de Pádua, Miracema (RJ), Barão de Monte Alto, Laranjal e Recreio. Foi fundada em 24 de Maio de 1892 e tem como gentílico Palmense. A bandeira do município é constituída em um Brasão com duas palmeiras que é a árvore símbolo da cidade dois pés de milho, uma inscrição dizendo´1864 Palma 1890` um berrante, uma

coroa e uma cruz. Esse brasão fica dentro de um losango branco como o da Bandeira do Brasil, num fundo verde com 1 linha diagonal e outra horizontal (vermelhas e brancas).

## **1.4 Diagnóstico Situacional**

### **1.4.1 Aspectos Geográficos**

O município localiza-se na Mesorregião da Zona da Mata mineira; junto à divisa com o estado do Rio de Janeiro. Localiza-se a uma latitude 21°22'30" sul e a uma longitude 42°18'51" oeste. Possui uma área de 317,983 km<sup>2</sup>. O município é composto por três distritos: Palma (sede municipal), Cisneiros e Itapiruçu. A sede dista por rodovia 368 km da capital Belo Horizonte.

Indicadores (IBGE, 2010)

Área total do município: 317,938 Km<sup>2</sup>

Concentração habitacional: 20,58 Hab./Km<sup>2</sup>

Nº aproximado de domicílios e famílias: 2050

### **1.4.2 Aspectos Socioeconômicos**

Indicadores: (IBGE, 2010).

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,703

Área urbana 74,15 % da população.

Renda Média Familiar: R\$ 1500 aproximadamente.

Percentual (%) de Abastecimento de Água Tratada: 96.93%

Percentual (%) de recolhimento de esgoto por rede pública: 94,7%

Principais Atividades Econômicas: Plantação de arroz e criação de gado de leite.

Educação: No município de Palma um 44,68% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 32,56% o ensino médio. A população residente alfabetizada foi de 5483 pessoas.

### 1.4.3 Aspectos Demográficos

**Quadro 1- Distribuição da população de Palma segundo a faixa etária e área urbana e área rural.**

Faixa Etária	Área Urbana	Área Rural	Total
<1	87	23	110
1-4	291	90	381
5-9	390	91	481
10-14	522	123	645
15-19	557	125	682
20-25	354	110	464
25-39	1031	267	1298
40-59	1287	323	1610
60 e +	604	270	874
<b>TOTAL</b>	<b>5123</b>	<b>4122</b>	<b>6545</b>

Fonte: Autoria própria

Indicadores: IBGE

Taxa de Crescimento Anual: - 0,02%

Densidade Demográfica: 20,58 habitantes por km<sup>2</sup>.

Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 1,95%.

### 1.4.4 Territórios/ Áreas de Abrangência

Número de famílias e de habitantes: Cerca de 2.050 famílias e 6545 habitantes.

Os principais postos de trabalho são vinculados ao comércio e aos serviços médicos.

#### **1.4.5 Condições de vida e principal causa de óbito**

Do total da população, 99% das famílias vivem em casa de tijolos. Contam com água encanada e sistema de esgoto em sua grande maioria. Possui rede bancária, telefonia fixa e móvel, energia elétrica.

No campo das atividades socioculturais, a cidade conta com biblioteca municipal, campos de futebol, uma sociedade musical e de cultura e um clube de serviço de lazer. As principais causas de óbitos do município de Palma no ano 2014 foram neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e envenenamentos.

#### **1.4.6 Recursos da Comunidade**

Outros recursos da comunidade, incluindo área de saúde: três Equipes de Saúde da Família (ESF), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um hospital, uma clínica de saúde particular, um laboratório, seis escolas sendo um particular, duas creches, cinco igrejas.

Serviços existentes: a cidade conta com serviços de luz elétrica, água encanada, esgoto tratado, telefonia fixa e móvel, uma agência dos correios e mais dois postos de entrega nos distritos e uma agência bancária do Itaú e uma agência do Bancob.

#### **1.4.7 Sistemas Municipal de saúde**

##### **Conselho Municipal de Saúde (composição):**

##### **Representantes do poder executivo:**

1º Titular: Roger Hungria de Paula; Suplente: Vânia Paula Moura de Rezende.

2º titular: Adalgisa de Oliveira Mattos Nogueira; Suplente: Gleice Aparecida Lima Paula Pereira.

**Representantes dos trabalhadores de saúde municipal:**

1º titular: Maria de Fatima Amaral de Freitas; Suplente: Selma Aparecida de Andrade Paula.

2º titular: Maria José Paula Souza; Suplente: Mirella Raymundo Silva Garcia.

**Representantes dos prestadores de serviço do SUS municipal:**

1º Titular: Verônica Freitas Fernandes Carvalho; Suplente: Regina Caeli de Mattos.

2º titular: Emariane Rosendo Silva de Paula; Suplente: Tânia do Carmo Souza

**Representantes de entidades de usuários:**

1-Obra Unida- Abrigo São Vicente de Paula

Titular: José Francisco de Freitas Paula; Suplente: Élide aparecida de Paula.

2-Hospital e Maternidade Maria Eloy

Titular: Oneida de Fatima de Silva; Suplente: Margareth Quintiliano da Silva.

3-Igreja Católica

.Titular: Maria das Graças Silva Raimundo Soares; Suplente: Maria do Carmo Ribeiro de Paula.

4-Igreja Assembleia de Deus

Titular: Pr. Paulo Jonas dos Santos; Suplente: Maria José Santos Souza.

5-Pastoral da Criança

Titular: Maria do Carmo de Oliveira; Suplente: Eliane de Souza Alves Andrade.

6-Igreja Assembleia de Deus – Distrito de Itapiruçu.

Titular: Pr. Geraldo Wilson de Souza; Suplente: Célia Lúcia de Freitas Souza.

**Fundo Municipal de Saúde: R\$3.149.281,27**

**Orçamento destinado à saúde** (com especificidades que julgar interessante): R\$3.521.683,00.

Durante o ano 2014 a dotação destinada ao hospital teve que ter uma suplementação sendo que para isso teve que ser voltado para a Câmara Municipal com o objetivo de melhorar o hospital. (Reforma na estrutura por vigilância sanitária).

### **Programa Saúde da Família**

O Programa de Saúde da Família foi implantado em Palma- MG no ano 1998. Tem por objetivo integrar as ações de promoção, vigilância, recuperação e reabilitação de saúde, reorganizar a assistência básica e contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde. Conta com 3 Equipes de Saúde da Família (ESF), integrados por: médico enfermeira, técnico de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde, 3 equipes de saúde bucal, compostos por: dentista, técnico em higiene bucal e um assistente bucal, 1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que apoia por meio de oficinas e outras atividades de assistência ao ESF e esta composto por 2 psicólogos, 2 fisioterapeuta, 2 farmacêuticos, 1 nutricionista e 1 terapeuta ocupacional.

População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: 100% da população são coberta pelo Programa de Saúde da Família no município de Palma.

### **Sistema de Referência e Contra referencia:**

Palma pertence a Regional de Saúde do município de Leopoldina. O Sistema de Referência e Contra Referência funciona dentro do Sistema Municipal de Saúde, conta com 3 Unidade Básica de saúde (UBS) como centros de atenção primária e como centro de atenção secundária temos o Hospital e Maternidade Maria Eloy, que é público, filantrópico e sem fins lucrativos. Além das consultas de medicina geral que prestam as unidades de saúde, temos em nosso município especialidades como: pediatria, ginecologia, endocrinologia, ortopedia e traumatologia, psiquiatria e cardiologia. Oferece-se também consulta de HIPERDIA para dar melhor acompanhamento a pacientes hipertensos e diabéticos. Outras especialidades como: dermatologia, neurologia reumatologia e oncologia são oferecidas por meio do CILESTE, consórcio intermunicipal de saúde, com sede em Muriaé e as consultas de Pré-natal de Alto Risco são realizadas em Juiz de Fora.

## **Redes de Média e Alta Complexidade:**

No âmbito dos níveis superiores de assistência à saúde, a organização hierarquizada desses serviços, decorrente da necessidade de escalas na sua provisão como condição de eficiência produtiva, implica a existência de poucos centros (municípios) ofertantes desse tipo de cuidado à saúde. Essa rede hierárquica de serviços do SUS pode, em alguma medida, ser entendida a partir da Teoria do Lugar Central, auxiliar na compreensão da rede urbana de serviços e da relação de oferta e demanda entre os centros e as regiões de influência.

A estrutura de níveis de complexidade/custo no território provoca a existência de fluxos intermunicipais de pacientes para a satisfação da demanda dos serviços de saúde. Nesse contexto, ganha relevância a diretriz de regionalização, uma vez que ela busca, a partir da organização da oferta dos serviços no território, os princípios de eficiência produtiva e equidade no acesso ao cuidado à saúde. Para formar essa organização regionalizada dos serviços de saúde, o principal instrumento definido pelo Ministério da Saúde é o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Em nosso município funciona a rede de saúde de média complexidade devido a que ademais das consultas de medicina geral que prestam as unidades de saúde também prestam assistência pediatras, ginecologistas, cardiologistas, e outros profissionais assim como psicologia, nutrição e fisioterapia com suas respectivas consultas. As redes de média e alta complexidade estão situadas nas cidades de Muriaé (principalmente), Juiz de Fora, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, entre outros, principalmente por serviços ofertados em hospitais de referência.

## **Recursos Humanos em Saúde**

### **Funcionários da Saúde**

#### **Quadro 2-Funcionarios de saúde do município**

<b>Funcionários</b>	<b>Efetivos</b>	<b>Contratados</b>	<b>Horas de Trabalho</b>
<b>Motoristas</b>	4	4	40horas/semana
<b>Oftalmologistas</b>	1	1	25horas/semana
<b>Auxiliares Administrativos</b>	12	0	30horas/semana
<b>Agentes administrativos</b>	4	3	30horas/semana
<b>Chefe de Seção</b>	0	1	Não definidas
<b>Chefe de Divisão</b>	0	2	Não definidas
<b>Agente de</b>	1	0	30horas

<b>Fiscalização</b>			
<b>Psicólogos</b>	1	2	25horas semana
<b>Médicos</b>	1	3	25horas/semana
<b>Dentistas</b>	2	0	25horas/semana
<b>Farmacêuticos</b>	1	2	25horas/semana
<b>Auxiliar de Serviços</b>	3	0	40horas/semana
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	1	0	40horas/semana
<b>Assistente Social</b>	1	0	25horas/semana
<b>Zeladores</b>	2	4	40horas/semana
<b>Fisioterapeutas</b>	1	3	25horas/semanas
<b>Dentista PSF</b>	0	3	25horas/semana
<b>Veterinários</b>	1	1	25horas/semana
<b>Terapeuta Ocupacional</b>	1	0	25horas/semana
<b>Enfermeiros PSF</b>	0	3	40horas/semana
<b>Agentes Comunitários</b>	0	17	40horas/semana
<b>Auxiliares de consultório Dentário</b>	0	2	40horas/semana
<b>Técnicos de Higiene Bucal</b>	0	3	40horas/semana
<b>Coordenador do PSF</b>	0	1	Não definida
<b>Nutricionistas</b>	0	2	25horas/semana
<b>Fonoaudiólogo</b>	0	1	25horas/semana
<b>Agentes de Combate a Endemias</b>	0	5	40horas/semana
<b>Médico PSF</b>	0	4	40horas/semanais
<b>Auxiliar de Enfermagem PSF</b>	0	3	40horas/semana

Fonte: Autoria própria.

#### 1.4.8 Unidade Básica de Saúde

Inserção na comunidade (localização e acesso):

A UBS Dr Thales Barbosa Pinheiro situa-se geograficamente na Rua Pedro Paulo Rosa, n. 30, Palma, MG, onde funciona a equipe de saúde da família Farmacêutico Nicanor Barbosa do Amaral de segunda feira a sexta feira. O horário de funcionamento é de 07 as 16 horas ininterruptamente e os profissionais têm jornada de 40 horas semanais.

**Recursos Humanos:**

**Quadro 3- Recursos Humanos no posto de saúde**

<b>Profissão</b>	<b>Horário de trabalho</b>	<b>Total</b>
<b>Enfermeira</b>	7H-11H / 12H-16H	1
<b>Médica</b>	7H-11H / 12H-16H	1
<b>Técnico de Enfermagem</b>	7H-11H / 12H-16H	1
<b>Agentes Comunitários de Saúde</b>	7H-11H / 12H-16H	6
<b>Dentista</b>	7H-11H / 12H-16H	1
<b>Técnico de saúde bucal</b>	7H-11H / 12H-16H	1
<b>Auxiliar em saúde bucal</b>	7H-11H / 12H-16H	1

Fonte: Autoria própria.

**Recursos Materiais**

Área física: Área de 315 m<sup>2</sup> contando com um consultório clínico, um consultório ginecológico, um consultório dentário, um cozinha, cinco banheiros, um sala de curativo, um sala de vacinação, um farmácia, um sala de almoxarifado, um sala de esterilização, um sala de expurgo, um recepção, uma sala de atendimento básico, uma sala de reunião, um departamento de material de limpeza, uma sala de raios-X, uma sala dos agentes de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A linha demarcatória que define HAS considera valores de Pressão arterial (PA) sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em seu relatório anual, o World Health Report., acusa a hipertensão como sendo o terceiro principal fator de risco associado à mortalidade mundial, perdendo apenas por o sexo inseguro e a desnutrição (ZENI, 2008).

A hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida dos pacientes, sejam elas na esfera psicológica (sensação de impotência, de medo), familiar (deixar de viajar com a família), social (isolamento, perda das atividades de lazer) ou econômica (deixar de trabalhar, aposentadoria) pela possibilidade de agravos em longo prazo (MANTOVANI et al., 2008).

Por tudo isso e devido ao alto número de pacientes hipertensos descompensados consultados em nossa área de abrangência, achamos muito importante fazer um trabalho de intervenção visando diminuir a alta prevalência de hipertensão arterial em nossos pacientes.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a alta prevalência de Hipertensão Arterial descompensada nos pacientes de nossa área.

#### 3.2 Específicos

- Promover educação em saúde sobre hábitos saudáveis de vida.
- Realizar atividades educativas para aumentar o conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença e suas complicações.
- Implementar medidas para que os pacientes hipertensos possam fazer uso adequado do tratamento medicamentoso.

## 4 METODOLOGIA

Para a construção deste trabalho foi realizado um plano de intervenção para diminuir a alta prevalência de hipertensão arterial descompensada na unidade básica de saúde do município de Palma/Minas Gerais onde trabalha a Equipe de saúde Farmacêutico Nicanor Barbosa do Amaral.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do Módulo de Iniciação Científica e seção 2 do Módulo de Planejamento do curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família, além de uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

A equipe envolvida em nosso projeto será composta por: médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicóloga, nutricionista e farmacêutico de nossa unidade de saúde.

O Plano de Intervenção foi realizado seguindo passos para culminar com a realização de um Plano de Ação. A seleção foi feita a partir da análise de determinados critérios. Em nossa equipe o problema selecionado como prioridade 1 foi a alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi a descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou trabalhos científicos encontrados nas bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais e SCIELO e foram utilizados os descritores: Hipertensão arterial, Educação em saúde e Fatores de risco para Hipertensão Arterial. Também foram utilizados alguns dados fornecidos através do Ministério da Saúde e outros a traves das fichas de cadastro de HIPERDIA e os prontuários dos pacientes.

Para obter a explicação do problema a equipe considerou importante entender a gênese do problema e para isso identificamos as causas do problema que estamos analisando. Depois da explicação do problema, foram analisados seus nós críticos, ou seja, as causas do problema. A equipe identificou, mediante uma análise entre as

várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas.

Uma vez explicado o problema e identificadas suas causas mais importantes, foi necessário pensar nas soluções e estratégias de intervenção para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação.

A equipe identificou os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis para realizar uma operação e que não estão disponíveis. Depois confirmou a viabilidade do plano de ação e para isso determinou:

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano.
- Quais recursos cada um desses atores controla.
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

A equipe identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados. Para a elaboração do plano operativo final a equipe em reunião com aquelas pessoas envolvidas no planejamento determinou por consenso os responsáveis por operação e os prazos para dar cumprimento a cada ação.

O público alvo selecionado foi composto por pacientes hipertensos cadastrados em nossa unidade com dificuldade para o controle da doença identificado nas consultas e visitas domiciliares, pacientes não hipertensos com a presença de fatores de risco para desenvolver hipertensão arterial e parentes de pacientes que apresentam hipertensão arterial descompensada.

Os recursos utilizados na realização do projeto podem ser divididos em materiais e humanos. Dentro dos materiais temos: material de escritório, computador, canetas, tinta, impressora, cartazes, folhas, folders educativos, esfigmomanômetro e estetoscópio; e dentro dos humanos: médico, enfermeira, ACS, psicóloga, nutricionista, farmacêutico e pacientes selecionados.

Os encontros educativos e de capacitação foram feitos na sala de reuniões da UBS sendo responsáveis por todas essas atividades o médico e a enfermeira. Os diferentes temas educativos serão dados com uma frequência quinzenal, as quintas-feiras de cada semana para os hipertensos, para o qual se organizarão grupos de 15 a 20 pacientes e às sextas-feiras para os agentes, ambas com duração de 30 minutos, tendo um prazo de três meses para o início das atividades.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem na hipertrofia cardíaca e vascular. Ela é considerada uma síndrome de origem multifatorial, sendo considerados os valores, a partir de 139 mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 89 mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD) para indivíduos adultos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A Organização Mundial da Saúde estima que a hipertensão é o principal fator de risco de morte no mundo, afetando 30% da população adulta; mais de 1,500 milhões de pessoas tem nível de pressão arterial acima de 140 com 90 mmHg (WHO, 2013).

Como a hipertensão arterial é uma doença que fica a maior parte do seu curso assintomática, vem sendo, muitas vezes, negligenciado seu diagnóstico e tratamento, o que faz com que a adesão ao tratamento prescrito seja baixa por parte dos pacientes. Sendo assim, um dos principais fatores e a dificuldade no controle da hipertensão devido à recusa de seus pacientes, que não aceitam a condição da doença crônica não ter cura (BRASIL, 2006).

Nobre et al.(2010) apontam que os fatores de risco para HAS são: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. De acordo com os resultados encontrados por Ferreira et al.(2009),associações da HAS com cor de pele poderiam representar predisposição genética, enquanto que consumo exagerado de certos alimentos ou sedentarismo poderiam refletir hábitos de vida pregressos favoráveis á elevação da pressão arterial; enquanto que, o encontro de maior chance de eventos cardiovasculares entre os hipertensos sinalizaria a ocorrência da principal complicação da HAS, os fenômenos trombo-embólicos na doença aterosclerótica.

A Hipertensão Arterial é uma dos principais fatores que contribuem a causar cardiopatias e acidentes cerebrovasculares que em conjunto representam as causas mais importantes de morte prematura e incapacidade. Tem sido chamada a assassina silenciosa já que a cada ano falecem 9,4 milhões de pessoas por sua condição de fator de risco cardiovascular (WHO, 2013).

Para o controle da HAS, é indicada a adoção de um estilo de vida saudável e frequentemente associado ao uso de medicamentos anti-hipertensivos. No entanto, poucas pessoas hipertensas são aderentes, e aqueles que aderem, o fazem durante algum tempo, e muito deles de forma inadequada. De modo geral, os idosos hipertensos não conseguem seguir estas condutas de controle, e, sobretudo, adotar um estilo de vida saudável, em decorrência da manutenção de hábitos antigos, déficit de conhecimento e do cuidado de familiares. Este fato é preocupante em detrimento do iminente envelhecimento populacional, em que ascende a prevalência desse agravo (SILVA *et al.*, 2009).

Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, a abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento e na prevenção das complicações crônicas. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que assistem hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Mendes (2002), a equipe multiprofissional da ESF exige uma abordagem conjunta e integrada, quer seja do médico, do enfermeiro ou do cirurgião dentista, tornando-se imperativo que esses profissionais desenvolvam ações que possibilitem não só um trabalho multidisciplinar, onde cada profissional realiza a sua avaliação, mas, também, uma avaliação interdisciplinar, onde deverão ser traçadas conjuntamente as ações necessárias para a recuperação e manutenção da saúde dos usuários portadores de HAS.

Nesta perspectiva, entende-se que o atendimento realizado de forma organizada, humanizada e individualizada, além das ações em grupo, promove a valorização dos pacientes, fortalecendo o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde. Contribui ainda, para a adesão ao tratamento - que representa um dos principais empecilhos-, obtendo resultados satisfatórios com as propostas terapêuticas, melhorando a qualidade de vida dos hipertensos.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

A equipe de nossa UBS reuniu-se para analisar os problemas de saúde encontrados nessa área de abrangência; eles são:

- 1- Incidência de Dengue.
- 2- Alta prevalência de Hipertensão Arterial descompensada.
- 3- Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos.
- 4- Depressão.
- 5-Diabetes Mellitus tipo 2.

### 6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas.

**Quadro 4- Priorização dos Problemas**

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Incidência da Dengue	Alta	5	Parcial	3
Alta Prevalência de Hipertensão Arterial Descompensada	Alta	7	Parcial	1
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	5	Parcial	2
Depressão	Alta	4	Parcial	4
Diabetes Mellitus tipo 2	Alta	4	Parcial	5

Fonte: Autoria própria.

Realizamos uma discussão em nossa equipe de trabalho com a enfermeira, as agentes comunitárias e o técnico de enfermagem para determinar o anteriormente feito e achamos que são os maiores problemas que nossa comunidade enfrenta na atualidade. O problema prioritário é a alta prevalência de Hipertensão Arterial descompensada.

### **6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema**

A escolha deste problema aplica-se ao número elevado dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial descompensada, que representam 70% dos pacientes hipertensos de nossa área de abrangência. A Hipertensão Arterial é considerada um fator de risco associada à mortalidade mundial, tornando-se um desafio para a área da saúde, à medida que ameaça a qualidade de vida de milhões de pessoas e apresenta grande impacto econômico. Desta forma, faz-se necessário conhecer a população hipertensa, os fatores de risco que são aquelas características e atributos (variáveis) que aparecem diversas vezes associados à doença e garantir um controle adequado ao longo do tempo para evitar a precocidade e o risco de complicações. Por isso é necessário formar uma estratégia de intervenção coletiva por meio da educação em saúde para a produção de alterações nas condições de saúde desta população, com ênfase no fortalecimento do vínculo com os pacientes hipertensos, e a instituição de processo de conscientização e incentivo à alimentação saudável, atividade física diária, prevenção à obesidade, e a importância destes pacientes assumir o papel de protagonista em seu processo saúde- doença.

### **6.4 Quarto Passo: Explicação do problema**

#### **Causas de alta prevalência de Hipertensão arterial descompensada:**

1 - Presença de fatores de risco. É frequente a Hipertensão Arterial descompensada em pacientes com fatores de risco, tais como, obesidade (IMC maior o igual a 30kg/m<sup>2</sup>), sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, antecedentes familiares, idade, sexo, herança genética, dieta inadequada e dislipidemias, como também as condições sócias econômicas culturais e ambientais.

2- Nível de conhecimento insuficiente sobre a doença e suas consequências. Muitas vezes não é suficiente o nível de conhecimento da população, sobre a Hipertensão Arterial e as consequências que pode ela trazer para sua saúde, por isso tornam-se muito importantes os projetos educativos para oferecer uma intervenção preventiva na população mais vulnerável.

3- Uso inadequado da medicação. Muitos de nossos pacientes hipertensos são idosos, alguns analfabetos outros moram sozinhos ou com outros idosos, assim dificulta-se o uso correto do tratamento indicado, até para lembrar os medicamentos e memorizar os horários.

### **6.5 Quinto passo: Identificação dos nós críticos**

- Presença de fatores de risco:  
Idade, sexo, sedentarismo, obesidade, dislipidemias, tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada, condições culturais e ambientais.
- Nível de conhecimento insuficiente sobre a doença e suas consequências:  
Pouca participação nos projetos educativos de promoção e prevenção sobre a Hipertensão arterial.
- Uso inadequado da medicação:  
Prescrição ilegível, analfabetismo, falta de cuidadores, falta de medicamentos.

Quadro 5- Plano de ação

<b>Operações</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazos</b>
<b>Mais vida Promover hábitos e estilos de vida adequados.</b>	Diminuir a ingestão de sal e álcool, excesso de peso, obesidade, e o sedentarismo.	Programas educativo-recreativos com população vulnerável como passeios e Caminhadas com refeições saudáveis a cada 2 meses	Enfermeira Médico Nutricionista	3 meses para o início das atividades
<b>Mais conhecimento Aumentar o nível de conhecimento sobre a doença.</b>	População mais informada sobre a doença e suas complicações	Criar grupo de hipertensos para oferecer orientações sobre a HAS, e esclarecer as dúvidas dos pacientes a cada quinze dias	Enfermeira Médico	3 meses para o início das atividades
<b>Mais cumprimento Aumentar a adesão ao tratamento farmacológico</b>	Aumentar o cumprimento do tratamento farmacológico nos pacientes hipertensos	Consultas de cuidado continuado a cada 3 meses e Capacitação dos ACS para que atuem como multiplicadores da informação a pacientes e cuidadores	Enfermeira Médico Farmacêutico	3 meses para o início das atividades

Fonte: Autoria própria.

Planejamos as atividades de educação em saúde de acordo com os objetivos específicos inicialmente apresentados, explicando os riscos da hipertensão arterial e realizando promoção sobre hábitos saudáveis de vida relacionados com sua

alimentação e prática de exercícios. Outro objetivo será aumentar o conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença; para isso trataremos os sintomas, sinais e faremos ênfases nas possíveis complicações da hipertensão arterial. O terceiro objetivo, implementar medidas para que os pacientes hipertensos possam fazer uso adequado do tratamento medicamentoso serão cumprido planejando consultas de acompanhamento a cada três meses para os pacientes hipertensos para avaliar sua pressão arterial, como vai seu tratamento, se têm complicações ou doenças associadas, também capacitando aos agentes de saúde sobre temas gerais sobre hipertensão para que atuem como multiplicadores nas visitas domiciliares de forma que eles possam orientar adequadamente tanto aos pacientes, como aos familiares e realizar reuniões todas as semanas com a equipe para trazer todos os casos novos de hipertensão arterial e incorporá-los às atividades que serão realizadas.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através deste plano de intervenção esperamos que os pacientes da UBS Dr. Thales Barbosa Pinheiro, possam incorporar em suas vidas hábitos mais saudáveis, conheçam sua doença (sintomas, complicações), tenham maior adesão ao tratamento e possam desfrutar de melhor controle da doença e melhor qualidade de vida.

Este projeto demonstra a importância do trabalho em equipe, de capacitação e sensibilização dos membros para executar, de forma integrada, atividades de educação em saúde que promovam a adoção de hábitos saudáveis, práticas preventivas e maior adesão ao tratamento de doenças frequentes como a hipertensão arterial.



[http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factor/blood\\_pressure\\_prevalence\\_text/en/index/html](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factor/blood_pressure_prevalence_text/en/index/html). Acesso em 20 jul.2014.

ZENI, Ana. **A perigosa relação entre hipertensão e mal de Alzheimer**. Monografia apresentada como requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem pela Área de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Vale do Rio Doce, 2008. Disponível em: <<http://www.clinicaanazeni.med.br/noticia.php?Id=78>>. Acesso em 20 jul.2014.