

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

RICHARD ASBEL BOLIVAR DUSSU

**INTERVENÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA DIMINUIR
SUA INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE "PACIÊNCIA".**

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

2016

RICHARD ASBEL BOLIVAR DUSSU

**INTERVENÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA DIMINUIR
SUA INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE "PACIÊNCIA".**

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

Orientadora: Profa. Rebeca dos Santos Duarte Rosa

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

2016

RICHARD ASBEL BOLIVAR DUSSU

**INTERVENÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA DIMINUIR
SUA INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE "PACIÊNCIA".**

Banca examinadora

Profa. Rebeca dos Santos Duarte Rosa- orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 01 de abril de 2016

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Estratégia Saúde da Família que aborda a alta incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde Paciência, em Porteirinha, norte de Minas Gerais. A escolha pelo tema se justificou pela vivência do problema durante a rotina de trabalho da equipe multiprofissional, que considerou relevante elaborar um plano de ação para diminuir os índices da doença. O principal objetivo da pesquisa foi a elaboração do citado plano de intervenção para minimizar a ocorrência de hipertensão arterial sistêmica na área trabalhada. Este plano, com base em alguns passos do Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica nas bases de dados da SciELO e da LILACS com os descritores: Hipertensão, Atenção Primária a Saúde e Saúde da Família, consistiu em identificar os principais nós críticos na operação de trabalho e propor ações consistentes no combate a esses problemas, identificando as principais dificuldades, os atores que controlam as ações e as plausíveis soluções. Conclui-se que o incentivo às práticas e estilos de vida mais saudáveis, além do acompanhamento médico sistêmico juntamente com a equipe de saúde, podem contribuir para a diminuição dos índices de hipertensão arterial sistêmica.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Primária a Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

Work Specialization Course Completion in the Family Health Strategy that addresses the high incidence of systemic hypertension in the area covered by the Health Paciência team in Porteirinha, north of Minas Gerais. The choice of subject was justified by the experience of the problem during the multi-professional team work routine, which considered relevant draw up an action plan to reduce the rates of disease. The main objective of the research was the development of the said action plan to minimize the occurrence of hypertension in the area worked. This plan, based on steps of the Situational Strategic Planning in literature search in the databases SciELO and LILACS with the key words: Hypertension, Primary Health Care and Health, was to identify the key critical nodes in the working operation and propose actions consistent in tackling these problems, identifying the main difficulties, the actors who control the actions and plausible solutions. It is concluded that the encouragement of practices and styles of healthier life, in addition to systemic medical supervision along with the health team can contribute to the decrease in hypertension rates.

Keywords: Hypertension. Primary Health. Family Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS.....	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Porteirinha encontra-se localizada na região norte de Minas Gerais, na macrorregião de Montes Claros. Está distante da capital mineira, Belo Horizonte 582 km, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Os primeiros habitantes da região foram os tropeiros que ali chegaram à procura do ouro. Eles tornaram-se senhores de grandes extensões de terra e de escravos. Nas suas andanças pelos sertões, os tropeiros faziam referência a um ponto de pouso a que denominavam de "Porteirinha". Havia uma porteira que fechava a entrada de uma clareira circundada pelas agressivas macambiras, onde os tropeiros prendiam seus animais e suas reses enquanto descansavam. Foi assim que o nome se firmou. O município de Porteirinha foi criado em 17 de dezembro de 1938, com território desmembrado de Grão Mogol (IBGE, 2010).

Com uma área de 1806,253 km² e uma concentração habitacional de 20,83 hab./km², o município possui 10.996 famílias cuja renda per capita varia de R\$200,00 (na área rural) a R\$ 282,50 (na área urbana) (IBGE, 2010).

A população do município é de 37.627 pessoas, sendo que destas 18828 são homens e 18799 são mulheres, revelando ainda que 23.014 pessoas são alfabetizadas o que dá uma taxa de alfabetização de 75,7% (IBGE, 2010).

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Porteirinha é considerado médio. Seu valor absoluto é de 0,651, parecido com o da média nacional. Comparando com outros municípios, é considerado o 101º dos 853 municípios do estado (PNUD, 2000).

A atividade econômica predominante é agropecuária que emprega 11.582, seguida pela indústria 912 e o comércio 566. Grande parte da população está organizada em entidades que totalizam mais de 150 associações comunitárias. A população apresenta um índice de natalidade de 2,546%, índice de mortalidade de 0,284%, e

com uma expectativa de vida de 66 anos (SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTEIRINHA, 2010).

No que tange à área de educação, o município de Porteirinha possui 74 estabelecimentos de ensino, sendo que destes 11 na zona urbana e 63 na zona rural, atendendo, crianças, adolescentes e jovens, em creches, escolas de ensino fundamental e médio. Há também no município uma escola de ensino especial (APAE). Em nível superior o município dispõe de 2 instituições (FASARC e UNIPAC) com cursos nas áreas de ciências humanas e biológicas (SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTEIRINHA, 2010).

Segundo o Relatório de Gestão (2010), dados sobre a população mostram que 45% da população encontram-se na faixa etária entre 25 e 59 anos, 51% vivem na área rural e 50,04 são do sexo masculino (SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTEIRINHA, 2010).

Conforme trabalho realizado por Rodrigues, Gonçalves e Teixeira (2011), nas sete áreas de risco do município a proporção de moradores em pobreza extrema era de 27,50 %, mudando para 12,02% após inclusão no programa Bolsa Família do Governo Federal.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Porteirinha, no ano de 2009, de 4,85; valor acima ao das escolas municipais e estaduais de todo o Brasil, que é de 4,0%. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da educação era de 0,872 (classificado como elevado), enquanto o do Brasil é 0,849 (SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTEIRINHA, 2010).

O Conselho Municipal de Saúde de Porteirinha foi criado em 1990. Tem composição paritária (50% representação dos usuários; 25% trabalhadores da saúde; 25% gestores e prestadores de serviços) (SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTEIRINHA, 2010).

A rede de saúde da Atenção Básica conta com 14 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 100 Agentes Comunitários da Saúde (ACS), um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), um Centro de

Referência em Doenças Infecciosas, um Centro de Oftalmologia Social (COS), um equipe em Saúde dos Trabalhadores, 13 consultórios odontológicos em centros de saúde, uma Farmácia Popular, um Hospital – Doutor São Vicente de Paula (SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTEIRINHA, 2010).

Atualmente o município apresenta 14 equipes de Saúde da Família, seis na zona urbana e oito na zona rural. Com uma assistência humanizada e integral, promove uma cobertura de 69% da população geral. “As áreas definidas para a implantação dessas equipes foram áreas localizadas no cinturão periférico da parte leste, nordeste, norte, noroeste e sul do município” (SIAB, 2009).

A área de abrangência da ESF na comunidade de Paciência atende um total de 708 famílias e uma população de 2299 habitantes cadastrados. Deles 1211 são mulheres e 1088 são homens. Conta com 405 pacientes hipertensos, 76 diabéticos e 5 pacientes com epilepsia. Nesta área de abrangência são atendidos atualmente 16 gestantes e 26 pacientes menores de 1 ano (SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTEIRINHA, 2010).

A comunidade de Paciência está localizada na zona rural ao sul da área urbana de Porteirinha, a uma distância de 10km do centro da cidade. A equipe é formada pelos profissionais 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e seis agentes de saúde: O horário de trabalho da equipe respeita os horários de funcionamento do PSF (SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTEIRINHA, 2010).

A Unidade de Atenção Primária à Saúde dispõe de espaço próprio, contendo salão de recepção, com área para espera de pacientes contendo cadeiras, bebedouro e televisão; um consultório clínico, um consultório odontológico, um banheiro para uso da população (masculino e feminino), dois banheiros para uso da equipe (masculino e feminino), um consultório ginecológico, duas salas de procedimentos de enfermagem (pesagem, aferição de pressão arterial, inalação, curativos), almoxarifado, depósito de materiais de limpeza (DML).

A unidade oferece serviços odontológicos e consultas previamente agendadas que são organizadas nas reuniões mensais onde é realizado o planejamento de todo o trabalho junto à equipe. Há atendimentos para as demandas espontâneas, pré-natal a gestantes e são feitas consultas de puericulturas a crianças abaixo de cinco anos.

Além disso, são oferecidas consultas de HIPERDIA, são realizadas visitas domiciliares e, uma vez por semana, atendimentos em ponto de apoio na comunidade de Angicos.

A partir do trabalho realizado na comunidade, foi possível o conhecimento das condições socioeconômicas, ambientais e de saúde das crianças e adultos que moram neste ambiente.

Foi feita uma discussão com a equipe da unidade para conhecer os problemas de saúde que existem na comunidade. Esta área de abrangência caracteriza-se por precisar de atenção em todos os aspectos não somente na saúde, também nos aspectos econômicos, sociais e ambientais.

Assim, o diagnóstico situacional feito na nossa área de abrangência conforme Campos, Faria e Santos (2010) apontou os seguintes problemas:

- 1- Alta incidência e prevalência de HAS: É um dos maiores problemas que apresenta a área, devido aos maus hábitos dietéticos e pouca ou nenhuma prática de exercícios físicos da população.
- 2- Alto incidência de Diabetes Mellitus tipo 2.
- 3- Aumento de incidência de dislipidemias.
- 4- Incremento das doenças respiratórias e diarreia aguda.
- 5- Alta incidência de ansiedade e depressão.

No Quadro 1 serão apresentados esses problemas priorizando sua importância na área de abrangência da ESF Paciência.

Quadro 1: Principais problemas de saúde definidos pela ESF Paciência no município de Porteirinha, de acordo com sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência e prevalência de HAS	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de Diabetes Mellitus tipo 2	Alta	7	Parcial	2

Aumento de incidência de dislipidemias	Meia	5	Parcial	3
Incremento das doenças respiratórias e diarreia aguda	Meia	5	Parcial	4
Alta incidência de ansiedade e depressão	Meia	4	Parcial	5

Em reunião, reafirma-se, a equipe considerou, neste momento, intervir no problema “Alta incidência e prevalência de HAS”.

2 JUSTIFICATIVA

A justificativa deste trabalho é a alta prevalência de hipertensão entre os pacientes da comunidade, pelo grande número de idosos e pessoas jovens com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências. Assim, torna-se muito importante fazer um projeto de intervenção para evitar as complicações derivadas da HAS.

Atualmente, a hipertensão arterial é uma das doenças crônicas com maior incidência na área de abrangência onde será desenvolvido o projeto, portanto fazendo um diagnóstico precoce e oferecendo o tratamento adequado, haverá a diminuição de ocorrência das complicações como: IAM, AVC, IRC, Retinopatia hipertensiva e outras.

A equipe participou da análise dos problemas levantados, onde foi concluído que existem recursos humanos e materiais para propor fazer ações interventivas. Portanto, a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial na população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Paciência do Programa de Saúde da Família de Porteirinha/MG.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os principais fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e atuar sobre eles.
- Realizar grupos operativos.
- Incentivar a mudança nos hábitos e no estilo de vida da população.
- Fazer adequação da medicação usada pelos pacientes.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos da seção Seção 2 do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bibliotecas eletrônicas do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da *Scientific Electronic Library* (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe (LILACS), utilizando os descritores: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão. Foram selecionados artigos publicados entre 2003 e 2012.

O plano de intervenção foi feito seguindo passos do PES para fechar com a realização de um plano de ação. A seleção foi feita a partir da análise de determinados critérios. Na equipe de Saúde de Paciência, o problema da hipertensão arterial foi selecionado como prioridade 1. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi a descrição dos problemas selecionados.

Para descrição do problema priorizado, a equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe. Os problemas mais frequentes relacionados à população atendida foram observados, além das ações postas em prática pela equipe de saúde para resolver os mesmos e por fim a análise de indicadores que permitiu observar a eficácia das ações postas em prática. Cabe aqui ressaltar as deficiências dos sistemas de informação do município e a necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

Para se conseguir a melhor explicação do problema a equipe de saúde considerou importante entender a gênese do problema a partir da identificação de suas causas.

A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal.

A equipe identificou, mediante uma análise entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, escolhendo assim as que precisam ser enfrentadas.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. Assim, a equipe de saúde identificou os recursos críticos de cada operação.

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente foram identificadas três variáveis fundamentais:

- 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, sendo uma delas a realização de um grupo operativo.

Finalmente para conseguir a estruturação de um grupo operativo a equipe de saúde, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica pode ser caracterizada como uma doença de grande prevalência em nossa população, mas ainda com baixas taxas de controle, o que a torna um grave problema de saúde pública com altos gastos para o poder público. Esta doença é caracterizada por níveis elevados de Pressão Arterial (PA), mas este não é um sintoma isolado, pois ela pode desencadear ainda alterações ou o desenvolvimento de doenças no coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. Além do aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Eventos cardiovasculares e níveis elevados de PA indiscutivelmente formam um fator de grande risco, até mesmo quando se apresentam de forma leve ou moderada, pois após longo período sem tratamento podem produzir uma doença grave que pode levar à morte. Pesquisas provam que as medidas de PA conduzem a identificação de adultos com maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, justamente em decorrência dos riscos que a hipertensão pode trazer à saúde do indivíduo, existindo, inclusive, estudos que comprovam a redução das chances de morte cardiovascular através do tratamento da hipertensão (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Para se ter noção da grandeza dos problemas que englobam a Hipertensão Arterial Sistêmica é importante analisar dados numéricos que ratificam as informações até agora apresentadas. Zaitune *et al.* (2006) demonstraram que o custo gasto com internações por problemas decorrentes de alta pressão arterial gira em torno de 475 milhões de reais por ano. Este é um problema que atinge aproximadamente 22% da população brasileira que possui mais de 20 anos, suas consequências são responsáveis por 80% dos casos de acidente vascular cerebral, 60% dos casos de infarto e 40% de aposentadorias precoces.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) apontam os principais fatores de risco relacionados à doença, onde cabe explicar cada um deles fazendo a necessária correlação. O primeiro fator é a idade, pois a HAS tem prevalência de 60% em pessoas que possuem mais de 65 anos de idade, a partir dos 40 anos a

prevalência não é tão alta quanto a do último número, mas indica que essa é a idade determinante no que se refere à doença.

Gênero e etnia também são fatores fundamentais na prevalência de HAS, conforme demonstram os estudos apontados nas diretrizes. Quando se abordam esses dois fatores, ficou demonstrado que há o predomínio de mulheres negras com HAS até 130% a mais em relação às brancas. Quanto ao gênero em específico os estudiosos indicaram que a prevalência entre homens e mulheres é semelhante, mas ressaltam que é mais elevada em homens que têm até 50 anos de idade. Quanto à etnia em particular, foi observado que a HAS é predominante em indivíduos de cor não branca (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O excesso de peso e a obesidade também se configuram como fator determinante para o desenvolvimento de HAS, até mesmo entre os jovens fisicamente ativos. A ingestão de sódio também é um importante quesito agravante da elevação de PA, principalmente quando se analisa que o padrão alimentar brasileiro é rico em sal, açúcar e gorduras, o que contribui para os índices tão elevados. Contribui, ainda, para o aumento da PA e da mortalidade por doenças cardiovasculares, a ingestão de álcool por períodos prolongados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O sedentarismo, sem dúvida, é um fator de risco da alta PA. Indivíduos que praticam exercícios físicos têm menores chances de desenvolver HAS e doenças cardiovasculares. Cabe ressaltar que os fatores apresentados contribuem com maior chance para o desenvolvimento de doenças quando estão agregados, lembrando que existe a predisposição genética e os fatores ambientais que também podem ser influentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia definiu uma linha demarcatória para HAS em adultos, onde se considera PA sistólica acima de 140mmHg e a PA diastólica acima de 90mmHg. O diagnóstico deverá ser feito através da observação de medidas repetidas, em condições ideais e em pelo menos três ocasiões. Cabe lembrar que este número serve como referencial, podendo variar de acordo com o histórico e

sintomas apresentados por cada paciente. O Quadro 2, a seguir, apresenta os índices da PA e sua classificação.

Quadro 2- Classificação da Pressão 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: Dados retirados IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

A literatura aponta como tratamento da HAS intervenções farmacológicas e não-farmacológicas. O tratamento farmacológico com o uso de diuréticos, IECA, Beta e alfabloqueadores dentre outros é recomendado para pacientes com hipertensão moderada ou grave, como também àqueles que apresentam propensão a doenças cardiovasculares. Apesar de ser eficaz, esta terapia tem grande número de abandono dos pacientes, isto porque na maioria das vezes ela é feita de maneira combinada de dois ou mais medicamentos, além de haver alto custo e efeitos colaterais (ZAITUNE *et al*, 2006).

A terapia não farmacológica é bastante eficaz no controle dos fatores de risco e na detenção da evolução da HAS. Elas podem ser a redução do peso corporal, restrição alcoólica, consumo moderado de sódio, ingestão de potássio, abandono do

tabagismo e prática regular de atividade física, demonstrando que são ações saudáveis, de baixo custo e baixo risco (ZAITUNE *et al*, 2006).

Medidas de prevenção também podem ser tidas como meios altamente eficazes no combate à hipertensão arterial, entretanto representa um grande desafio aos profissionais da área da saúde. É preciso colocar como meta primordial nos serviços de atenção básica à saúde a prevenção primária e a detecção precoce da doença. O tratamento anti-hipertensivo reduz potencialmente a morbidade e a mortalidade cardiovascular (STRELEC; PIERIN; MION JÚNIOR, 2003).

Conforme dados apresentados pelo Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, além do mais é tida como principal fator de risco do acidente vascular cerebral e do infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil há cerca de 17 milhões de portadores da hipertensão arterial, o que representa 35% da população com mais de 40 anos (BRASIL, 2006).

Em 2005, o Ministério da Saúde inaugurou o Programa Brasil Saudável com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros e reduzir o número de mortes causadas por doenças associadas a maus hábitos e estilos de vida inadequados. É neste contexto que surgem as Academias ao Ar Livre, com a pretensão de popularizar a prática de exercícios físicos em aparelhos apropriados e torná-los acessíveis à grande massa populacional. Este programa ajudou o Brasil a cumprir as diretrizes propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no que se refere a ações na estratégia global de alimentação e atividade física, firmada no ano de 2004 (GATA *et al.*, 2012).

As Academias ao Ar Livre são consideradas instrumento de lazer, saúde e atividade física, uma importante ferramenta a ser agregada às Unidades Básicas de Saúde, pois podem contribuir para elevação dos índices de qualidade de vida da população no geral. Entretanto cabe ressaltar que não é apenas a prática de atividades nas academias que melhora o quadro clínico dos pacientes. É preciso haver acompanhamento destes exercícios por profissionais capacitados, acompanhamento

médico, psicológico e nutricional, para que a equipe possa perceber a evolução do paciente e dar suporte ao seu tratamento (GATA *et al.*, 2012).

O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, produzido pelo Ministério da Saúde para o período entre 2011 e 2022, reúne ações estratégicas alvo de investimento para deter o avanço das doenças crônicas não transmissíveis no país, entre elas a hipertensão (BRASIL, 2011).

Neste documento são propostas intervenções efetivas para os problemas correlacionados, entre elas podem ser citadas o maior combate ao tabagismo, com leis mais rigorosas quanto às suas propagandas, os impostos cobrados sobre seus produtos e o seu uso em locais públicos; redução da ingestão de sal e do conteúdo de sal nos alimentos; promoção do esclarecimento do público sobre alimentação e atividade física; entre outros (BRASIL, 2011).

No que se refere à distribuição de medicamentos, o Ministério da Saúde possui um programa de assistência farmacêutica com uma lista de medicamentos distribuído gratuitamente e constantemente atualizada. Foi criado ainda o Farmácia Popular que proporcionou medicamentos com preço reduzido à população. A Campanha “Saúde Não tem Preço”, lançada em 2011, fez com que fármacos anti-hipertensivos e para diabetes fossem amplamente distribuídos (BRASIL, 2011).

Os relatores deste documento são concisos ao relatar a importância em se combater fortemente a hipertensão arterial no Brasil, isto por ela ser um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas, tais como o diabetes, doenças do aparelho circulatório, doença renal crônica e doenças cardiovasculares, o que conseqüentemente gera um gasto público com saúde muito elevado, sendo mais interessante investir em ações de prevenção e controle da doença (BRASIL, 2011).

Para que essas ações se tornem efetivas, fica claro a necessidade de planejamento estratégico dentro das ações em saúde com envolvimento de toda a equipe multiprofissional, além da união do poder público, setores privados e sociedade civil

no sentido de tentar erradicar os problemas de saúde que mais afetam a população brasileira.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme dito anteriormente este plano se fundamentou em alguns passos do PES.

6.1 Definição dos problemas

O diagnóstico situacional feito na ESF Paciência mostrou, entre os problemas mais fundamentais, a presença das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e dentre elas a alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica

6.2 Descrição do problema prioritário

Na área de abrangência da ESF Paciência, um dos maiores problemas identificados foi a existência de pacientes com HAS e os casos novos devido aos maus hábitos dietéticos da população. A situação dos hipertensos não é somente problema da comunidade de Paciência, é uma situação muito frequente em todo Brasil e no mundo inteiro. Esta é uma situação bastante complexa.

Por isso, a equipe considerou importante a discussão deste problema que neste momento é um flagelo que tem um impacto e uma transcendência realmente significativa nesta área de abrangência.

6.3 Explicação do problema

Acredita-se que a alta incidência de HAS na nossa área de abrangência seja por conta de:

1-Hábitos e Estilos de Vida Inadequados: É frequente a existência de pacientes com estilos de vida não saudáveis, vinculadas a outras causas que propiciam a aparição e persistência das mesmas.

2- Pressão Social: É muito frequente o desemprego e isto também é uma das causas do surgimento da hipertensão arterial.

3- Nível de informação: No município existe um baixo nível de informação da população sobre hipertensão arterial e os riscos que esta apresenta.

4- Estrutura dos serviços de saúde inadequados: Existem muitas dificuldades na estrutura do serviço para o atendimento aos portadores e aos casos novos de hipertensão arterial.

6.4 Identificação dos nós críticos

- 1- Hábitos e Estilos de Vida Inadequados.
- 2- Baixo nível de informação.
- 3- Estrutura dos serviços de saúde inadequados.

Nos Quadros 3, 4 e 5 encontram-se apresentados a operação, resultados e produtos esperados para cada “nó crítico” relacionado à alta incidência de HAS.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “**Elevada Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Paciência, Porteirinha, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida inadequados
Operação	Incentivar a população na mudança de hábitos
Projeto	<i>Cuide-se mais e viva mais</i>
Resultados esperados	Mudanças simples e efetivas na vida da população
Produtos esperados	Equipe preparada para orientar a população na adoção de hábitos mais saudáveis. Conscientização dos pacientes sobre a necessidade de um estilo de vida que proporcione mais saúde. Melhoramento dos índices de HAS e do uso de medicamentos pelos pacientes.
Atores sociais / responsabilidades	Equipe de saúde Secretário de saúde Médico responsável
Recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre o número de pacientes cadastrados com HAS. Financeiro: Para aquisição de recursos para capacitação (audiovisuais, folhetos, livros); sugestão aos órgãos públicos competentes de implantação de uma Academia ao Ar Livre.

	Político: Articulação Inter setorial e aprovação do Secretário;
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de panfletos educativos e de trabalho. Político: Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apoiam a saúde no município.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de saúde; Secretário de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de intervenções na secretaria.
Responsáveis:	Gestor. Médico. Enfermeira.
Cronograma / Prazo	Três meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação da execução do Plano de Ação pela equipe quinzenalmente, enquanto não alcançam as metas.

Quadro 4 – Operações sobre o “**nó crítico 2**” relacionado ao problema “**Elevada Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Paciência, Porteirinha, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixo nível de informação da população
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS.
Projeto	<i>Saiba mais sobre a Hipertensão</i>
Resultados esperados	Pacientes melhor informados sobre causas, riscos e formas de tratamento da doença.
Produtos esperados	Grupos educativos atuantes População orientada e com conhecimento sobre HAS
Atores sociais/ responsabilidades	Setor de comunicação social Equipe de saúde Secretário de saúde
Recursos necessários	Cognitivo: Propiciar à população informações relevantes acerca da hipertensão, para que possa melhorar seus hábitos e

	estilo de vida. Político: Articulação Inter setorial; Mobilização social.
Recursos críticos	Financeiro: para adquirir panfletos educativos. Organizacional: convidar especialistas para dar palestras à população Político: articulação dos diferentes setores que trabalham ou apoiam a saúde no município
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Setor de comunicação social; Equipe de saúde; Secretário de saúde Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de educação para a saúde na secretaria
Responsáveis:	Gestor do município. Medico. Enfermeira.
Cronograma / Prazo	Dois meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento do nível de evolução da população em torno dos conhecimentos sobre a doença e da mudança de hábitos.

Quadro 5 – Operações sobre o “**nó crítico 3**” relacionado ao problema “**Elevada Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Paciência, Porteirinha, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Estrutura inadequada dos serviços de saúde
Operação	Garantir estrutura adequada e digna dos serviços de saúde para o paciente
Projeto	<i>Mais saúde para os Hipertensos</i>
Resultados esperados	Cobertura do máximo possível da população hipertensa Agenda bem organizada Satisfação do usuário por atendimento programado

Produtos esperados	<p>Equipe de trabalho capacitada para atender melhor a população</p> <p>Aumento do número de hipertensos em acompanhamento pelo serviço</p> <p>Programação mensal das atividades a serem desenvolvidas pela equipe</p>
Atores sociais/responsabilidades	Secretário de saúde; Equipe de saúde; Médico
Recursos necessários	<p>Cognitivo: Elaboração de projeto de aprimoramento dos serviços oferecidos</p> <p>Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p>
Recursos críticos	<p>Organizacional: organizar o atendimento dos pacientes de risco</p> <p>Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretário de saúde; Equipe de saúde.</p> <p>Motivação: Favorável.</p>
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de intervenções de saúde na secretaria.
Responsáveis:	Gestor; Médico; Enfermeira.
Cronograma / Prazo	Três meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento dos pacientes pela equipe, através de consultas agendadas e visitas domiciliares.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado permitiu melhor conhecimento da realidade dos pacientes da Equipe de Saúde Paciência, principalmente os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, ressaltando que foi através desta observação que foi possível analisar os pontos críticos que envolvem a doença escolhida como tema principal do trabalho.

Em complementação a esta parte prática do trabalho foi necessário ainda realizar pesquisa teórica que sustentasse os objetivos propostos, onde foi tratada sobre parte da história do município de Porteirinha, área de atuação de trabalho, e também a literatura pertinente a Hipertensão Arterial Sistêmica.

A construção do plano de ação juntamente com a equipe multiprofissional foi de grande aprendizado pessoal e para o crescimento do trabalho em equipe, onde através do diagnóstico situacional e identificação dos problemas foi possível perceber a importância do planejamento. Planejamento este que pode permitir um acompanhamento com melhor qualidade aos pacientes e conseqüentemente melhoria em seu estado de saúde.

Portanto, pode-se concluir que a aproximação, tanto com a equipe de saúde quanto com os pacientes proporciona valiosas experiências que podem ajudar no avanço do serviço oferecido, além da melhoria propiciada quando se tem ações planejadas e focadas nos principais problemas enfrentados pela população. Durante a realização do trabalho a observação mais latente foi a necessidade de mudança e conscientização da população sobre seus hábitos alimentares e estilo de vida, o que é esperado que mude, mesmo que aos poucos, através da intervenção que foi proposta.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso Mar/2016.

CAMPOS, F.C. FARIA, H.P. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte, 2 ed. Universidade Federal de Minas Gerais, Nescon, 2010.

GATA, Danielle Della *et al.* Contextualizando as Academias ao Ar Livre. **Cadernos da Escola de Educação e Humanidades**. v. 1, p. 1-8, 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Ibgecidades**, 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=315220>. Acesso em Nov/2015.

MONTES CLAROS. **Situação da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros**. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.net/moc/modules/myiframe/index.php?iframeid=7>. Acesso em Nov/2015.

PASSOS, Valéria Maria Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 1, n. 15, p. 35-45, 2006

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **PNUD Brasil**, Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano, 2000

SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTEIRINHA. **Relatório e Gestão**: Prefeitura de Porteirinha, Porteirinha, 2010.

RODRIGUES, L.; GONÇALVES, M. E.; TEIXEIRA, G. E. **Indicadores de vulnerabilidade e risco social para as famílias pobres cadastradas no Ministério de Desenvolvimento Social, no município de Montes Claros (MG)**. UNIMONTES, 2011.

STRELEC, Maria Aparecida A. Moura; PIERIN, Ângela M. G.; MION JUNIOR, Décio. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2003.

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

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

Acesso em Nov/2015.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral *et al*. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 22, p. 285-294, fev/2006