

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

**YANEISIS YASELL MATO**

**A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMILIA PLANALTO II, EM DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS. PLANO DE  
INTERVENÇÃO**

**DIVINÓPOLIS- MG**

**2016**

**YANEISIS YASELL MATO**

**A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMILIA PLANALTO II, EM DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS. PLANO DE  
INTERVENÇÃO**

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.

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

**DIVINÓPOLIS-MG**

**2016**

**YANEISIS YASELL MATO**

**A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMILIA PLANALTO II, EM DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS. PLANO DE  
INTERVENÇÃO**

**Banca examinadora:**

Examinador 1. Prof. Edison José Corrêa, UFMG

Examinador 2. Profa. Zilda Cristina dos Santos- Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em 12 de agosto de 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por nos ter dado força de vontade para nunca desistirmos, apesar das dificuldades com o idioma português.

Ao meu professor e orientador Edison pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

## RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção em saúde, para redução do elevado índice de hipertensos na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Planalto II, em Divinópolis, Minas Gerais. Foram planejadas ações de acordo com o método de Planejamento Estratégico situacional (PES). Um diagnóstico situacional mostrou os principais problemas de saúde existente no território. Foram utilizadas informações dos registros da equipe, de consultas médicas e contato com pacientes durante as visitas domiciliares, de prontuários e de avaliação da equipe de saúde (Estimativa Rápida Participativa). Para o planejamento de ações foram identificados três nós críticos, ou causas intermediárias do problema maior: (1) Inadequado processo de trabalho da equipe de saúde para assistir os hipertensos; (2) Baixo nível de informação da população hipertensa sobre a doença, e (3) Costumes; hábitos e estilo de vida prejudiciais aos pacientes hipertensos. Assim, um projeto foi delineado para cada nó crítico, definindo operação principal, resultados esperados, produtos esperados, recursos necessários, recursos críticos, viabilidade / controle dos recursos críticos, ação estratégica, pessoas responsáveis pelas ações, prazo, gestão, e acompanhamento e avaliação das operações. A adesão da equipe, dos gestores e da comunidade é necessária para o êxito da proposta. Espera-se aumentar as estratégias educativas que podem melhorar a saúde e qualidade e estilo de vida dos pacientes hipertensos, evitando assim as complicações de saúde que trazem consigo aumento de mortalidade.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Equipe de Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Fatores de risco.

## ABSTRACT

This paper presents a health intervention plan for reducing the high rate of hypertension in the population under the responsibility of Planalto II Family Health Team, in Divinópolis, Minas Gerais. Actions were planned according to the Strategic Planning Method (SPM). A situational diagnosis showed the main health problems in the territory. We used information from the clinical records, health team visits and contact with patients during the home visits and health team assessment (participatory rapid assessment). For the planning of actions three critical nodes – intermediate causes to the priority problem – were identified: (1) inadequate health team work to take care the hypertensive people; (2) low level of hypertensive population information about the disease, and (3) harmful habits and lifestyle of the patients. Thus, a project was designed for each critical node by setting main operation, expected outcomes, expected products, resources required, critical resources, feasibility/control of critical resources, strategic action, in charge persons for actions and management, monitoring and evaluation of operations. Full participation is necessary, by membership, health team and community, for the proposal success.

**Keywords:** Family health strategy. Primary health care. Family health team. Hypertension. Risk factors.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUCAO</b>	8
1.1 Breves informações sobre o município de Divinópolis, em Minas Gerais	8
1.2 O sistema municipal de saúde	9
1.3 A Equipe de Saúde da Família Planalto II, seu território e sua população	10
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	12
1.5 Priorização dos problemas	13
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	14
<b>3 OBJETIVOS</b>	15
<b>4 METODOLOGIA</b>	16
<b>5 REFERENCIAL TEORICO</b>	17
5.1 Estratégia Saúde da Família	17
5.2 Hipertensão arterial sistêmica – conceito	18
5.3 Hipertensão arterial sistêmica – atribuições e competências da equipe de saúde	19
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	20
6.1 Descrição do problema selecionado	20
6.2 Explicação do problema selecionado	20
6.3 Identificação dos nós críticos	22
6.4 Desenho das operações	22
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	26
<b>REFERÊNCIAS</b>	27

## 1. INTRODUÇÃO

A autora desse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é profissional médica da Equipe de Saúde da Família Planalto II, vinculada à Unidade Básica de Saúde Planalto II, município de Divinópolis, Minas Gerais. O TCC objetiva apresentar um plano de intervenção sobre um dos problemas de saúde prioritário do território da equipe e de sua comunidade adscrita.

No sentido de contextualizar a proposta são apresentados inicialmente

- Breves informações sobre o município de Divinópolis
- O sistema municipal de saúde
- A Equipe de Saúde da Família Planalto II, seu território e sua população
- Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade
- Priorização dos problemas

### 1.1 Breves informações sobre o município de Divinópolis, em Minas Gerais

#### Aspectos gerais

Divinópolis é uma cidade polo do centro-oeste mineiro, localizada a 121 km da capital Belo Horizonte e a 822 quilômetros de Brasília. O município limita-se ao norte com Nova Serrana e Perdígão; ao sul com Cláudio; a leste com São Gonçalo do Pará e Carmo do Cajurú; a oeste com São Sebastião do Oeste e Santo Antônio do Monte. Abriga uma população estimada de 230.848 habitantes, em 2015 (em 2010, no Censo, 213.016) (BRASIL, 2016 b)

#### Histórico de criação do município

A cidade originou-se do “Arraial do Espírito Santo da Itapecerica”, fundado pelo sertanista Manoel Fernandes Teixeira, em 25 de março de 1770, então no município de Pitangui. De meados do século XIX até sua emancipação, pertenceu ao município de São Bento do Tamanduá, que passou a se chamar Itapecerica, em outubro de 1882. Nessa época, D.



Pedro II modificou o nome original, constituindo o distrito de Espírito Santo, que à emancipação denominou-se “Vila Henrique Galvão”. Este nome foi alterado novamente em 1912, para “Vila Divinópolis”, que recebeu status de cidade em 18 setembro 1915. (BRASIL, 2016 b).

Não existem evidências históricas suficientes para explicar como se deu o surgimento do arraial do Divino Espírito Santo do Itapecerica. A povoação que deu origem ao município surgiu há cerca de duzentos anos. Os primeiros colonizadores, fugindo da perseguição política, esconderam-se no sertão de Itapecerica, liderados por Manoel Fernandes de Miranda, apelidado Candidés, porque a região era habitada pelos índios desta etnia. Beneficiados, em 1710, por uma anistia real, imediatamente se organizaram para viver no local. A primeira capela, consagrada ao Divino Espírito Santo e São Francisco de Paula, foi erigida em 1767 e o arraial tomou grande impulso quando foi construída a linha férrea até a cidade de Oliveira. Cerca de um ano depois realizou-se o ato de inauguração da estação ferroviária, que recebeu o nome de Henrique Galvão, um dos construtores da estrada (BRASIL, 2016 b).

#### Descrição do município. Aspectos socioeconômicos

O município de Divinópolis tem um território de 708 km<sup>2</sup>, sendo 214,75 km<sup>2</sup> referente à zona urbana e 493,24 km<sup>2</sup> a zona rural. No Censo de 2010, 97,42 % da população ficava na zona urbana e só 2,58% morava na zona rural. A economia caracteriza-se principalmente pela indústria confeccionista, metalurgia/siderurgia, comércio, oficinas de reparação de veículos automóveis e motocicletas, seguido pela indústria de transformação e as atividades administrativas e serviços complementares (BRASIL, 2016 b).

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

O município de Divinópolis, em Minas Gerais, possui atualmente 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nessas 13 UBS duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) organizam o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde.

Outros serviços disponíveis no município são: uma Farmácia Central e outras três descentralizadas, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma Policlínica, um Centro de Especialidades Médicas (CEM), um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), um Centro de atendimento Psicossocial para álcool e drogas (CAPSAD), um Programa de Intervenção Precoce Avançado (APAE), um Centro Especializado de Fisioterapia (CRER), um Centro de Reabilitação e Readaptação, um Centro de Especialidade Odontológica (CEO), um central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), um Ambulatório para a Dengue e um Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Itapecerica (CISVI).

A prefeitura de Divinópolis possui um setor de saneamento que está subordinado à Secretaria de Operações Urbanas e Defesa Social, que é o órgão responsável pelo sistema de esgotamento sanitário da cidade, que atende a 82% da população, servindo a mais de 180.000 usuários (BRASIL, 2016).

### **1.3 A Equipe de Saúde da Família Planalto II, seu território e sua população**

O posto de saúde Planalto fica em um bairro central da cidade de Divinópolis, com boa infraestrutura.

Tem uma casuística dentro dos padrões normais, em que doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *diabetes mellitus* tipo 2, são as que mais acometem a população, gerando assim uma mortalidade significativa por essas doenças.

A organização da atenção à saúde da comunidade do bairro Planalto compreende duas equipes de saúde da família, Planalto I e II, com a unidade localizada na rua João Moreira, 70, que é um local de fácil acesso. Tem uma situação social boa, não é um bairro periférico, e tem baixo índice de pobreza.

E possui como equipamentos sociais: igreja, escolas, creches, farmácias, supermercados, grupo unibiótica e grupos desenvolvidos dentro da unidade de saúde. E como serviços existentes têm luz elétrica, água, telefonia e internet. A população aproximada é de 7.000 pessoas, em torno de 2.000 famílias. Atualmente todas as famílias estão sendo cadastradas para dividir a comunidade para duas equipes de saúde.

O Quadro 1 mostra a população segundo a faixa etária na área de abrangência das equipes de saúde da família bairro Planalto I e II, município Divinópolis-Minas Gerais.

Quadro 1 - População segundo a faixa etária na área de abrangência das equipes de saúde da família bairro Planalto I e II, município Divinópolis-Minas Gerais

Idades (anos)	No	%
Até 1	72	1,0
1-4	370	5,1
5-9	422	5,8
10-14	456	6,3
15-19	565	7,8
20-49	3302	46
50-59	913	13
60 ou mais	1082	15,0
Total	7182	100

Fonte: SIAB (2015)

Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada. O total das famílias tem rede geral de esgoto e coleção do lixo.

Predomina a faixa etária de maiores de 20 anos. Existe um grande número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

As causas de hospitalização e de óbito, com maior frequência nos pacientes de nossa área, são as doenças cardíacas relacionadas com a Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*, patologias próprias da faixa etária predominante. Muito as equipes têm a fazer, para controlar essas doenças e melhorar a qualidade de vida da população.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

A Estimativa Rápida fornece informações que permitem conhecer as causas e as consequências dos problemas, no sentido diagnóstico e de compreensão dos processos de causa e ação, além de identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2013).

Constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e os recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é, também, envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas, bem como os atores sociais autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc. que controlam os recursos necessários e críticos para o enfrentamento dos problemas.

Para nossos propósitos, a Estimativa Rápida torna-se o primeiro passo de um processo de planejamento que busca definir as intervenções necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde de uma população específica.

Após fazer uma análise e discussão com a Equipe de Saúde, e depois de realizar um levantamento sobre a situação de saúde da área de abrangência, identificamos uma série de problemas

Os principais problemas de saúde observados na Unidade Básica de Saúde Planalto são:

- 1- Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica
- 2- Maus hábitos dietéticos
- 3- Alta incidência de dislipidemias.
- 4- Alta incidência de doenças mentais.
- 5- Alto número de tabaquistas.
- 6- Uso indiscriminado de psicofármacos

## 1.5 Priorização dos problemas

Após identificação dos problemas, foi realizada a seleção e priorização dos problemas a serem enfrentados. A equipe definiu a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica como o problema prioritário, depois de constatar de que mais do 35% da população maior de 15 anos sofre a doença. Além disso, constitui uma das causas mais frequentes de assistência à consulta médica, como pode ser observado no Quadro 2.

Quadro 2 - Principais problemas encontrados e priorizados no diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Planalto II. Divinópolis/Minas Gerais.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção/ Priorização
Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica	Alta	9	Parcial	1
Maus hábitos dietéticos	Alta	7	Parcial	2
Alta incidência de dislipidemias	Alta	6	Parcial	3
Alta incidência de doenças mentais	Alta	5	Parcial	4
Alto número de tabagistas	Alta	2	Parcial	5
Uso indiscriminado de psicofármacos	Alta	1	Parcial	6

Fonte: reunião de equipe.

Assim, o problema considerado prioritário foi alta prevalência de hipertensão arterial, é o motivo de consulta frequente na unidade, encontrando-se um controle inadequado dos pacientes por desconhecimento dos fatores de risco e as complicações da doença e mais do 35% da população maior de 15 anos sofre a doença.

## 2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença cardiovascular mais frequente no mundo e afeta mais de 40 % da população maior de 15 anos. Constitui um dos principais fatores de risco para doenças cerebrovasculares, como acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca, e outras patologias, como doença renal crônica e retinopatia hipertensiva.

Na área de abrangência da ESF Planalto II não é diferente: existe uma alta prevalência de HAS (mais de 35% da população maior de 15 anos).

Este trabalho é justificado por ser a hipertensão arterial sistêmica um dos principais problemas de saúde desse território e motivo de consulta frequente na unidade, encontrando-se um controle inadequado dos pacientes por desconhecimento dos fatores de risco e as complicações da doença. Justifica-se, ainda, pelo reconhecimento de que a equipe deve organizar o processo de trabalho para melhorar o conhecimento da doença, e a atenção às pessoas. A destarte desses dados sabe-se que a HAS é um dos principais fatores de riscos das doenças circulatórias e cardíacas bem como constitui a causa mais frequente das demandas espontâneas e programadas de atendimento da população adulta. Nesse sentido para seu controle faz-se necessário um acompanhamento minucioso dos portadores de HAS por ser também uma doença de difícil controle e adesão ao tratamento. Assim o trabalho pretende contribuir para que pessoas conheçam melhor os fatores de risco, principalmente, os que podem ser modificados para o controle da HAS e adotem hábitos de vida mais saudáveis diminuindo as complicações decorrentes da doença.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Geral**

Apresentar plano de intervenção sobre a hipertensão arterial sistêmica, na Estratégia Saúde da Família Planalto II, em Divinópolis, Minas Gerais.

#### **Específicos**

Propor melhor processo de trabalho da equipe de saúde da família para assistir os hipertensos

Propor formas de atuar sobre o baixo nível de informação da população hipertensa, sobre a doença.

Propor ações sobre costumes, hábitos e estilo de vida prejudiciais, para melhorá-los e obter melhor padrão de vida para os pacientes hipertensos.

#### 4. METODOLOGIA

Seguindo a metodologia proposta no módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2013) foram coletados os dados no diagnóstico situacional e utilizados na construção do Plano de Ação.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme o módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2013).

Para a elaboração do texto utilizaram-se as recomendações da publicação Iniciação à metodologia: textos científicos (CORRÊA, VASCONCELOS e SOUZA, 2013).

Uma revisão narrativa da literatura sobre o tema foi realizada, considerando os Descritores em Ciências da Saúde: Estratégia Saúde da Família, Equipe de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão e Fatores de risco.

Foram realizados levantamentos a partir da literatura médica para buscar quais são os sinais e sintomas com adequada sensibilidade e especificidade para a detecção da descompensação da Hipertensão Arterial. Foi realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando edições do Ministério da Saúde, como as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão e Diabetes, além de sites de busca, como a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação. Além disso, foram analisados, para obter informações, livros, artigos de periódicos e revistas especializadas, material disponível na internet, em sites de busca científica com o PUBMED, Google Acadêmico, Lista de Periódicos Capes.



## 5 REFERENCIALTEORICO

Para registro de bases conceituais ao tema proposto, uma revisão teórica é apresentada tomando como referências as palavras-chaves a ele relacionadas, no contexto desse Trabalho de Conclusão de Curso:

- Estratégia Saúde da Família
- Hipertensão arterial sistêmica - conceito
- Hipertensão arterial sistêmica – atribuições e competências da equipe de saúde

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo que procura reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 1997) e com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), estrutura vinculada à Atenção Básica de Saúde que busca ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de saúde da família e ampliando sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado (COSTA; CARBONE, 2009).

São atribuições gerais de todos os profissionais desse nível de atenção, de acordo com as diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (BRASIL, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário.
- Identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos para o desenvolvimento da HAS, de DM e da DRC, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e atualizar continuamente essas informações, priorizando as situações de maior risco no planejamento local.

- Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, ações programáticas e de vigilância à saúde, conforme a necessidade de saúde da população local.
- . Garantir o atendimento à demanda espontânea, quando pertinente.
- . Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo.
- . Responsabilizar-se pela população adscrita, em outros serviços do sistema de saúde.
- . Participar da elaboração do plano de cuidados.

## **5.2 Hipertensão arterial sistêmica - conceito**

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2006) hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, que pode levar a complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25 % das mortes por doença arterial coronariana e 50% dos casos de insuficiência renal terminal, junto com o diabetes. A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública que interfere diretamente nas doenças circulatórias e cardíacas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

O caráter crônico da doença e sua instalação insidiosa, que pode permanecer assintomática por 15 a 20 anos, confirma a importância do acompanhamento e da adesão ao tratamento pelos pacientes. Os médicos de família são capacitados para identificar os casos que necessitam de outros níveis de atenção à saúde, mas a maioria dos hipertensos consegue controlar-se na Atenção Primária à Saúde. Entretanto, na assistência integral à saúde é necessário tratar o indivíduo como um todo, neste contexto,

se insere as ações de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes (BRASIL, 2002).

### **5.3 Hipertensão arterial sistêmica – atribuições e competências da equipe de saúde.**

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da consulta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso (BRASIL, 2006).

Esta tarefa é de competência da equipe de saúde na prevenção da HAS, e de suas complicações. Devem enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas, e o estímulo a uma alimentação saudável. A inserção de outros profissionais, especialmente, nutricionistas, assistentes sociais e educadores físicos é visto como bastante enriquecedor, devendo atuar de acordo com decisões e práticas locais. 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 (BRASIL, 2001).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Um plano de intervenção é proposto a partir dos resultados encontrados no diagnóstico de saúde da ESF Planalto II. Refere-se ao problema priorizado “Alta prevalência de Hipertensão Arterial” e espera-se que constitua uma importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### **6.1 Descrição do problema selecionado.**

O presente trabalho foi elaborado a partir da interação da equipe de Saúde da Família Planalto II com a população, quando foi identificada a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e seu descontrole como um problema significativo nessa população. Parte da premissa que os alvos pressóricos para dizer que um paciente possui HAS controlada é um valor menor ou igual a 140/90 mmHg. Um número importante dos pacientes já se apresentou em consulta, pelo menos em uma ocasião, com valores superiores a estes, o que registra que o descontrole da hipertensão arterial sistêmica é muito frequente na área de abrangência Equipe Planalto II.

### **6.2 Explicação do problema selecionado**

Ao analisar esse problema, é preciso entender a realidade dessa população e voltar nossa atenção para as determinantes do processo saúde-doença, compreendendo que esse é um problema finalístico vivido pelo próprio usuário e que, para resolvê-lo, é preciso enfrentar os fatores intermediários que o provocam. No caso do problema em questão, o que se pode perceber é que estão diretamente vinculadas com o descontrole da doença na área a má alimentação, o sedentarismo, o analfabetismo, o baixo nível de conhecimento sobre a doença, etc. Após análise dos principais problemas chegamos à conclusão que a alta prevalência da HAS constitui o principal problema (de saúde) desse território.

Em primeiro lugar, o analfabetismo é muito significativo nessa população; grande parte da população hipertensa desse território é analfabeta, e o descontrole da doença é maior nesse grupo, o que gera uma grande dificuldade de adesão ao tratamento. Muitos pacientes vivem sozinhos ou com outro companheiro e filhos também analfabetos e não sabem identificar a medicação e cumprir a posologia, levando ao descontrole e dificuldade de ajuste das doses.

Outra questão importante é a cultura alimentar, pois sua alimentação é muito rica em carboidratos, sais, gorduras e refrigerante. Além disso, boa parte dessa população vive apenas de programas assistenciais do governo impossibilitando uma dieta saudável, com legumes, frutas, verduras, carnes, etc. Os pacientes em consulta, a maioria afirma que come o que está ao alcance de suas condições econômica, quase todos mencionam ter uma dieta hipossódica, mas esse valor é muito subjetivo. Logo as transgressões dietéticas, uma das mais importantes razões da de compensação da doença levam ao aparecimento de outros fatores de risco, tais como a hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperglicemia e obesidade.

Outro fator importante é o sedentarismo. A maior parte dos pacientes hipertensos não realiza nenhum tipo de atividade física, falta compreensão da importância dos mesmos, talvez pelo baixo nível educacional e pouca percepção do risco da doença e, em outros, pela sobrecarga de trabalho que não deixa tempo para dita atividade. Existe uma adesão muito pequena aos grupos operativos desenvolvidos pelo NASF para realização de atividade física e redução de peso, além de pouca aceitação das atividades educativas nos grupos de Hipertensão pois, geralmente, vão mais à consulta para renovar a receita, acreditando que o papel principal no controle da doença é o remédio e a medicação.

Finalmente, o baixo nível de conhecimento sobre a HAS é um fator determinante para o descontrole. Os pacientes acreditam que quando a pressão está em níveis adequados já não precisam usar a medicação, desconhecem que a hipertensão arterial é uma doença crônica, não tem cura e necessita do uso da medicação regularmente para toda a vida.

Finalmente a não associação de todos os pilares do tratamento dificulta o controle da doença e leva a um excesso de medicalização. A maioria dos pacientes utiliza dois ou mais medicamentos e novos casos já se apresentam em grau dois da doença, impossibilitando o uso da monoterapia.

### **6.3 Identificação dos nós críticos**

Foram identificados, por meio das fichas de atendimento da população assistida, os seguintes nós críticos:

1. Inadequado processo de trabalho da equipe de saúde para assistir os hipertensos.
2. Baixo nível de informação da população hipertensa sobre a doença.
3. Costumes; hábitos e estilo de vida prejudicial dos pacientes hipertensos.

### **6.4 Desenho das operações**

Após a análise do problema e dos nós críticos encontrados foram propostas as seguintes operações para cada nó crítico

Quadro 3 - Operações para o “nó crítico 1” ao problema alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Planalto II, do município de Divinópolis, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Inadequado processo de trabalho da equipe de saúde para assistir os hipertensos
Operação-	Implantar o protocolo e a linha de cuidado para o hipertenso
<b>Projeto</b>	<b>Implantação da estratificação de risco</b>
Resultados esperados	Hipertensos acompanhados por toda a equipe e com dados atualizados. Estratificação de risco implantada / Apoio multidisciplinar
Produtos esperados	Implementação de programas / Aproveitamento do grupo operativo para fortalecimento do vínculo e escuta qualificada / Implantação da estratificação do risco / educação permanente
Recursos necessários	Cognitivo: Informações. Capacitação da equipe Organizacional: Adesão dos usuários
Recursos críticos	Cognitivo; Informações, Capacitação da equipe Organizacional: Adesão dos usuários
Viabilidade / controle dos Recursos críticos	Boa viabilidade. Responsável: Secretário Municipal de Saúde
Ação estratégica	Abordar os usuários durante as consultas, visita domiciliar e atividades de grupo. Implantação da estratificação de risco
Plano operativo. Responsáveis pelas operações	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS.
Prazo	Três meses para o início das atividade.
Gestão acompanhamento e avaliação das operações	Vigilância dos agravos da Hipertensão Arterial através dos indicadores do SIAB mensalmente Capacitação de recursos humanos, programa de vigilância dos agravos da Hipertensão Arterial.

Quadro 4 - Operações para o “nó crítico 2” ao problema alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Planalto II, do município de Divinópolis, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Baixo nível de informação da população hipertensa sobre a doença.
Operação-	Informar o usuário e familiares sobre sua doença, medicamentos e complicações
<b>Projeto</b>	<b>Troca de experiências entre os hipertensos</b>
Resultados esperados	Usuários que reduzem a exposição a fatores de risco modificáveis Modificação dos hábitos e adesão medicamentosa
Produtos esperados	Implantação de um programa de educação em saúde Abordagem do usuário sobre o problema e as formas de controle e responsabilização/autocuidado
Recursos necessários	Organizacional: Reorganização da agenda. Convocação dos hipertensos e familiares. Protocolos reelaborados e disponibilizados Cognitivo: Consciência de medidas preventivas e uso racional do medicamento
Recursos críticos	Organizacional: Reorganização da agenda e convocação dos hipertensos e familiares/Elaboração e utilização de protocolos Cognitivo: Consciência de medidas preventivas e uso racional de medicamentos
Viabilidade / controle dos Recursos críticos	Boa viabilidade. Responsável: Secretário Municipal de Saúde
Ação estratégica	Apresentar o projeto aos gestores e à equipe
Responsáveis pelas operações	Médico, enfermeira
Prazo	Três meses para início das atividades
Gestão acompanhamento e avaliação das operações	Avaliação do nível de informação da população sobre os fatores de riscos da Hipertensão arterial e suas complicações



Quadro 5 - Operações para o “nó crítico 3” ao problema alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Planalto II, do município de Divinópolis, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Costumes; hábitos e estilo de vida prejudicial dos pacientes hipertensos.
<b>Operação</b>	Orientar sobre a necessidade de modificar hábitos e estilos de vida inadequados.
<b>Projeto</b>	Modificar estilos de vida
Resultados esperados	Hipertensos controlados com uma dieta correta, abandono do tabagismo, álcool Redução do sedentarismo/Prática de exercícios físicos
Produtos esperados	Educação em saúde sobre dieta e exercício (vida saudável) Campanha de Caminhada. Programa de alimentação ideal/Hortas domiciliares para aumentar o consumo de saladas.
Recursos necessários	Organizacional :Articulação entre profissionais da equipe e os hipertensos Cognitivo: Elaboração de formas de abordar o usuário
Recursos críticos	Organizacional: Articulação entre profissionais da equipe e os hipertensos Cognitivo: Elaboração de formas de abordar o usuário
Viabilidade / controle dos Recursos críticos	Boa viabilidade. Responsável: Secretário Municipal de Saúde. Setor de comunicação social
Ação estratégica	Apresentar o projeto
Responsáveis pelas operações	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS
Prazo	Início em três meses e avaliação a cada semestre
Gestão acompanhamento e avaliação das operações	Programa de caminhada, exercício e alimentação adequada com o grupo de hipertensos. Avaliação do comportamento dos fatores de risco modificáveis no primeiro momento a os 6 meses e com 1 ano de iniciada a proposta

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este projeto de intervenção espera-se aumentar as estratégias educativas que podem melhorar a saúde e qualidade e estilo de vida dos pacientes hipertensos, evitando assim as complicações de saúde que trazem consigo aumento de mortalidade.

O primeiro passo é a promoção da educação em saúde na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança na prática de hábitos saudáveis. Essa atividade educacional deve ser realizada de forma contínua por meio de ações individualizadas ou coletivas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, assim como, desenvolver trabalhos em grupos pela equipe multiprofissional, de pacientes e equipes de saúde, os quais podem ser úteis para a troca de informações, favorecendo o esclarecimento de dúvidas.

Acredita-se na utilidade das intervenções educativas, afim de aumentar o conhecimento na população bem como a necessidade de uma atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, para que os pacientes do projeto alcancem um maior conhecimento sobre a sua doença, seus fatores de risco e como enfrentá-los e conseqüentemente evitem no possível as complicações derivadas da doença. Tornando, assim, os usuários mais independentes e prontos para o autocuidado em saúde.

Evidencia-se na melhoria do nível de conhecimento das pessoas que participarão da intervenção educacional sobre os fatores de risco da hipertensão, a necessidade de uma dieta saudável, a importância da realização de atividade física, bem como o tratamento e complicações da doença. Espera-se assim alcançar 90% do controle da hipertensão nos pacientes cadastrados da equipe de saúde, trazendo com isto a não diminuição do aparecimento das complicações.



## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016 a. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: 21 jun. 2016.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@ Minas Gerais. Divinópolis**. Brasília, [online], 2016 b. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230&search=minas-gerais|divinopolis>>. Acesso em: 21 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001 **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_06.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2106
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília. Caderno de Atenção Básica, nº 15, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério de Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2016.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 15 maio 2015.
- CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 21 jun. 2016.
- COSTA; E. M. A; CARBONE, M.H. Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. Disponível em: [http://www.nesc.ufrrj.br/cadernos/images/csc/2010\\_4/artigos/CSC\\_v18n4\\_605-606.pdf](http://www.nesc.ufrrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_605-606.pdf). Acesso em: 10 jul. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 6 jun. 2016.