



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**



**DIEGO MORAES SANTOS**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PROJETO DE  
INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MARTINS  
PINHEIRO NO MUNICÍPIO DE MARACANÃ**

**CASTANHAL – PA**

**2020**

DIEGO MORAES SANTOS

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PROJETO DE  
INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MARTINS  
PINHEIRO NO MUNICÍPIO DE MARACANÃ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do SUS, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margarete Feio Boulhosa

CASTANHAL – PA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)  
autor(a)

---

S237h Santos, Diego Moraes  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PROJETO DE  
INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
MARTINS PINHEIRO NO MUNICÍPIO DE MARACANÃ /  
Diego Moraes Santos. — 2020.  
35 f.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dra. Margarete Feio Bulhosa  
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - ,  
Campus Universitário de Castanhal, Universidade Federal do  
Pará, Castanhal, 2020.

1. Hipertensão arterial. 2. Sedentarismo. 3.  
Dislipidemia . 4. Obesidade. 5. Qualidade de vida. I.  
Título.

CDD 616.024

---

DIEGO MORAES SANTOS

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PROJETO DE INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MARTINS PINHEIRO NO MUNICÍPIO DE MARACANÃ**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: \_\_\_\_\_

Aprovado em: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margarete Feio Boulhosa  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Tereza Sanches Figueiredo

Dedico esse trabalho à minha família, pelo amor e incentivo em todos os momentos da minha vida acadêmica.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Deus do céu pela dádiva da vida, pela capacidade sempre poder aprender novos conhecimentos e colocá-los em prática na tentativa de aliviar o sofrimento dos que necessitam;

Aos meus pais Cleonice e Telmo e minha irmã Dyone, pelo amor e incansável incentivo em todas as etapas da minha vida;

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margarete Feio Boulhosa pelas sugestões e direcionamento no desenvolvimento desse trabalho de conclusão de curso;

“Talento é dom, é graça. E sucesso nada tem a ver com sorte, mas com determinação e trabalho”

Augusto Branco

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica crônica, multifatorial e faz parte do grupo de fatores de risco que representam o maior percentual de mortalidade por doenças cardiovasculares. Este projeto tem como objetivo realizar ações direcionadas na prevenção e controle da HAS e de suas comorbidades na comunidade assistida pela Unidade Básica de Saúde (UBS)/Equipe Saúde da Família de Martins Pinheiro no Município de Maracanã-PA. Será utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), caracterizado por um planejamento sistemático das ações e nos preparativos necessários para a implementação e gestão cada estratégia. O projeto será executado pela equipe de saúde juntamente com a participação dos gestores municipais e da comunidade na área de abrangência da unidade de saúde. Esperamos que no decorrer das atividades que serão propostas, ocorra uma diminuição da incidência no número de indivíduos hipertensos e que os já diagnosticados apresentem um melhor controle da doença.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Sedentarismo. Dislipidemia. Obesidade. Qualidade de vida.



## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a chronic, multifactorial clinical condition and is part of a group of risk factors that represents the highest percentage of mortality from cardiovascular diseases. This project aims to carry out actions aimed at the prevention and control of SAH and its comorbidities in the community assisted by the Basic Health Center/ Family Health Team of Martins Pinheiro in the municipality of Maracanã-PA. The Situational Strategic Planning method will be used, characterized by a systematic planning of actions and in the necessary preparations for the implementation and management of each strategy. The project will be carried out by the health team associated with the participation of municipal and community managers in the area covered by the health center. We hope that during the activities that will be proposed, there will be a decrease in the incidence in the number of hypertensive individuals and that those already diagnosed will have better disease control.

**Keywords:** Systemic Arterial Hypertension; Sedentary lifestyle, Dyslipidemia; Obesity; Quality of life.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01</b> - Taxa de prevalência estimada e real de Diabetes e Hipertensão, ESF Martin Pinheiro, Maracanã, outubro 2019 .....	14
<b>Quadro 02</b> – Classificação e priorização de problemas na área de abrangência da ESF de Martins Pinheiro. Município de Maracanã-PA .....	23
<b>Quadro 03</b> - Organização das operações para cada “nós críticos” para o enfretamento do alto índice de hipertensos na área de abrangência da unidade de saúde da área de Martins Pinheiro – Maracanã-PA .....	25
<b>Quadro 04</b> – Viabilidade do projeto na área de abrangência da ESF de Martins Pinheiro. Município de Maracanã-PA .....	27
<b>Quadro 05</b> – Plano operativo na área de abrangência da ESF de Martins Pinheiro. Município de Maracanã-PA .....	28

## LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

**IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**NASF** Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**CRAS** Centro de Referência de Assistência Social

**CAPS** Centro de Atenção Psicossocial

**AS** Hipertensão Arterial Sistêmica

**DM** Diabetes Mellitus

**AVE** Acidente Vascular Encefálico

**IAM** Infarto Agudo do Miocárdio

**IC** Insuficiência Cardíaca

**DAP** Doença arterial periférica

**DRC** Doença renal crônica

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 Justificativa.....	16
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	18
2.1 Objetivos Gerais.....	18
2.2 Objetivos Específicos .....	18
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	19
3.1 Implicações Éticas .....	19
3.2 Delineamento do Estudo .....	19
3.3 População de Estudo .....	20
3.4 Variáveis do Estudo .....	21
3.5 Cronograma de Atividades.....	21
3.6 Orçamento .....	22
<b>4. RESULTADOS</b> .....	23
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	30
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	32
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	33

## 1. INTRODUÇÃO

Maracanã é um município localizado no nordeste do estado do Pará, com aproximadamente 150 km de Belém. Sua organização Político e Administrativa do Município compreende a Cidade, os Distritos, os Subdistritos, os povoados, os lugarejos e vilas, dentro dos limites de sua jurisdição, e possui uma população estimada de 29.473 mil segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2019). É dividido em 18 distritos que são eles: Algodual; Boa Esperança; Bom Jardim; Penha; Mota; São Raimundo; Bacabal; 40 do Mocooca; Quatro Bocas; Fortalezinha; Tracuateua; Bom Jesus; km 26 da PA-127; Maracanã (Sede); Santa Maria do Caripi; São Roberto; Tatuteua e Vila de São Benedito (km 19).

Segundo a Secretaria de Saúde do município, este possui um Hospital Municipal que oferece atendimento de urgência e emergências, clínica médica, obstetrícia e pequenas cirurgias. A atenção básica está organizada em Unidades de Saúde na cidade e na zona rural, sendo que nem todas possuem Equipe Saúde da Família. Além disso, oferece o serviço multidisciplinar do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

As ações e serviços de saúde que estão listados na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e que não estão disponíveis no município, são oferecidos aos usuários através de parcerias e convênios com instituições privadas e públicas regionais de referência. A gestão de saúde municipal também realiza a aquisição, distribuição e fiscalização dos medicamentos indicados para o atendimento de doenças ou agravos no âmbito do SUS (RENAME).

A comunidade de Martins Pinheiro pertence a zona rural com população ribeirinha, localizada a mais ou menos 70km da sede, e está dentro do distrito de Boa Esperança. Embora a comunidade de Martins Pinheiro não seja um distrito, ela é maior que o próprio distrito de Boa Esperança. Como não existe nenhum tipo de saneamento básico, não há coleta de lixo, fossas, esgoto e nem água tratada, muitos dos usuários estão em situação de vulnerabilidade.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) conta com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) formada por: médico, enfermeira, 3 técnicos de enfermagem, 5 agentes comunitário de saúde (ACS), 1 colaborador na área administrativa e 1 para a limpeza.

A unidade possui consultório médicos, sala de vacinas, farmácia, sala de curativos e para pequenos procedimentos, além de recepção e banheiro para os usuários.

A área de cobertura abrange 10 pequenas comunidades e alcança aproximadamente 2.000 pessoas. O posto funciona das 7 as 14h, de segunda a sexta, e aos finais de semana há uma escala de plantão entre os técnicos de enfermagem que residem na comunidade para casos de urgência e emergência. São oferecidos atendimentos baseados nos programas do Ministério da Saúde como: Hipertensão, Vacinas, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Acompanhamento pré-natal, Saúde sexual e reprodutiva, entre outros.

A taxa de prevalência de pacientes hipertensos e diabéticos é menor ao número de casos esperados em nossa população, especialmente se levado em conta a comparação com os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL BRASIL, 2017) que estima a frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal.

**Quadro 01** – Taxa de prevalência estimada e real de Diabetes e Hipertensão, ESF Martin Pinheiro, Maracanã, outubro 2019.

Doença	População adscrita	Taxa (%) VIGITEL	Número de casos esperados	Número de casos diagnosticados	Taxa (%) real
Diabetes	1956	6,20	121	17	0,87
Hipertensão	1956	20,70	404	56	2,86

Fonte: Territorialização Municipal, 2018.

Existem fatores que contribuem para essa baixa prevalência em nossa área como: falta de interesse dos pacientes em realizar consultas, ausência de confirmação do diagnóstico e principalmente a escassez de agente comunitário de saúde (ACS) para fazer o levantamento dos casos na população. Vale ressaltar que das 10 comunidades em nossa área de atendimento, somente 5 estão cobertas pelos ACS, por isso o número de hipertensos e diabéticos referenciados no Quadro 01 corresponde aos únicos dados “oficiais” registrados e disponíveis, e são referente aos atendimentos realizados no mês de outubro de 2019 nessas comunidades, ou seja, mais da metade da nossa população não foi avaliada.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg.

Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Entre os fatores de risco estão hereditariedade, raça, idade, sexo, excesso de peso, estresse, sedentarismo, alta ingestão de sódio, baixo nível educacional, presença de comorbidades associadas, características contextuais e de localização da moradia. A doença possui caráter assintomático, o que pode retardar o seu diagnóstico. Seu tratamento adequado exige adequadas e regulares avaliações clínicas, condição menos comum em grupos de menor nível de renda, escolaridade ou residentes em áreas mais remotas e de pior infraestrutura social e de saúde. Por outro lado, o excesso das medicações, seu alto custo, os efeitos colaterais, e o tempo insuficiente para a orientação do paciente favorecem a não adesão ao tratamento.

São também apontados como principais fatores para ineficácia no controle da HAS o baixo número de consultas de saúde, a não adesão ao tratamento, o tratamento farmacológico incorreto e a pouca mudança no estilo de vida e nos comportamentos de saúde dos hipertensos. Esses fatores ainda propiciam maiores riscos de complicações decorrentes da doença, que podem assim induzir maior frequência de internações hospitalares.

A HAS é uma doença geralmente assintomática, o que dificulta o seu controle. Para Carvalho et al. (2012), a adesão ao tratamento da hipertensão depende do conhecimento da pessoa sobre a sua condição de saúde e o seu grau de comprometimento com o tratamento, assim tendo o impacto com as ações planejadas pela equipe de saúde por meio informações esclarecedoras e até mesmo, do apoio da família. Becho (2018) coloca que a HAS, é uma doença crônica, cujo controle é essencial para a prevenção de complicações, em longo prazo, relacionadas à morbidade e à mortalidade cardiovascular e cerebral, dentre outras. O tratamento da HAS baseia-se em medidas não-farmacológicas e farmacológicas.

Logo, a atuação da Atenção Primária em Saúde (APS) torna-se imprescindível para o reconhecimento e o acompanhamento dos adultos hipertensos. Esta é descrita como a esfera do sistema de saúde que oferta a entrada na rede de saúde,

configurando ações de saúde individuais e coletivas que englobam intervenções de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com as comunidades e em seu contexto social (OLIVEIRA et al., 2020).

A implementação de medidas educativas na atenção básica à saúde, como o incentivo à alimentação adequada e às atividades físicas orientadas, suspensão do hábito de fumar e do consumo de álcool, disponibilização de medicamentos específicos, além de estratégias políticas referentes às indústrias de tabaco e alimentícias, contribuiriam para prevenir as complicações da hipertensão arterial (ANDRADE et al., 2015).

Todas as ações em saúde devem ser devidamente estruturadas. O planejamento promove o desenvolvimento institucional, possibilita aos agentes refletir sobre as ações, analisar de forma sistemática as organizações e pensar estrategicamente, representando, portanto, um processo essencial na gestão eficiente, uma vez que através dele é possível analisar o ambiente, definir o que se pretende e como alcançar o que se pretende (TANCREDI, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde, Brasil, (2011), o planejamento tem como principal finalidade garantir que o SUS responda, com qualidade, às demandas e necessidades de saúde, considerando seus determinantes e condicionantes, o que requer o envolvimento de todos os profissionais, bem como a promoção da participação social e a integração intra e intersectorial. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é um método de planejamento baseado em problemas mal estruturados, a partir de modelos probabilísticos e que podem ser articulados em âmbitos diversificados (RIVERA, 2008).

## **1.1 Justificativa**

O projeto se justifica pela HAS ser um problema crônico e de grande impacto na saúde pública e que vivencio em atendimentos diários com a comunidade de atendida pela ESF. Sabemos que na prática o número de hipertensos em nossa área é bem maior do que os dados oficiais e atualmente o município de Maracanã está realizando um recadastramento de todos os usuários do SUS e brevemente números atualizados sobre a população e os indicadores de saúde estarão disponíveis.



Durante os atendimentos foi possível observar que a população atendida apresentava muitas dúvidas sobre a doença e seu modo de tratamento, e principalmente no conhecimento sobre medidas para evitar a incidência de complicações decorrentes da doença. Sabe-se que ações focadas na educação em saúde são importantes para que o paciente tenha conhecimento sobre a doença e suas consequências, assim como dos fatores de risco relacionados como tabagismo, obesidade, sedentarismo, dislipidemia, entre outros

Na referida comunidade de estudo, os atendimentos para o controle de HAS são diários e intensos e a participação da equipe necessita estar bem estruturada, visto que o estímulo por parte dos profissionais de saúde para que a adesão ao tratamento medicamentoso adequado e a adoção de hábitos saudáveis possam promover um impacto positivo na qualidade de vida dos indivíduos hipertensos. Então para tal, é importante que na ESF Martins Pinheiro seja desenvolvido uma proposta de intervenção de cuidados permanentes para que a população hipertensa possa ser acompanhada com maior atenção pela equipe de saúde.

Esta organização do cuidado permanente dos indivíduos hipertensos é baseada num tripé de responsabilidades compartilhada pela equipe de saúde juntamente com o indivíduo e sua família. Neste âmbito, o médico de família possui um papel de extrema relevância, pois irá atuar no gerenciamento do tratamento farmacológico e participando das demais estratégias.

Esse projeto de intervenção está de acordo com os interesses da comunidade e da equipe de saúde, pois será importante porque contribuirá para ampliar os conhecimentos da equipe multidisciplinar da ESF, que posteriormente receberão treinamento para melhorar o atendimento para os pacientes hipertensos que frequentam a unidade, bem como também contribuirá para a qualidade de vida destes.

Portanto, essa intervenção é relevante e justifica-se pelo levantamento e a disseminação das informações sobre a hipertensão para os usuários daquela região e melhor atuação dos profissionais da área da saúde, propiciando um atendimento de qualidade visando melhorar os indicadores de saúde do município e até impactar na diminuição dos gastos em saúde.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Propor um projeto de cuidados permanentes baseado no modelo de Planejamento Estratégico Situacional para a prevenção e controle da HAS e de suas comorbidades na população atendida pela ESF de Martins Pinheiro.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Incentivar a frequência dos pacientes hipertensos às consultas ambulatoriais;
- Melhorar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico quando estiver indicado;
- Estimular a prática de exercícios físicos e alimentação saudável da população;
- Avaliar e melhorar a qualidade de vida da comunidade;
- Melhorar a qualidade de atendimento oferecido pela equipe de saúde aos pacientes hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Implicações Éticas**

A metodologia consiste em uma proposta de projeto de intervenção de cuidados, baseados numa pesquisa qualitativa, objetivando atividades que contribuam para a prevenção e controle da HAS e de suas comorbidades na população atendida da região de estudo. O estudo utilizará os princípios éticos contidos na Resolução do CNS nº 466/2012 que estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras quanto aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, embora neste momento não seja oportunizado nenhum ensaio clínico.

#### **3.2 Delineamento do Estudo**

Para a formulação desta proposta, desenvolveu-se, inicialmente, um trabalho de pesquisa junto à comunidade de Martins Pinheiro para a elaboração diagnóstico situacional. Para embasamento, foram feitas observações da rotina na unidade de saúde e análise de anotações e relatórios clínicos.

Será usado o modelo do Planejamento Estratégico Situacional (PES), idealizado por Matus, autor chileno, a partir de sua vivência como ministro da Economia do governo Allende, no período de 1970-73, e da análise de outras experiências de planejamento normativo ou tradicional na América Latina cujos fracassos e limites instigaram um profundo questionamento sobre os enfoques e métodos utilizados (FARIA et al., 2018).

No PES, o planejamento e a gestão do plano não se dão separadamente e, nesse sentido, no momento tático operacional (gestão) o plano deve ser um compromisso de ação visando resultados que impactem nos problemas selecionados e que possam se traduzir em situações mais favoráveis do que as iniciais (ARTMANN, 2000).

Embora o método tenha sido desenhado para ser utilizado no nível central e/ou global, seu formato flexível possibilita a aplicação nos níveis regionais/locais ou mesmo setoriais, sem contudo, deixar de situar os problemas num contexto global mais amplo. Isso permite manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade.

Após o levantamento dos principais problemas da comunidade e a realização do diagnóstico situacional, optou-se em focar a atenção no elevado número de hipertensos na população atendida pela unidade de saúde de Martins Pinheiro, cadastrados ou não no Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde.

O desenvolvimento do método PES é caracterizado por quatro momentos:

1. **Momento explicativo** – onde se procura conhecer a situação atual, buscando identificar, priorizar e analisar os problemas; ou seja, dado pelo conhecimento de que a situação atual que estamos confrontando que é a incidência da HAS.
2. **Momento normativo** – é o momento de elaboração de propostas de soluções para o problema identificado, priorizados e analisados.
3. **Momento estratégico** – onde se procura analisar e construir a viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado.
4. **Momento tático-operacional** – momento de execução do plano proposto, onde são definidos e implementados a gestão e o acompanhamento do plano.

Este projeto versa sobre os momentos explicativos, normativos e estratégicos do PES. Para a construção do diagnóstico situacional, foi realizado a partir de observações da rotina na unidade de saúde e relatórios clínicos. Feito isso, foi criada a proposta de intervenção e oportunizada uma discussão teórico-prática para embasamento desta. Para tal, foram utilizados como base uma pesquisa bibliográfica: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e dados do Ministério da Saúde.

### 3.3 População de Estudo

Para o momento de aplicabilidade inicial que este projeto consta, apresentará uma abordagem mais organizacional e explicativa da formalização da proposta de intervenção. Porém para o momento tático-operacional, farão parte como população do estudo pacientes hipertensos e cadastrados no Programa HIPERDIA da Unidade Básica de Saúde.



Reunião com a equipe de saúde sobre atividades realizadas									X
---	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Fonte: autor da pesquisa (2020)

### 3.6 Orçamento

OPERAÇÃO/AÇÃO	ITEM	QUANTIDADE	R\$ unid	R\$ ação
1,2,3 e 4	Cartazes	30	3,00 R\$	90,00 R\$
1,2,3 e 4	Folhetos	200	0.50 R\$	100,00 R\$
1,2,3 e 4	Combustível	Indefinido	4,29 R\$	---
1,2,3 e 4	Aluguel de espaço*	Indefinido	---	---
1,2,3 e 4	Datashow*	1	---	---
Total Geral				190,00

\* Caso seja necessário alugar espaço e recursos para atividades em grupo

Fonte- Autor do projeto (2020)

## 4 RESULTADOS

Neste capítulo trará a sequência metodológica da Planejamento Estratégico Situacional que traz a proposta do plano de intervenção de cuidados para a Unidade de Saúde de Martins Pinheiro

### 4.1 Primeiro passo: Identificação dos Problemas

Durante o diagnóstico situacional, foram encontrados os seguintes problemas na área de abrangência da ESF de Martins Pinheiro:

- a) Alta prevalência de hipertensos (HAS)
- b) Alta prevalência de diabéticos (DM)
- c) Dificuldade no sistema de referência e contra referência: acesso a exames laboratoriais, imagem e consulta com especialistas
- d) Baixo nível socioeconômico
- e) Ausência de saneamento básico
- f) Gravidez na adolescência

### 4.2 Segundo passo: Priorização dos problemas

De acordo com Farias et al. (2018), os problemas podem ser classificados de acordo com a importância atribuindo valores “alto, médio ou baixo”, sua urgência e a capacidade da equipe para enfrentá-lo.

**Quadro 02** – Classificação e priorização de problemas na área de abrangência da ESF de Martins Pinheiro. Município de Maracanã-PA.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de HAS	Alta	8	Total	1
Alta prevalência de DM	Alta	7	Total	2
Dificuldade nas referências	Alta	4	Parcial	4
Baixo nível socioeconômico	Alta	3	Fora	6

Ausência de saneamento básico	Alta	3	Fora	5
Gravidez na adolescência	Alta	5	Total	3

Fonte- Autor do Estudo (2020)

Importância: alta, média ou baixa

Urgência: o total de pontos devem somar 30

Capacidade de enfrentamento: total, parcial ou fora

### 4.3 Terceiro passo: Descrição do problema selecionado

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a HAS contribui com aproximadamente 50% das mortes por doença cardiovascular. Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVC) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar.

### 4.4 Quarto passo: explicação do problema

Existem alguns fatores de risco para o surgimento da HAS, alguns não modificáveis como idade, sexo, etnia e genética, e outros modificáveis, como a obesidade, o consumo excessivo de sal, consumo crônico de álcool e o sedentarismo, onde podemos atuar através de ações educativas em saúde.

### 4.5 Quinto passo: Seleção dos nós críticos

Foram selecionadas questões relacionadas a HAS e onde podemos intervir, com o objetivo de causar um impacto positivo nesse problema e de gerar uma transformação efetiva. Identificamos os seguintes “nós críticos”:

- **Baixa adesão ao tratamento medicamentoso** – os pacientes frequentemente se esquecem de tomar a medicação nos horários indicados e algumas vezes ficam sem medicação, tardando muito tempo para buscá-la na unidade de saúde ou para comprar;
- **Falta de conhecimento sobre a doença e suas complicações** – quando questionados, os hipertensos possuem pouco conhecimento sobre os riscos à saúde do controle inadequado da pressão arterial;



- **Hábitos e estilo de vida** – sedentarismo, dieta inadequada, tabagismo, uso de drogas, alcoolismo;
- **Baixo nível socioeconômico** – dificuldade no acesso ao posto de saúde e aos demais níveis de atenção em saúde (zona rural), ausência de saneamento básico;
- **Equipe de saúde insuficiente** – número pequeno de ACS para o acompanhamento e busca ativa dos pacientes hipertensos;

#### 4.6 Sexto passo – Desenho das operações sobre os nós críticos

Após a identificar dos nós críticos no item anterior, no quadro 03 mostra o desenho das operações que devem ser empregadas no momento de intervenção desta proposta.

**Quadro 03** – Organização das operações para cada “nós críticos” para o enfrentamento do alto índice de hipertensos na área de abrangência da unidade de saúde da área de Martins Pinheiro – Maracanã-PA

<b>Nós críticos</b>	<b>Operações</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Resultados esperados</b>
Baixa adesão ao tratamento medicamentoso	- Informar sobre a importância do tratamento farmacológico e os perigos da falta de controle da HAS - Realizar atividades em grupo para troca de experiências e palestras;	- Busca ativa e cadastramento de todos os hipertensos; - Organizar as consultas e o planejamento das atividades; - Coordenação com a secretaria de saúde municipal para a disponibilidade de medicações na unidade de saúde;	- Melhora da adesão ao tratamento farmacológico com melhora no controle da doença. - Diminuição das complicações relacionadas a HAS;
Falta de conhecimento sobre a doença	- Educar a população sobre os fatores de risco da HAS, suas complicações e formas de tratamento através de palestras e rodas de conversa. - Realizar atividades em grupo para troca de experiências e palestras;	- Treinamento e capacitação da equipe de saúde sobre a HAS; - Disponibilização de Recursos audiovisuais para os eventos; - Espaço e recursos materiais para os encontros e reuniões;	- Melhora no controle da doença; - Diminuição das complicações relacionadas a HAS; - Diminuição da incidência de HAS; - Aumento na frequência às consultas dos pacientes hipertensos;
Hábitos de vida saudável	- Incentivar a prática de atividades físicas com o projeto “Caminhada da saúde”; - Realização de oficinas de culinária saudável com a participação de um nutricionista, levando em conta a realidade das famílias da comunidade; - Curso de cessação do tabagismo;	- Coordenação com secretaria de saúde para a disponibilização de profissionais da educação física e nutrição para as oficinas e atividades práticas; - Espaço e recursos materiais para os encontros e reuniões;	- Participação ativa da comunidade nos eventos; - Diminuir o número de sedentários, obesos e tabagistas; - Melhora do controle e da incidência da HAS;

Fatores sócio econômicos	Realizar ações com a equipe nas comunidades mais distantes e que tem dificuldade em se deslocar até a unidade de saúde	- Disponibilização de transporte para o deslocamento da equipe e dos materiais que serão utilizados nas ações;	- Alcançar e fornecer assistência em saúde a todos os pacientes hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde;
Equipe de saúde insuficiente	- Traçar planos e estratégias sobre a atuação da equipe em saúde em relação aos pacientes hipertensos; - Classificar os pacientes e definir os grupos prioritários e mais vulneráveis;	- Promoção de uma educação continuada da equipe em saúde;	- Equipe mais capacitada e motiva; - Articular com a secretaria de saúde municipal a contratação de novos agentes comunitários para as áreas descobertas;

Fonte - Autor do estudo (2020)

#### 4.7 Sétimo passo – Identificação dos recursos necessários e recursos críticos

Para o bom andamento das ações será importante o apoio da gestão do município, especialmente da secretaria de saúde. Alguns recursos críticos já foram levantados na tabela acima, mas devemos estar preparados para imprevistos e a necessidade de recursos adicionais. Será articulado com a Coordenação da Atenção Básica a aquisição e/ou preparação de materiais informativos, folders e cartilhas educativas; a disponibilização ou custeio de profissionais habilitados para os projetos de palestras de temas em saúde e atividades práticas; trabalho conjunto com os demais setores assistenciais da saúde do município; contratação de novos agentes comunitários para as áreas descobertas.

#### 4.8 Oitavo passo – Análise da viabilidade

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

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

Segundo Faria (2018), a motivação de um ator pode ser classificada como:

**Motivação favorável** – o ator que controla determinado recurso crítico para execução do plano coloca-o à disposição, como que “transfere” o controle do recurso para o ator que está planejando.

**Motivação indiferente** – pressupõe que o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido, assim como não está claro se ele, ativamente, fará oposição à utilização desse recurso crítico para execução do plano.

**Motivação contrária** – caracteriza-se por uma oposição ativa à utilização do recurso, ou seja, pode-se também considerá-la uma oposição ativa ao plano

No quadro 04, representa esta etapa. Mostra uma análise dos possíveis recursos que o projeto necessitará para sua implementação e trazendo uma análise das principais barreiras que poderiam influenciar a execução deste projeto.

**Quadro 04** – Viabilidade do projeto na área de abrangência da ESF de Martins Pinheiro. Município de Maracanã-PA

<b>Operações</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Ator responsável</b>	<b>Motivação</b>
1. Estimular a adesão ao tratamento medicamentoso	- Conseguir um espaço para a realização das atividades em grupo; - Aquisição de medicamentos e disponibilizá-los na unidade de saúde;	- Coordenação da unidade de saúde; - Secretaria de saúde;	Favorável  Favorável
2. Educação em saúde sobre a HAS	- Recursos financeiros para adquirir recursos audiovisuais, cartazes, folhetos, etc.	- Secretaria de saúde	Favorável
3. Hábitos de vida saudável	- Disponibilização e/ou contratação de profissionais habilitados para os projetos de atividades físicas e de alimentação saudável	- Secretaria de saúde	Favorável
4. Fatores socioeconômicos	- Transporte até as comunidades que vivem em áreas mais distantes; - Aumentar a oferta de empregos;	- Secretaria de saúde  - Prefeitura municipal	Favorável  - Indiferente

5. Equipe de saúde insuficiente	- Contratação de novos agentes comunitários para as áreas descobertas;	- Prefeitura municipal	- Indiferente
---------------------------------	--	------------------------	---------------

Fonte - Autor do Estudo (2020)

#### 4.9 Nono passo: Elaboração do plano operativo

Neste item, é a etapa onde um modelo de gestão de cada operação e definir o processo de acompanhamento do plano, seus respectivos responsáveis e os períodos de cada etapa.

**Quadro 05** - Plano operativo Plano operativo na área de abrangência da ESF de Martins Pinheiro. Município de Maracanã-PA

<b>Operações</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Estimular a adesão ao tratamento medicamentoso	- Médico e enfermeira	- 1 meses para a organização e início das ações; - Avaliação a cada 6 meses;
Educação em saúde sobre a HAS	- Enfermeira	- 3 meses para a organização e início das ações; - Realização de atividades educativas mensais;
Hábitos de vida saudável	- Médico, enfermeira, nutricionista e educador físico;	- 2 meses para o planejamento e definição do cronograma de cada atividade;
Fatores socioeconômicos	- Médico e enfermeira	- 2 meses para o início das atividades;
Equipe de saúde insuficiente	- Enfermeira	- Prazo indeterminado para a possível contratação de novos membros da equipe por parte da secretaria de saúde;

Fonte- Autor do Estudo (2020)

#### **4.10 Décimo passo: gestão do plano**

A gestão do plano de ação contará com a participação de todos os membros da equipe de saúde e se dará por meio de reuniões mensais onde serão discutidas todas as atividades realizadas em cada um dos projetos. Em alguns dos encontros serão convidados representantes da comunidade para que aportem suas opiniões e sugestões para o aprimoramento assistencial. A coordenação da unidade procurará manter contato permanente com a gestão municipal, através da Secretaria de Saúde que será informada de cada atividades, dos recursos materiais e humano necessários e dos resultados de cada ação.

## 5. DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o grau de adesão ao tratamento sofre influência direta dos modelos de atenção estabelecidos para a saúde (OMS, 2004). Os profissionais de saúde na atenção primária precisam se empenhar para conseguir alcançar um bom controle dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos, através do trabalho em equipe, práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade (BRASIL, 2004).

Destaca-se que operacionalizar e fazer a atenção primária ser efetiva como eixo organizador do sistema de saúde é um desafio para todos, gestores e profissionais, em virtude das distintas formas de disputa de interesse e compreensão das formas de gerir o sistema e colocar o usuário como centro do processo de atenção à saúde (MATUMOTO, 2012).

O Ministério da Saúde há alguns anos vem alertando que por ser na maior parte do seu curso assintomática, o diagnóstico e tratamento da HAS são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão terapêutica e, conseqüentemente, um controle inadequado da doença (BRASIL, 2006).

Segundo Osterberg et al. (2005) os pacientes podem deixar de aderir à terapia anti-hipertensiva prescrita por vários motivos como ausência de sintomas associados à doença, complexidade do esquema de dosagem de medicação ou custo. Outra explicação para a elevada taxa de não adesão é que muitos pacientes não compreendem sua doença e sua medicação.

Para Krousel-wood et al. (2009) acredita que o curso assintomático da hipertensão contribui para essa falta de entendimento e assim muitos pacientes acabam acreditando que a hipertensão é intermitente e pode ser tratada com terapias não farmacológicas, como alívio do estresse ou remédios caseiros. É importante que a equipe de saúde realize uma busca ativa e cadastramento de todos os hipertensos na sua área de atuação para assim organizar as consultas e o planejamento das atividades.

O projeto de intervenção irá promover encontros periódicos com os usuários hipertensos para a realização de atividades em grupo como palestras, oficinas educativas e atividades recreativas. Uma etapa difícil para prevenir a hipertensão é convencer o doente de que ele precisa mudar seu comportamento, seu estilo de vida.

Essas orientações enfatizam, principalmente, cuidados com uma alimentação saudável e a necessidade de praticar exercícios físicos (OLIVEIRA, 2008).

A troca de experiências entre os usuários ajuda a demonstrar que eles não estão sozinhos no enfrentamento do adoecimento crônico. A educação em saúde promove mudanças de estilo de vida, gerando uma reflexão acerca da doença e busca de um caminho terapêutico adequado ao cotidiano do usuário, o que pode favorecer sua autonomia e a capacidade de cuidar de si (ALMEIDA, 2014). Pucci et al. (2012) observou que apenas o indivíduo que tem consciência de que a HAS é para toda a vida aderiu fortemente ao tratamento, expressando importância estatística com a adesão

Ainda, de acordo com a OMS, o nível socioeconômico dos pacientes não está relacionado de maneira consistente à adesão a tratamentos. Apesar dessa afirmação, observamos que muitos dos nossos pacientes hipertensos relatam falta de recursos financeiros para adquirirem a medicação anti-hipertensiva quando não existe disponibilidade na unidade de saúde. Ainda nesta direção, a literatura registra que não existe evidência de associação significativa para as variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, cor/raça, ocupação, grau de escolaridade e renda mensal (LIMA, 2010).

Como mencionado, existem comunidades em nossa área de atuação que não estão contemplados com a presença de um agente comunitário, o que dificulta o acompanhamento ativo da saúde das famílias. É importante que a Equipe de Saúde da Família esteja composta por um número de profissionais adequado ao número de usuários cadastrados, o que permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições: socioeconômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com hipertensão, facilitando a atuação da equipe, nos determinantes do processo saúde-doença (MIRANZI, 2008).

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Acreditamos que esse projeto de intervenção irá melhorar a assistência em saúde oferecida pela ESF de Martins Pinheiro, especialmente no controle da HAS nos pacientes que sofrem dessa doença crônica. A atenção básica é a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde para esses indivíduos, que muitas vezes não tem conhecimento de serem portadores de HAS.

Aumentar a adesão aos tratamentos não farmacológicos e farmacológicos, aumentar a frequência às consultas ambulatoriais periódicas para avaliação e controle clínico, prevenir comorbidades secundárias a HAS (ex. doença renal crônica, acidente vascular cerebral, doença coronariana) e melhorar a qualidade de vida, deve ser o nosso foco como equipe de saúde.



## 7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Sylvania Suely de Araújo et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 297-304. Brasília, Jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000200297&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200297&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 29 mar 2020.

ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Cadernos da Oficina Social**. Oficina Social, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: [http://ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/3899/mod\\_folder/content/0/01-artmann%2C\\_e.\\_planejamento\\_estrategico-cadernos\\_da\\_oficina\\_s.pdf?forcedownload=1](http://ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/3899/mod_folder/content/0/01-artmann%2C_e._planejamento_estrategico-cadernos_da_oficina_s.pdf?forcedownload=1)

ALMEIDA, Edmar; MOUTINHO, Cinara; LEITE, Maia Tavares de Sousa. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde Debate**. v. 38, nº101, p. 328-337, Abr-Jun. Rio de Janeiro, 2014.

BECHO, Aline; OLIVEIRA, Jorge Luis; SANTANA, Geovanna. Dificuldades de adesão ao tratamento por hipertensos de uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. APS**. Jul/set; 20(3): 349 – 359, 2017. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/psbe/resource/pt/biblio-881223>. Aceso em 22 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)**. Acompanhamento e avaliação da atenção primária Brasília: CONASS Documenta; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011: **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados b. Brasília: [s.n.], 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília; 2006. [Série Cadernos de Atenção Básica nº 15 - Série A. Normas e Manuais Técnicos]. [Acesso em 2020 jun. 22]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad15.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf)

CARVALHO, André Luiz Menezes et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc Saúde Coletiva**. v.17, n.7, p.1885-92, 2012.

FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; SANTOS, Max André dos. Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. **Nescon/UFMG**, Belo Horizonte: 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**: Maracanã. 2019. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/maracana/panorama>. Acesso em 28 mar 2020.

KROUSEL-WOOD, Marie A et al. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. **Med Clin North Am**. 93(3):753-69, 2009.

PARÁ. **Lei Orgânica do Município de Maracanã de 1990**. Disponível em: <http://www.maracana.pa.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Lei-Org%C3%A2nica-do-Munic%C3%ADpio.pdf> . Acesso em 20 de junho de 2020

MATUMOTO, Silvia et al. Produção de atendimentos de enfermeiros em unidades da rede básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 20(4), 2012.

LIMA, Tácio de Mendonça; MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo e SOLER, Orenzio. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **\*Rev Pan-Amaz Saude [online] \***. Vol.1, n.2, pp.113-120, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000200014>. Acesso em 21 de julho de 2020

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, Dec. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 22 de junho 2020.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de et al. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.23 Rio de Janeiro, jan 2020.

OLIVEIRA, Angélica; SIQUEIRA, Hedi. Influência dos exercícios físicos e da alimentação na qualidade de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. **Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente Vol. XI**, nº. 12, Ano 2008. Anhanguera Educacional S.A.

ORTERBERG, Lars; BLACHKE, Terrence. Adherence to Medication. **The New England Journal of Medicine**. V. 353,p. 487-97, 2005.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción**. Washington: OMS; 2004. 199 p

PUCCI, Nicole et al. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Rev Bras Cardiol.**;25(4):322-329 julho/agosto, 2012.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. Planejamento de saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil.; LIMA, Julio Cesar França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Arquivos Brasileiros de cardiologia. **7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. v.107, n.3, set. São Paulo, 2016.

TANCREDI, Francisco Bernadini; BARRIOS, Suzana Rosa Lopes; FERREIRA, José Henrique Germann. **Planejamento em saúde**. São Paulo: USP/FSP; 1998.