

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

JORGE ALBERTO GIL DE MONTES SANTANA

ALTA INCIDENCIA DE HIPERTENSAO ARTERIAL
DESCOMPENSADA EM VILAS REUNIDAS – SABARÁ / MINAS
GERAIS

BELO HORIZONTE– MINAS GERAIS

2015

JORGE ALBERTO GIL DE MONTES SANTANA

**ALTA INCIDENCIA DE HIPERTENSAO ARTERIAL
DESCOMPENSADA EM VILAS REUNIDAS – SABARÁ / MINAS
GERAIS**

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

Orientador: Edison José Corrêa

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2015

JORGE ALBERTO GIL DE MONTES SANTANA

**ALTA INCIDENCIA DE HIPERTENSAO ARTERIAL
DESCOMPENSADA EM VILAS REUNIDAS – SABARÁ / MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Edison José Corrêa (orientador), Universidade Federal de Minas Gerais.

SABARÁ – MINAS GERAIS

2015

RESUMO

O presente projeto de intervenção, que constitui o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, tem por objetivo propor um plano de intervenção com vistas à redução da incidência da hipertensão arterial descompensada na comunidade de Vilas Reunidas, em Sabará, Minas Gerais. Para tal, foi desenvolvido um plano de ação baseado no Planejamento Estratégico Situacional que pretende garantir o acompanhamento dos pacientes que sofrem de hipertensão arterial. Também se realizou pesquisa bibliográfica na base de dados da SciELO, com os descritores hipertensão, prevenção de doenças e educação em saúde. São propostos ações para os seguintes nós críticos: (1) Estabelecer processo de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos; (2) Educação para a saúde da comunidade; (3) Estabelecer processo de educação permanente em saúde com foco em hipertensão arterial para a equipe da saúde da família. A realização do plano será por meio de palestras educativas, na unidade e nas casas sobre hipertensão arterial e prevenção de suas complicações e, tratamento. Propõe-se, ainda, capacitação da equipe de saúde sobre hipertensão arterial para que realizem atividade educativa na área de abrangência. Trata-se de um projeto que surgiu de uma necessidade que a equipe de saúde reconheceu na sua comunidade, contando com a motivação dos agentes envolvidos, com o que acreditam conseguir intervir na vida de pessoas que precisam desenvolver um estilo de vida saudável.

Palavras-chave: Hipertensão Prevenção de doenças. Educação em Saúde.

ABSTRACT

This intervention project, which is the final work of the Specialization Course in Family Health Strategy, aims to implement an action plan to reduce the incidence of decompensated hypertension in Vilas Reunidas, community in Sabará, Minas Gerais. The action plan is based on Situational Strategic Planning that aims to ensure the monitoring of patients suffering from high blood pressure. A survey research was performed in the SciELO database, with the subject headings hypertension, disease prevention and health education. Actions are proposed for the following critical: (1) establish process to increase the level of knowledge of the hypertensive patients; (2) community health education; (3) establish process of permanent education for the family health team focusing on hypertension. Implementation of the plan will be through educational lectures, in health center and houses calls, about high blood pressure prevention and treatment. Proposes herself, still, health team training on hypertension to undertake educational activities in the area. This project begins of a need recognized by the family health team in the community. With the motivation of those involved, it's possible to change lives of people to a healthy lifestyle.

Keywords: Hypertension. Disease prevention. Health education.

DEDICATÓRIA

Em memória do meu pai.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Edison José Corrêa por me orientar e ter muita paciência.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
Descrição do município de Sabará	11
Sistema municipal de saúde	11
Descrição da comunidade de Vilas Reunidas	12
Identificação e priorização dos problemas de saúde de Vilas Reunidas, Equipe de Saúde da Família 4 (2014)	15
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
4 MÉTODOS	19
5 BASES CONCEITUAIS	20
Hipertensão arterial	20
Hipertensão arterial: morbidade	21
Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica	22
6 PLANO DE AÇÃO	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A análise da situação de saúde da comunidade é um processo de identificação, priorização e solução de problemas de saúde com caráter multidisciplinar e intersetorial, com um enfoque social e sistêmico, com participação dos líderes formais e não formais.

Fizemos um estudo observacional descritivo, transversal, com o objetivo de contribuir a melhorar o estado de saúde da população, da Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas, no ano 2013. Para a coleção da informação foram revisadas as estatísticas de saúde.

Na identificação, priorização, análise causal e elaboração do plano de ação se utilizaram métodos e técnicas grupais como: a observação, chuva de ideias, método de ranqueamento e a técnica de Ishikawa ou de espinha de peixe. Os dados e resultados obtidos foram expostos em quadros, com a conclusão que os componentes e determinantes do estado de saúde da população estudada principais foram, a alta prevalência de hipertensão arterial descompensada, a deficiente educação sanitária da população, a elevada incidência de famílias disfuncionais por alcoolismo e alta incidência de tabagistas, a má qualidade da água, a alta prevalência de *diabetes mellitus* descompensada e o deficiente controle do risco reprodutivo.

Desenvolve-se um plano de ação para dar solução aos problemas de saúde identificados e priorizados, com a participação da comunidade e outros setores, na perspectiva da atenção á saúde da família – adequado estado de bem estar físico, mental e social em pessoas, famílias e comunidade, com a participação dos atores sociais tanto intra como extrassetoriais, através de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação.

Descrição do município de Sabará

“Sabará” é um município do estado de Minas Gerais. Sabará, forma abreviada do termo tupi *tesáberabusu*, significa "grandes olhos brilhantes" (tesá, olho + berab, brilhante + usu, grande), numa referência às pepitas de ouro que foram encontradas na região (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2015).

[...] A origem do nome é bastante controversa [...]. o nome também tem a ver com as particularidades geográficas da junção de um rio menor com um rio maior, como ocorre no sítio em que a cidade foi criada, onde o ribeirão Sabará deságua no rio das Velhas. Isso é bem mais aceitável, sabedores que somos de que os índios brasileiros das mais diversas nações sempre identificavam os acidentes geográficos compondo nomes, conforme a figuração ou ideia concreta ou abstrata que tais acidentes sugeriam (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2015)

O município, que faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte, está a 633 km ao sul da capital do país e a 18 km de distância da capital do estado. Localiza-se às margens do Rio das Velhas e faz limites ao norte com Taquaraçu de Minas, a leste com Caeté, ao sul com Raposos e Nova Lima e a oeste com Santa Luzia e Belo Horizonte. Seus 133.128 habitantes (censo 2010) – população estimada 2014 em 133.528 hab. – estão distribuídos em uma área de 304 km²; 3.177 habitantes moram em área rural, com uma concentração habitacional de 417,7 hab./km², o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,773 (alto). (BRASIL, 2015)

Atualmente a economia de Sabará baseia-se na indústria siderúrgica e no extrativismo mineral – minério de ferro e ouro. O turismo é outro setor da economia da bela Sabará, que atrai muitos visitantes e gera riquezas ao município. Tem o Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 1.076.253.259 (BRASIL, 2015).

Sistema municipal de saúde

Em nosso município temos uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e dois hospitais (Santa Casa e Cristiano Machado). Dessas instituições transferem-se

os pacientes que precisam de uma atenção mais especializada para a capital do estado. Na UPA fazem-se exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e o cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar. Há aproximadamente oito anos o município adotou a estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 14 unidades básicas de saúde na zona urbana e duas na zona rural, cobrindo mais dos 70% da população.

Um grande problema no desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (SF), em que pese uma remuneração superior aos médicos, é a ainda baixa remuneração aos outros profissionais de saúde, mesmo com a incorporação do Programa Mais Médicos, com o qual se tem a expectativa de que esta situação vai melhorar e a população será cada vez mais bem atendida com esta estratégia.

Descrição da comunidade de Vilas Reunidas

Vilas Reunidas, comunidade de nossa atuação como membro da equipe de Saúde da Família, é uma das áreas mais carentes do município. Com mais de 32.000 habitantes, fica na periferia de Sabará, a aproximadamente 9 km do centro. Existe muito tráfico de drogas (maconha), com todas as consequências desse fato: violência e aumento do consumo de outras drogas. Hoje a população empregada vive basicamente do trabalho fora da cidade, sobretudo em Belo Horizonte, na prestação de serviços e na economia informal. É alto o número de desempregados e subempregados. A causa de mortalidade mais frequente são as doenças cardiovasculares, seguidas do câncer.

A estrutura de saneamento básico na comunidade não está completa, principalmente no que se refere à rede de esgoto sanitário e à coleta de lixo. Parte significativa da comunidade vive em região urbana, em moradias de condições médias. Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada. As residências são servidas de telefonia e luz elétrica.

O analfabetismo não é elevado: existe principalmente entre os maiores de 50 anos. A grande maioria das crianças menores de 14 anos está nas escolas. A

comunidade tem três escolas, duas creches, mais de dez igrejas (uma católica e demais evangélicas) e um laboratório particular de análises clínicas.

Em Vilas Reunidas o posto de saúde foi criado há 14 anos e está situado na Rua Tiradentes, n.199. As condições do posto são boas, mas sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta (32.000 pessoas), com um acolhimento diário de mais de 150 pessoas, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isto dificulta, sobremaneira, o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos têm que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, por isso as equipes utilizam a cozinha. Além disso, existe uma população que não tem bom acesso, por morar muito longe.

São 32 trabalhadores de saúde, deles quatro médicos cubanos (clínicos gerais), uma clínica geral brasileira de apoio e, uma vez por semana um pediatra e duas vezes ginecologista. Ademais, conta com cinco enfermeiras, seis técnicas em enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde (ACS) que formam parte de uma equipe de saúde. Até este momento, o posto de saúde só tem implantada a Equipe 1; as outras equipes esperam a chegada do pessoal que trabalhará com eles. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da Associação Comunitária.

A unidade de saúde funciona de 7h às 17h. Existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido até às 21h, pelo menos em alguns dias da semana. Essa demanda se justifica, segundo a comunidade, entre outros motivos pelo fato de existirem muitos trabalhadores que retornam do trabalho no final da tarde e, por isto, têm dificuldade de acesso à unidade de saúde. Essa questão já foi objeto de várias reuniões entre as equipes e a Associação Comunitária, porém até o momento não existe proposta de solução. Para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas

à assistência como recepção e arquivo, sempre e quando o auxiliar de enfermagem e/ou o enfermeiro estão presentes na unidade.

Minha equipe é a Equipe de Saúde da Família 4, com uma população adscrita de 8.103 habitantes, 3.589 masculinos (44.29 %) e 4.514 femininos (55.61%). Moram numa das áreas mais carentes do município. A equipe 4 está conformada por um médico cubano, autor desse trabalho, incluído pelo Programa Mais Médicos para Brasil, especialista em Medicina Geral Integral, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários. O tempo da equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea.

Todas as 1.623 famílias moram em área rural. Existe um predomínio do sexo feminino sobre o masculino (1.25 /1), o que é mostrado no Quadro 2, com detalhe na distribuição por faixa etária.

QUADRO 2 Distribuição da população da localidade de Vilas Reunidas, município de Sabará/Minas Gerais, por grupos etários.

Número total de pessoas por idade* e sexo	Masculinos		Femininos	
	N	%	N	%
0 a 6 meses	32	0.9%	5	0.1%
6 a 12 meses	25	0.7%	54	1.2%
12 a 24 meses	32	0.9%	72	1.6%
2 a 5 anos	172	4.8%	153	3.4%
5 a 10 anos	303	8.4%	330	7.3%
10 a 14 anos	211	5.9%	217	4.8%
14 a 16 anos	107	3.0%	145	3.2%
De 16 a 18 anos	108	3.0%	128	2.8%
De 18 a 60 anos	2208	61.5%	2927	64.8%
60 anos ou mais	391	10.9%	483	10.7%
Total	3589	44,30%	4514	55.70%

*Limite superior exclusivo

Fonte: Unidade Básica de Saúde "Vilas Reunidas", Equipe 4.

Identificação e priorização dos problemas de saúde de Vilas Reunidas, Equipe de Saúde da Família 4 (2014)

Para a identificação dos problemas se utilizaram métodos e técnicas de grupo para gerar ideias ou lograr consensos, como o grupo focal e a chuva de ideias. Essas técnicas se fizeram com a participação de líderes formais e não formais da comunidade.

Para priorizar os problemas de saúde identificados o método de ranqueamento, utilizado por ser o mais recomendado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPS), selecionamos seis problemas, ordenados segundo sua prioridade por a) tendência; b) frequência; c) gravidade; d) vulnerabilidade; e) disponibilidade de recursos para sua solução; f) coerência com a missão do que planifica. Estabeleceu-se um valor de 2 a 0 para cada um dos problemas selecionados, outorgando 2 à alta frequência, gravidade, repercussão na população, afetação nos recursos disponíveis, tendência ascendente e alta vulnerabilidade. O valor de 1 foi outorgado a cada um dos critérios que se cumpram em parte e o 0 para os que no se cumpram.

O Quadro 3 mostra a pontuação outorgada a cada problema, tendo em conta os critérios mencionados, observando-se a priorização do problema "alta incidência de hipertensão arterial descompensada".

Quadro 3 Resultados do método do ranqueamento de problemas no território da Equipe de Saúde da Família 4, de Vilas Reunidas, município de Sabará, Minas Gerais, em 2014

Problemas	A	B	C	D	E	F	Total
1. Má qualidade da água.	2	2	2	2	0	0	8
2. Alta incidência de hipertensão arterial descompensada.	2	2	2	2	2	2	12
3. Deficiente educação sanitária da população.	2	2	2	1	2	1	10
4. Elevada incidência de alcoólatras e tabagistas	2	2	2	2	0	1	9
5. Alta incidência de <i>diabetes mellitus</i> descompensada.	2	2	2	1	2	2	11

É imprescindível conhecer as causas e fatores causais e de risco para cada problema e assim poder determinar os objetivos e as estratégias que se devem realizar para eliminar esses fatores e dar solução ao problema.

A técnica de Ishikawa ou de espinha de peixe, não somente serve para identificar os problemas, mas também permite analisar as causas, assim como os fatores que intervierem nelas. Trabalharemos com o primeiro problema por ser o de maior possibilidade de intervenção com recursos próprios de saúde. Os demais necessitam da participação intersetorial não disponível neste momento. Por outro lado, é a primeira vez que daremos início ao trabalho em equipe de saúde nessas problemáticas.

2 JUSTIFICATIVA

Implementar um plano de intervenção com vistas à redução da incidência da hipertensão arterial descompensada na Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas tem grande importância para os pacientes, já que, quando não tratada adequadamente podem ocorrer complicações agudas ou crônicas, caracterizadas por danos a órgãos alvos e invalidez, como acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM).

A educação ajuda as pessoas com HTA iniciar autogestão eficaz e lidar com o HTA quando são diagnosticados pela primeira vez. Ainda auxilia as pessoas com HTA autogerir adequadamente ao longo dos tempos. Novos desafios e avanços do tratamento se tornam disponíveis, permite aos pacientes (incluindo os jovens) otimizar o controle pressórico, prevenir e tratar as complicações, e maximizar a qualidade de vida, de uma maneira custo-efetiva.

Melhores práticas atuais de educação é uma abordagem baseada nas competências que se concentram em ajudar as pessoas com HTA a fazer escolhas conscientes. É uma metodologia centrada no paciente e coloca a pessoa com HTA e sua família no centro do modelo de atenção a trabalhar em colaboração com os profissionais de saúde. O cuidado centrado no paciente é respeitoso e sensível às preferências individuais dos pacientes, necessidades e valores e garante que os valores do paciente orientem todas as decisões que devem ser tomadas.

3 OBJETIVOS

Geral

Propor um plano de intervenção com vistas à redução da incidência da Hipertensão Arterial descompensada na área de abrangência das Vilas Reunidas.

Específicos

Incrementar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos da doença e complicações.

Incrementar o nível de conhecimento da população de Hipertensão Arterial.

Capacitar as equipe de saúde da família a cerca da hipertensão arterial.

4 MÉTODOS

Fizemos um estudo observacional descritivo, transversal, com o objetivo de identificar os problemas que mais afetam a população, bem como o problema prioritário, os nós críticos e as ações necessárias a um projeto de intervenção. Foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), de acordo com o módulo Planejamento e ações de saúde, do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram utilizados no trabalho os descritores em ciências da saúde “Atenção Primária à Saúde” e “Hipertensão”. Para a normalização bibliográfica e redação do texto seguem-se as normas detalhadas no módulo “Iniciação à metodologia: textos científicos” (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

Para revisão de trabalhos científicos disponíveis em base de informação foram consultados a Biblioteca Virtual em Saúde, a Biblioteca Virtual do NESCON / UFMG, e informações foram obtidas do Sistema de Informação da Atenção Básica 2013, prontuários, reuniões de grupos operativos com profissionais de saúde da unidade e dados da secretaria municipal de saúde.

5 BASES CONCEITUAIS

A construção do referencial teórico para este projeto irá utilizar informações e conceitos obtidos em bases de dados e registrados no texto.

Hipertensão arterial

É uma doença crônica, caracterizada por aumento contínuo dos números da pressão arterial nas artérias. Embora não exista um limite estrito que permite definir o limite entre o risco e segurança, de acordo com o consenso internacional, uma pressão sistólica sustentada acima de 139 mm Hg ou pressão diastólica sustentada superior a 89 mmHg, eles estão associados com um mensurável aumento do risco de aterosclerose e, portanto, é considerado como uma hipertensão clinicamente significativa.

A elevação da pressão arterial é um sinal de manifestação de doença específica na hipertensão arterial (HAS) secundária, que responde por 5% dos casos. Nos casos de HAS primária ou essencial, é sinal de que um conjunto de fatores compromete o sistema cardiovascular e responde pelos demais 95% dos casos de HAS. Nesses casos, sua manifestação e severidade gravidade são influenciadas por fatores como quantidade de sal na dieta, padrão de atividade física, controle do peso corporal, tabagismo e co-morbidades, como o *diabetes mellitus* (PICCINI et al., 2012).

Hipertensão arterial: morbidade

As doenças cardiovasculares (DCV) são uma das principais causas de morbimortalidade no mundo (29,2% da mortalidade). Na população abaixo de 60 anos, a prevalência da hipertensão arterial (HAS) varia, de acordo com a região estudada (22% a 44% no Brasil), sendo de 60% a 80% entre os idosos. É uma doença crônica multifatorial, de detecção muitas vezes tardia por sua evolução lenta e silenciosa. A HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em conseqüências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de ser considerada um

grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e por aposentadoria precoce.

A hipertensão arterial sistêmica está correlacionada a complicações clínicas que levam um número significativo de brasileiros a óbito. Muitas complicações poderiam ter sido evitadas e/ou minimizadas, como, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal, se tivessem aderido precocemente ao plano terapêutico. Os índices são alarmantes e respondem por uma das principais causas de morte no país. A taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório sofre aumento a cada ano. Entre os períodos de 2000 a 2011 o número de óbitos elevou-se em 28,6% e no ano de 2011, as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares foram responsáveis por 61% de óbitos nessa categoria. Além disso, as doenças cardiovasculares são responsáveis por complicações e sequelas graves que comprometem o desempenho desses cidadãos na própria vida, na vida familiar e em última análise na sociedade como um todo (MARTINS et al., 2014).

Os autores entrevistaram 12.324 adultos em 100 cidades da amostra, sendo que 16,3% relataram diagnóstico médico de hipertensão arterial. Não houve diferença de distribuição relacionada ao sexo e se constataram maiores proporções no grupo entre 50 e 59 anos. Desta amostra de 1.995 indivíduos, 66,1% relataram ter consultado um médico acerca da hipertensão arterial no ano anterior e deste, 52,4% realizaram o exame de eletrocardiograma. A pressão arterial foi medida em 1.495 participantes e destes, 42,4% valores acima do normal e foram considerados como descompensados (PICCINI, 2012).

A proporção de mulheres (69%) que procuraram o médico no ano anterior foi significativamente superior em relação aos homens (61,5%). Com relação ao nível de educação, aqueles que relataram 12 ou mais anos na escola procuraram o atendimento médico com frequência significativamente maior (72%) que a amostra total (66%) (PICCINI, 2012).

Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica (HAS)

Os principais fatores de risco para a HAS incluem: hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, sexo, anticoncepcionais e alta ingestão de sódio. Outros fatores, como tabagismo, tanto sociais quanto físicos, também são destacados, não por serem causadores da HAS, mas por estarem frequentemente associados a ela (baixo nível educacional, colesterol elevado e diabetes mellitus).

Assim, pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis. Apesar das dificuldades na adesão ao tratamento, os avanços no conhecimento e a evolução obtida na terapêutica têm aumentado a expectativa de vida da população.

Com a **longevidade**, é importante que os indivíduos mantenham a autonomia e a saúde, pois o envelhecimento aumenta o risco de doenças crônicas, sobretudo as cardiovasculares. Além disso, com o aumento da sobrevida dos pacientes com doenças crônicas e/ou graves, a Qualidade de Vida (QV) passou a ser mais valorizada e a importância de sua avaliação foi reconhecida e incorporada aos ensaios clínicos. As informações sobre QV dos hipertensos, em estudos nacionais, ainda é escassa, e dados comparativos com a população geral são importantes dentro desse contexto (CARVALHO et al., 2012).

A maioria dos adultos hipertensos controla o seu **peso** (87,2%), mas somente 45,4% recebeu algum tipo de orientação sobre como manter o peso ideal. Destes, 77,8% relataram tentar seguir estas orientações.

Apesar de quase metade dos participantes (47,9%) terem recebido alguma orientação sobre a prática de atividade física no ano anterior, quase dois terços (63,3%) não mudaram seu padrão de atividade física. Hábitos sedentários no deslocamento (94,3%) e no lazer (84,5%) foram os comportamentos mais comuns. As pessoas que mais relataram ter recebido orientação sobre

atividade física pertenciam ao grupo de mais idade, classe sócio-econômico superior e maior tempo de escolaridade (PICCINI, 2012).

A proporção de indivíduos com hipertensão arterial descompensada foi significativamente menor entre pessoas que receberam orientação sobre a prática de atividade física, controle do peso corporal e realizaram um eletrocardiograma no ano anterior. A relação entre ter consultado um médico no ano anterior e hipertensão arterial descompensada não foi estatisticamente significativa (PICCINI, 2012).

Assim, a abordagem dessa condição exige ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e cuidado do estado clínico. Diretrizes ordenando essas iniciativas estão bem estabelecidas e divulgadas. A qualidade do cuidado em HAS tem sido avaliada por meio de diferentes metodologias e indicadores. Estudo recente aponta como indicadores de qualidade na abordagem de HAS a medida da pressão arterial pelo menos uma vez ao ano e o fornecimento de orientação sobre cuidado com o peso corporal, atividade física e dieta pobre em sal. Para avaliar a atenção dedicada à HAS em pessoas adultas no Brasil consideraram-se as diretrizes recomendadas por política nacional brasileira. A capacitação e sensibilização dos profissionais da atenção primária em saúde ampliam a adoção de práticas como orientação sobre fatores de risco e avaliação de órgãos-alvo da HAS, variáveis consideradas como qualificadoras do cuidado (PICCINI, 2012).

A proporção de pessoas com hipertensão descompensada diferiu significativamente com relação ao sexo (39,1% entre mulheres e 50% entre homens) e foi maior no grupo com mais idade (46,4%). A prevalência foi menor (32%) entre pessoas com maior escolaridade.

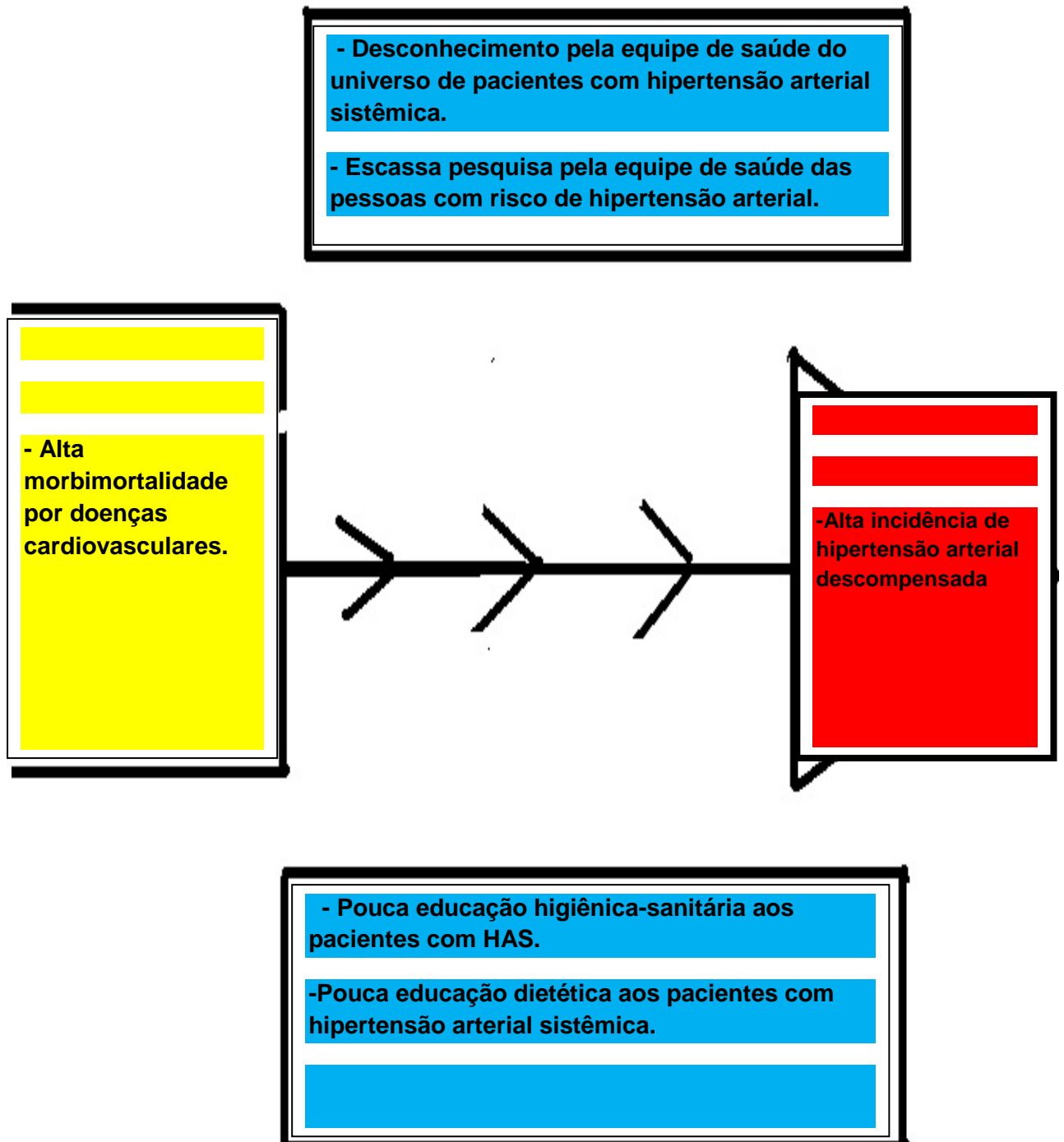
A análise múltipla das variáveis independentes concluiu que a hipertensão arterial descompensada estava associada com ser homem, ter entre 40 e 49 ou mais de 50 anos de idade e morar na região Sul do Brasil (PICCINI, 2012).

Nossa população estudada tem taxas elevadas de prevalência de hipertensão arterial, com um 29,1 % (2358 pacientes), muitos pacientes apresentam cifras

elevadas de PA em duas ou mais avaliações (1175 pacientes / 49.83 %), feitas de modo aleatório, aumentando o risco de padecer de complicações, motivo pelo qual desenvolvemos o presente trabalho.

Assim, torna-se de fundamental importância investir em estratégias que possibilitem diminuir a incidência de hipertensão arterial descompensada, na Unidade de Saúde Vilas Reunidas, em Sabará, pois a situação nesta Unidade precisa ser melhorada, conforme Figura 1 a seguir.

Figura 1 Alta incidência de hipertensão arterial descompensada



Fonte: Análises da Situação de Saúde pela equipe de Saúde da Família 4, na Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas.

Portanto, torna-se relevante a implementação do Plano de Ação apresentado no próximo capítulo.

6 PLANO DE AÇÃO

Considerando o problema prioritário, é proposto um plano de intervenção com vistas a um problema prioritário: redução da incidência da hipertensão arterial descompensada na área de abrangência das Vilas Reunidas, tornado realizável pela implementação de ações intermediárias, ou seja, a resolução do “nó crítico”.

Assim, para cada nó crítico é proposto um conjunto de atividades, produtos esperados, com definição de data de cumprimento (cronograma), recursos necessários e recursos críticos, participantes e local, responsáveis pelas atividades, sistema de acompanhamento e avaliação e viabilidade da resolução do nó crítico e, conseqüentemente, do problema principal selecionado.

Assim, para o problema prioritário são abordados os seguintes nós críticos, com ações detalhadas nos quadros 4 a 6.

- Estabelecer processo de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos.
- Educação para a saúde da comunidade.
- Estabelecer processo de educação permanente em saúde com foco em hipertensão arterial para a equipe da saúde da família.

Quadro 4 Plano de intervenção com vistas à redução da incidência da hipertensão arterial descompensada na área de abrangência das Vilas Reunidas, em Sabará, Minas Gerais, 2015. Nó crítico 1: Estabelecer processo de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos.

Problema selecionado	Redução da incidência da hipertensão arterial descompensada
Nó crítico 1	Estabelecer processo de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos.
Projeto	Conhecer melhor a doença.
Produtos esperados	1- Aumentar nível de conhecimento dos pacientes hipertensos da doença e complicações.
Atividades	1- Orientações individuais do medico ao paciente na consulta. 2- Orientações individuais da enfermeira ao paciente durante o acolhimento. 3- Orientações individuais do agente comunitário na visita domiciliar ao paciente. 4- Disponibilizar propaganda gráfica na sala de espera.
Recursos necessários	Educacionais: Pôster, propaganda gráfica, propaganda televisiva. Infraestrutura: Sala de espera do posto de saúde, consultório medico, consultório da enfermeira.
Recursos críticos	Matériaiais: Propaganda.
Participantes e responsáveis	Medico. Enfermeira. Agente comunitário. Paciente.
Prazos	Atividade 1- Corto Prazo. Atividade 2- Corto Prazo. Atividade 3- Corto Prazo. Atividade 4- Corto Prazo.
Acompanhamento e avaliação	Atividade 1- Permanente. Atividade 2- Permanente. Atividade 3- Permanente. Atividade 4- Permanente.

Quadro 5 Plano de intervenção com vistas à redução da incidência da hipertensão arterial descompensada na área de abrangência das Vilas Reunidas, em Sabará, Minas Gerais, 2015. Nó crítico 2: Educação para a saúde da comunidade

Problema selecionado	Redução da incidência da hipertensão arterial descompensada
Nó crítico 2	Educação para a saúde da comunidade
Projeto	Educação em Saúde
Produtos esperados	1-População com conhecimento das principais consequências da hipertensão arterial na saúde e como se pode evitar. 2-Que os representantes de outros setores sociais conheçam às principais consequências na saúde. 3-Que exista material educativo na sala de espera da UBS, assim como nos murais.
Atividades	1- Utilizar os meios de comunicação para enviar mensagem educativa à população. 2- Realizar palestras educativas na população em nível de cada micro área. 3- Capacitar a os representantes de outros setores no tema. 4- Colocar material educativo na UBS, para que os pacientes utilizem em o salão de espera.
Recursos necessários	Educacionais: Pôster, propaganda gráfica, propaganda televisiva. Infraestrutura: Sala de espera do posto de saúde. Político: Representante de saúde.
Recursos críticos	Matériaiais: Papel, impressora.
Participantes e responsáveis	Pessoal de Saúde pessoas dos meios preparadas Equipe de trabalho, e população.
Prazos	Atividade 1- Corto Prazo. Atividade 2- Corto Prazo. Atividade 3- Médio Prazo. Atividade 4- Corto Prazo.
Acompanhamento e avaliação	Atividade 1- Permanente Atividade 2- A cada três meses Atividade 3- 1er semestre do ano. Atividade 4- Permanente.

Quadro 6 Plano de intervenção com vistas à redução da incidência da hipertensão arterial descompensada na área de abrangência das Vilas Reunidas, em Sabará, Minas Gerais, 2015. Nó crítico 3: Estabelecer processo de educação permanente em saúde com foco em Hipertensão Arterial para a equipe da saúde da família.

Problema selecionado	Redução da incidência da hipertensão arterial descompensada
Nó crítico 3	Estabelecer processo de educação permanente em saúde com foco em hipertensão arterial para a equipe da saúde da família.
Projeto	Educação permanente em saúde.
Produtos esperados	1- Incrementar o nível de conhecimento da equipe de saúde acerca de hipertensão arterial.
Atividades	1- Revisão bibliográfica de hipertensão arterial. 2- Discussão de caso de paciente hipertenso na reunião da equipe de saúde. 3- Preparação individual de cada membro da equipe do tema.
Recursos necessários	Educacionais: Literatura impressa e online. Infraestrutura: Sala de reunião do posto de saúde.
Recursos críticos	Matériaiais: Literatura impressa.
Participantes e responsáveis	Equipe de saúde da família.
Prazos	Atividade 1- Corto Prazo. Atividade 2- Corto Prazo. Atividade 3- Corto Prazo.
Acompanhamento e avaliação	Atividade 1- Permanente. Atividade 2- Permanente. Atividade 3- Permanente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que com a implementação de neste plano de ações pode-se elevar o conhecimento dos indivíduos, famílias e comunidade sobre a prevenção da hipertensão arterial descompensada e incrementar a participação ativa das comunidades, melhorará as condições higiênicas sanitárias dos pacientes, obtiver melhores indicadores de saúde com a redução da incidência das doenças cardiovasculares.

Referencias

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE@Cidades. Minas Gerais.Sabará**. Brasília [online], 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=315670>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

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. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_aval_iacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 22 mar.2015.

CARVALHO M. V. et al. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. **Arq Bras Cardiol**. 2013;100(2). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a09.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 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: 22 mar. 2015.

MARTINS A. G. et al. . Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta Paul Enferm**. 2014; 27(3):266-72. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0266.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.

PICCINI et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública** 2012;46(3). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3208.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

PICCINI, R.X. et al., Promoção, Prevenção e Atenção À Hipertensão Arterial No Brasil. **Rev Saúde Pública** 46(3)1-7,2012. Disponível em: <http://apsredes.org/site2013/saude-suplementar/2012/11/05/promocao-prevencao-e-atencao-a-hipertensao-arterial-no-brasil/>. Acesso em: 19 maio 2015

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ. Governo 2013-2016. **Sabará**. [online], 2015. Disponível em: <http://sabara.mg.gov.br/site_pms/>. Acesso em: 5 abril. 2014