

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

**TAMINE KEHDI**

**PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA NA UBSF JARDIM EUROPA EM UBERLÂNDIA - MG**

Uberaba-MG  
2015

**TAMINE KEHDI**

**PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA NA UBSF JARDIM EUROPA EM UBERLÂNDIA-MG**

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

Orientador: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari

Uberaba-MG  
2015

**TAMINE KEHDI**

**PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA NA UBSF JARDIM EUROPA EM UBERLÂNDIA-MG**

Banca Examinadora

Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari – Universidade Federal do Triângulo Mineiro –  
UFTM - Orientador

Profa. Dra. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro –  
UFTM

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_/\_\_/15

## RESUMO

A hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica com alta prevalência no Brasil, de diagnóstico simples, mas, que quando inadequadamente tratada cursa com graves consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida. Dessa forma, tem se tornado um desafio para a saúde pública do país e deve receber cuidado especial, sobretudo na Atenção Primária. Assim, o objetivo do presente trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para prevenção, manejo e controle da HAS em usuários cadastrados na UBSF Jardim Europa em Uberlândia – MG. Desenvolveu-se um trabalho de pesquisa na comunidade local, foram realizadas reuniões com a equipe de saúde, além de observações da rotina na unidade de saúde e análise de anotações cadastrais e relatórios clínicos. Foi proposto um plano de ação para se implantar um projeto de intervenção na referida unidade de saúde. Tal plano foi elaborado utilizando-se os métodos descritos pelo Planejamento Estratégico, com o intuito de intervir na questão da HAS na unidade de saúde referenciada. Acredita-se que tal iniciativa possa contribuir para a adoção de um estilo de vida saudável, da correta adesão ao tratamento e conseqüente impacto positivo na qualidade de vida do usuário.

**Palavras-chave:** Saúde do Adulto, Doença Crônica, Hipertensão, Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The Systemic Arterial hypertension is a chronic disease with high prevalence in Brazil, from simple diagnosis, but when improperly treated courses with serious consequences, hospitalizations and technical procedures of high complexity, leading to work absenteeism, deaths and early retirements, compromising quality of life. Thus, it has become a challenge for the public health of the country and should receive special care, especially in primary care. The objective of this study was to develop an intervention project for the prevention, management and control of hypertension in registered users in UBSF Jardim Europa in Uberlandia - MG. Developed a research work with the local community, meeting with the health team were held, in addition to routine observations at the clinic and analysis of cadastral notes and clinical reports. An action plan was proposed to implement a project of intervention in that health unit. Such a plan has been prepared using the methods described for strategic planning, in order to intervene in the matter of hypertension at the facility referenced. It is believed that such an initiative can contribute to the adoption of a healthy lifestyle, the correct treatment adherence and consequent positive impact on the user's quality of life.

**Key words:** Adult Health, Chronic Disease, Hypertension, Family Health.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS – Agente comunitário de saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas

DCV – Doenças Cardiovasculares

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HC – UFU – Hospital das Clínicas – Universidade Federal de Uberlândia

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

PA – Pressão Arterial

SCIELO - A Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

UAI – Unidade de Atendimento Integrado

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVO.....	13
4	METODOLOGIA.....	14
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	15
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	20
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS .....	27

## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de Uberlândia-MG é uma das principais do estado de Minas Gerais, situada no Triângulo Mineiro a aproximadamente 550 km a oeste da capital Belo Horizonte, com população estimada entre 600.000 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2015). A população total do município é de 604.013 habitantes, sendo que destes 587.266 (97,2%) habitam a área urbana e 16.747 (2,8%) residem na zona rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Atualmente, o referido município ocupa uma área de 4,1 mil km<sup>2</sup>, com densidade populacional de 146,78 habitantes/km<sup>2</sup>, com aproximadamente 219.200 domicílios. Em dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a cidade apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,789, taxa de urbanização de 97% e renda familiar de 974 reais. De acordo com Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), a taxa de abastecimento de água está em torno de 98,7% dos domicílios e 97% de recolhimento de esgoto em rede pública (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

As principais atividades econômicas da região se relacionam à agricultura e indústria, contando inclusive com um complexo distrito industrial. Outra área de importância para a economia da cidade é o setor de comércio atacadista, no qual se destacam grandes empresas de distribuição de produtos, como: Grupo Martins, ARCOM, Peixoto, Souza Cruz e Aliança Atacadista (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2015).

Em relação à educação, os dados do Censo Demográfico de 2010 pelo IBGE mostram uma taxa de analfabetismo em torno de 3,6%, e o índice de desenvolvimento da educação básica, foi de 5,8 para crianças do 1º ao 5º ano, e de 4,8 para crianças do 6º ao 9º ano, sendo a média de 4,8, ainda abaixo do ideal; no entanto, sabe-se que a educação é uma das prioridades da atual gestão de governo municipal (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Quanto à área social, a cidade é considerada como modelo no quesito saneamento básico e em relação a aspectos econômicos, sabe-se que Uberlândia tem Produto Interno Bruto (PIB) correspondente a quase 5% do estado de Minas



Gerais, o que evidencia ainda mais sua importância regional (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2015).

Quanto ao perfil demográfico, há leve predomínio de pessoas do sexo feminino (309099 mulheres) em relação ao sexo masculino (294914 homens), com predomínio na faixa etária de 15 a 49 anos de idade em ambos os grupos. Dentre as causas de óbito, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, tanto em homens como em mulheres, sendo que apenas no ano de 2014 ocorreram 1870 óbitos, dos quais trezentos foram por essa condição supracitada (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

A Rede de Atenção à Saúde é o arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, responsável não apenas pela oferta de serviços, mas ocupando-se também de como estes estão de relacionando, assegurando dessa forma que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção. A principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da rede é a Atenção Básica, constituída por equipe multidisciplinar, responsável por atendimento de forma resolutiva da população da área adscrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções sanitárias efetivas (BRASIL, 2009).

No município de Uberlândia, há 73 equipes de saúde da família, distribuídas em 59 Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo cinco equipes de Zona Rural (Distritos de Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuira, além das unidades de apoio em Sobradinho, Tangará e Rio das Pedras) (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2015)

Em relação ao nível de serviço secundário, há atuação dos seguintes prestadores de serviço: Unidade de Ações Integradas (UAI's); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que atendem usuários de álcool e drogas (CAPS-AD) e também casos de doença mental em crianças (CAPS Infantil); Ambulatório de Oftalmologia; Ambulatório de DST/AIDS Herbert de Souza; Ambulatório de Fonoaudiologia, Centro de referência a Saúde do trabalhador, Centro de Atenção ao diabético, Ambulatório Amélio Marques, Centro de lesões labiopalatais (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2015).

O Hospital Municipal, fundado recentemente, inclui-se no nível de saúde secundário, pois há diversos serviços que não são executados no mesmo, como

serviços de hemodinâmica, neurocirurgia, e por não dispor de serviço de pronto atendimento (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2015).

O nível de serviço terciário é representado pelo Hospital de Clínicas da UFU (HC-UFU), hospital universitário de alta complexidade para 86 municípios da macro e micros regiões do Triângulo Norte. Este hospital conta com 520 leitos e mais de 50 mil metros quadrados de área construída, sendo o maior prestador de serviços pelo SUS em Minas Gerais e o terceiro no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2015)

A unidade de saúde Jardim Europa tem população adscrita de aproximadamente 2200 pessoas e se localiza no setor oeste da cidade, o qual conta com 13 Unidades Básicas de Saúde da Família, 3 Unidades Básicas de Saúde, 2 UAI's, 1 CAPS, 1 Centro de Reabilitação Física e 1 Centro de Saúde Escola Jaraguá, centro de referência para atendimento ao paciente com hanseníase (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2015).

Para atendimento a essa população, a unidade conta com médica, enfermeira, técnica de enfermagem, cinco agentes de saúde, auxiliar administrativo, serviços gerais, além do apoio matricial de nutricionista, assistente social e psicóloga.

A UBSF Jardim Europa funciona das 07h00 às 17h00 de segunda a sexta-feira, com consultas agendadas para a médica com programação de dias para HiperDia, outras para pré-natal, puericultura, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde Mental; sendo que a agenda da enfermeira é mais flexível, pois, além de agendamentos para coleta de citologia oncológica, por exemplo, há espaço para escuta inicial de pacientes que chegam como demanda espontânea. Há ainda a realização de visitas domiciliares pela médica semanalmente, para pacientes impossibilitados de irem à unidade, como pacientes acamados.

As reuniões de equipe ocorrem semanalmente, sendo um espaço importante para interação dos diversos profissionais da unidade, com discussões de temas variados. Algumas vezes definimos o tema anteriormente, como em casos que temos alguma família com determinado risco. Na maioria das vezes, são reuniões de temas abertos, em que todos profissionais têm participação ativa para falar tanto sobre o processo de trabalho como sobre determinados problemas específicos da unidade.

Ademais, por meio de fichas cadastrais preenchidas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), bem como pelo acesso de dados em prontuários, chegou-se ao fato de a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ser a doença de maior prevalência da população adscrita, o que reflete hábitos de vida inadequados, como prática irregular de atividade física, alimentação desregrada, tabagismo, etilismo, entre outros. Assim, compreender o perfil de usuários com HAS é uma forma de se obter informações para propor melhorias aos já acometidos, bem como para discutir maneiras de prevenção aos usuários até então saudáveis. Sendo assim, o projeto de intervenção proposto é baseado no conhecimento dos malefícios que a HAS sem controle podem acarretar aos portadores da doença e seus familiares, de modo que serão propostas ações de intervenção para diminuir tais complicações entre os usuários da UBSF Jardim Europa.

## 2 JUSTIFICATIVA

Com o avanço da Medicina, percebe-se uma mudança no padrão epidemiológico das doenças em todo o mundo, sobretudo no Brasil; país que, embora ainda esteja em desenvolvimento apresentou importante melhoria da qualidade de vida da população ao longo dos anos. Um ponto importante a se falar é a mudança de um padrão em que uma expressiva quantidade das mortes no país era por causas infecciosas para um em que o principal grupo de doenças responsáveis por óbitos são as Doenças Cardiovasculares (DCV) (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2015).

No entanto, sabe-se ainda que tal grupo de doenças tem como principais fatores de risco a HAS, a hipercolesterolemia, o tabagismo; os quais são passíveis de controle por meio de mudanças nos hábitos de vida, o que também acarretaria diminuição das mortes por DCV. Assim, na perspectiva da Atenção Primária, são consideradas essenciais medidas como orientação sobre atividade física, alimentação saudável, cessação do tabagismo, entre outros aspectos que contribuem para promoção da saúde da população (TOSCANO, 2004).

Dessa forma, fica explícita a importância da HAS entre os usuários da UBSF Jardim Europa, visto que há 192 pacientes cadastrados com tal comorbidade, sendo os idosos como o grupo etário de maior comprometimento. Acredita-se que isso decorra de um histórico prévio de muitos anos de sedentarismo, alimentação inadequada, com excesso de calorias, de sal e outros condimentos, além do tabagismo e etilismo em excesso. Há uma característica especial no bairro, por haver cerca de 10 famílias de ciganos, os quais vivem de maneira bem peculiar, no sentido de serem adeptos a festas prolongadas, com excesso de bebidas alcoólicas e alimentos gordurosos; bem como a má adesão ao tratamento no caso de pacientes já acometidos pela HAS.

A UBSF Jardim Europa tem 192 pacientes cadastrados com HAS, o que representa 8,7% da população cadastrada na unidade. Isso demonstra que, ainda que seja a doença mais prevalente da área (cerca de 3 vezes mais que Diabetes *Mellitus*, outra doença também em evidência), há um cadastro inferior com o que ocorre em outras regiões do Brasil, uma vez que de acordo com Schmidt *et al.* (2009), a prevalência de HAS entre adultos varia de 11,6% a 44,4%.

Outros dados importantes a respeito dessa comorbidade na área de abrangência citada é que dos usuários com HAS, 52% são mulheres, 8,4% dos acometidos tem entre 30 e 49 anos, 15,2% entre 40 e 49 anos, 39% entre 50 e 59 anos e 27% tem no mínimo 60 anos. Além disso, 27% dos pacientes também são acometidos por Diabetes *Mellitus* e 21% é tabagista. Em relação à dislipidemia, é importante dizer que 40% dos hipertensos da área tem níveis séricos de HDL menores que 40 mg/dl. Dentre os pacientes que fazem uso de medicação, 27% ainda mantém níveis de pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg e 6,7% já apresentam lesões de órgãos alvo. Além disso, a maioria dos pacientes não pratica atividade física frequente.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção para prevenção, manejo e controle da HAS em usuários cadastrados na UBSF Jardim Europa em Uberlândia-MG.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, a ser implementado na UBSF Jardim Europa, na cidade de Uberlândia-MG, em 2015. O público alvo será todos os usuários adscritos a esta unidade, tanto os portadores de HAS, como os demais.

Para a realização deste projeto procedeu-se com a estimativa rápida, pesquisas junto à comunidade local, bem como consultas de dados divulgados pela Prefeitura da cidade de Uberlândia, a partir dos quais foi elaborado diagnóstico situacional. Além disso, foram realizadas reuniões com a equipe de saúde, além de observações da rotina na unidade de saúde e análise de anotações cadastrais e relatórios clínicos.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado a Metodologia do Planejamento Estratégico, com a identificação dos problemas, priorização, explicação e identificação dos nós críticos. Posteriormente, procedeu-se com a identificação das operações para enfrentamento de cada nó crítico,—recursos necessários e recursos críticos, análise de viabilidade e proposição da gestão do Plano (CAMPOS et al., 2010).

Para subsidiar a abordagem teórica e construção deste projeto, foi realizada revisão conceitual do tema em questão, que é a HAS, considerando como Descritores em Ciências da Saúde: saúde do adulto, doença crônica, hipertensão e saúde da família com seleção de publicações em língua portuguesa, de 1995 a 2015, na base de dados LILACS - Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e edições do Ministério da Saúde, dentre outros.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006). Além disso, pode-se dizer que se trata de uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), que se associa com frequência a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, de modo a aumentar o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Nesse sentido, a HAS é uma das principais causas de infartos, de acidentes vasculoencefálicos e de casos de insuficiência renal terminal, sendo que, apesar de as complicações de HAS sem controle serem graves, as mesmas podem ser evitadas, caso o paciente tenha conhecimento de sua condição, bem como da gravidade da doença e tenha controle adequado dos níveis pressóricos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

É relevante salientar que segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2014), cerca de 30% da população adulta seja hipertensa, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. No entanto, sabe-se que segundo Passos, Assis e Barreto (2006) a prevalência esperada de HAS é de 20% (vinte por cento) da população; logo a prevalência do país está além do esperado.

Segundo Soares *et al* (2013), determinantes sociais e econômicos não apenas influenciam na presença e distribuição dos fatores de risco tradicionais, como também influem de forma direta sobre mecanismos biológicos intimamente relacionados com a patogênese cardiovascular. Foi ainda evidenciada importante relação entre queda da mortalidade infantil, elevação do PIB *per capita* e o aumento da escolaridade com redução da mortalidade cardiovascular nos adultos.

Outro aspecto que merece destaque é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo



da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui no delineamento desse quadro (BLOCH et al., 2006).

Dessa forma, há alguns fatores de risco passíveis de mudança, como o sedentarismo, o etilismo, o tabagismo e os hábitos alimentares inadequados, sendo que os mesmos devem ser pontos importantes em orientações feitas por profissionais da área da saúde para a população em geral.

É relevante dizer que a HAS é uma doença silenciosa, já que apresenta evolução clínica lenta, o que dificulta a percepção dos portadores do problema, sendo que muitos já a descobrem a partir das complicações. Além disso, quando não tratada adequadamente causa graves complicações, temporárias ou permanentes.

Conforme afirma Duncan, Schmidt, Giugliani (2006), a multiplicidade de agravos e suas altas taxas de prevalência fazem com que a HAS seja considerada uma das mais graves patologias não transmissíveis e se torne uma das causas de maior queda da expectativa e da qualidade de vida da população. Traz, ainda, como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida.

Assim, reconhece-se a importância do diagnóstico precoce, bem como de medidas para prevenção do seu surgimento. Com isso, fica evidente a importância da atenção primária à saúde para esse papel de promoção à saúde, visto que é o nível primário de saúde o principal responsável pelo controle e pela prevenção da HAS e de suas complicações (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Por esta razão, o Ministério da Saúde lançou o “Caderno de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica”, que faz parte da série Cadernos de Atenção - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, sendo que se espera que este material “auxilie no processo de educação permanente dos profissionais de Saúde da atenção básica e apoie na construção de protocolos locais que organizem a atenção à pessoa com doença crônica” (BRASIL, 2013, p. 22).

Trata-se de um manual que utiliza os graus de recomendação propostos pela Oxford Centre for Evidence Based Medicine e os níveis de evidência propostos pelo Sistema GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation) como embasamento teórico (BRASIL, 2013).

O documento apresenta um panorama da Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil e no mundo, e traz orientações pormenorizadas sobre como fazer a Organização da Linha de Cuidado; o Rastreamento e Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica; entre outros assuntos relacionados.

Dessa forma, uma das recomendações apresentadas é que qualquer paciente com 18 anos ou mais de idade, que se apresentar à Unidade Básica de Saúde (UBS) para atendimento médico ou de enfermagem, deverá ter a pressão arterial (PA) verificada e registrada, caso não tenha registro no prontuário de ao menos uma verificação nos últimos dois anos (BRASIL, 2013).

Em relação ao diagnóstico, a média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg deve ser verificada em pelo menos três dias diferentes, respeitando-se um intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. Ressalta-se o cuidado em se fazer o diagnóstico corretamente, pois aspectos emocionais elevam a pressão e interferem no resultado, e como se trata de uma doença crônica, um diagnóstico incorreto pode causar sérias consequências. (BRASIL, 2013)

Caso seja confirmado o diagnóstico de HAS, o paciente deverá iniciar seu tratamento na própria unidade básica de saúde, sendo que “a complexidade do problema HAS implica na necessidade de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar e no envolvimento de pessoas com HAS, incluindo seus familiares na definição e pactuação das metas de acompanhamento a serem atingidas”. (BRASIL, 2013, p. 37). Portanto, o hipertenso deverá passar por consulta com enfermeiro, médico e demais profissionais que puderem contribuir para a melhora das condições gerais do paciente.

Assim, inicialmente o paciente deverá passar por consulta de enfermagem, que deverá centra-se no do processo educativo, com orientação a respeito de medidas comprovadamente benéficas para o tratamento anti-hipertensivo, tais como: adoção de hábitos alimentares saudáveis e adequados à condição individual, estímulo à prática de exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio e do consumo de bebidas alcoólicas, cuidado para evitar o estresse e abandono do tabagismo (BRASIL, 2013).

Em relação aos idosos, a medida requer ainda mais atenção, pois existem alguns fatores importantes a serem considerados, tais como o fato de grande número dos idosos apresentarem hipertensão sistólica; e de, nesse grupo, ser maior

a frequência de hiato auscultatório, de pseudo-hipertensão e de hipotensão ortostática (BRASIL, 2013).

Quanto ao tratamento, este pode ser não medicamentoso e/ou medicamentoso. Quando se trata do tratamento não medicamentoso, este envolve mudanças no estilo de vida, e deverá ser feito durante toda a vida do paciente (BRASIL, 2013). Por isso, o manual referenciado trata a adoção de hábitos saudáveis, como dieta balanceada, controle do peso, diminuição do consumo de álcool, prática de atividade física e abandono do tabagismo de maneira bastante detalhada.

O tratamento medicamentoso, por sua vez, é também abordado, no manual, de maneira detalhada, e deve ser iniciado de acordo com a preferência do paciente, considerando-se o seu grau de motivação para a mudança de estilo de vida, seus níveis pressóricos e o seu risco cardiovascular (BRASIL, 2013).

Para a realização deste tipo de tratamento são utilizadas várias classes de fármacos, que são indicados a partir das necessidades individuais. Deve-se levar em conta, também, que devido a seu caráter multifatorial, a HAS, geralmente, requer um tratamento com associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2013).

Diante dessa complexidade, o Caderno de Atenção traz um levantamento pormenorizado dos fármacos mais utilizados, seus efeitos colaterais, interações medicamentosas entre outras observações importantes para o tratamento medicamentoso. Traz ainda, capítulos que tratam de temas diversos como a nutrição adequada tanto aos portadores de hipertensão como para prevenção desta doença, com recomendações como a de limitar o consumo diário de sal para pacientes hipertensos de 4 gramas (uma colher de chá) (BRASIL, 2013).

Outro tema é a prática de exercícios físicos, para a qual é necessária uma avaliação prévia, sendo o teste de esforço, quando disponível, muito útil, sobretudo em pacientes com história de cardiopatia. A frequência de atividade aeróbica recomendada é de 3 a 5 vezes por semana, de acordo com intensidade e com o tipo de atividade realizada, sendo que o início deve ser sempre gradativo, respeitando os limites fisiológicos de cada indivíduo (BRASIL, 2013).

Há ainda a abordagem da Saúde Bucal, sendo orientado que os profissionais desta área sempre perguntem aos pacientes se os mesmos são portadores ou não de HAS, além de garantirem que antes do atendimento sejam coletados dados vitais

como pressão arterial e frequência cardíaca, já que há cuidados específicos no trans e pós operatório que podem evitar reações adversas (BRASIL, 2013).

Portanto, é um material de grande valia para as equipes de saúde, mesmo porque o próprio documento considera que é preciso utilizar as informações nele apresentadas para a construção de protocolos locais. Diante disso, foi elaborado um plano de ação para implantação na unidade de saúde Jardim Europa, a fim de se atingir o objetivo geral proposto neste estudo.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

A partir do contato com a comunidade da UBSF Jardim Europa, bem como pelo diagnóstico situacional realizado na área, percebe-se que a mesma conta com diversos problemas que impactam a saúde em geral. Alguns hábitos de vida da comunidade são os principais contribuintes para isso, como o sedentarismo, tabagismo, etilismo, hábitos alimentares inadequados, má adesão medicamentosa, entre outros, o que também justifica o fato de a doença de maior prevalência na comunidade ser a HAS. Isso tem importância considerável, pois além de HAS ser a doença mais prevalente, é bem conhecida sua associação com risco aumentado de doenças cardiovasculares fatais e não fatais.

Em relação aos problemas identificados no diagnóstico situacional, tem-se como principais os seguintes:

- Alta prevalência de HAS;
- Uso abusivo de benzodiazepínicos entre pacientes idosos;
- Índice elevado de casos Diabetes Mellitus de difícil manejo;
- Índice elevado de tabagismo;
- Índice elevado de obesidade infantil;
- Aumento da incidência de gravidez na adolescência.

### 6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de HAS	Alta	8	Parcial	1
Uso abusivo de benzodiazepínicos entre idosos	Alta	6	Parcial	4
Índice elevado de casos Diabetes Mellitus de difícil manejo	Alta	7	Parcial	2
Índice elevado de obesidade infantil	Alta	7	Parcial	3
Aumento na incidência de gravidez na adolescência	Alta	6	Parcial	5

### **6.3 Terceiro e Quarto Passos: Descrição e Explicação do Problema**

A HAS na área de abrangência da UBSF Jardim Europa é uma doença de extrema importância por contar com cerca de 200 pacientes cadastrados com tal comorbidade, sendo os idosos o grupo etário de maior comprometimento. Sabemos que tal condição se instala após anos de hábitos de vida inadequados, como atividade física irregular, alimentação com excesso de calorias, de sódio e de outros condimentos, além de tabagismo e etilismo.

Dessa forma, se a população local, mesmo os mais jovens ou aqueles não acometidos por HAS, mantiverem tais hábitos não saudáveis, provavelmente em alguns anos a prevalência local da doença irá aumentar. Por enquanto a faixa etária com maior prevalência da doença é entre os maiores que 50 anos, o que reflete muitos anos de mal cuidado pessoal.

Além disso, parcela considerável dos usuários da unidade apresenta dislipidemia, tabagismo e prática de atividade física irregular, que são fatores de risco para doenças cardiovasculares, que associados à HAS contribuem ainda mais para a ocorrência de complicações cardiovasculares graves nesta população.

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

Denominam-se “nós críticos” os pontos passíveis de intervenção, sobre os quais há possibilidade de atuação para melhor controle de determinada situação. Em relação à HAS, considerou-se como nós críticos:

- Hábito alimentar pouco saudável (excesso de sal, de gordura e baixa quantidade de nutrientes)
- Prática insuficiente de atividade física (poucos pacientes seguem a orientação de 150 minutos de atividade aeróbica por semana)
- Tabagismo
- Falta de informação acerca de HAS, de seus fatores de risco e principalmente de suas complicações
- Má adesão ao tratamento medicamentoso

Sobre o Plano de Ação, considerou-se como uma importante estratégia unir os seguintes problemas: hábito alimentar pouco saudável, sedentarismo e tabagismo com a seguinte denominação, “Hábitos de vida não saudáveis”. Os demais “nós críticos” foram mantidos separados como estão na descrição acima.

## 6.5 Desenho das operações

**Quadro 1 – “Operações sobre o nós críticos 1, 2 e 3 relacionado à HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim Europa, em Uberlândia, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos de vida não saudáveis
<b>Operação</b>	Grupos para abordar dicas de hábitos de vida saudável
<b>Projeto</b>	<b>Grupo 1: “Mudança do estilo de vida”</b> <b>Grupo 2: Grupo de atividades aeróbicas</b>
<b>Resultados esperados</b>	1: Controle dos níveis pressóricos, perda ponderal, hábitos alimentares saudáveis, aumentar número de usuários que façam atividade física regular, diminuir número de tabagistas.  2: Perda ponderal, controle de níveis pressóricos, controle de níveis de dislipidemia, maior interação entre os usuários.
<b>Produtos esperados</b>	Estruturação de grupos para discussão de hábitos de vida saudável, com participação de equipe multiprofissional, sendo para o grupo 1: psicólogo, nutricionista, e demais profissionais da equipe de saúde básica; para o grupo 2: além dos profissionais já citados, educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe multiprofissional
<b>Recursos necessários</b>	<b>Organizacional:</b> Organizar agenda da unidade para que equipe possa participar dos grupos  <b>Cognitivo:</b> Conhecimento teórico e prático  <b>Político:</b> apoio de outros setores para garantir presença de outros profissionais além dos que já fazem parte da equipe básica.  <b>Financeiro:</b> Apoio financeiro para materiais de divulgação, bem como para artefatos para atividade física.

<b>Recursos críticos</b>	<p>1: Político: apoio político para contarmos com presença de outros profissionais, além dos já presentes na unidade básica de saúde. Financeiro: apoio para material de divulgação e de uso na prática da operação.</p> <p>2: Político: apoio para presença de educador físico e fisioterapeuta Financeiro: equipamentos para prática de atividade física, como espaço físico adequado e artefatos de uso individual.</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<p>Atores que controlam: Secretário de Saúde e Coordenador do curso de Educação Física da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)</p> <p><b>Motivação: favorável</b></p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	<p>Apresentar projetos</p>
<b>Responsáveis:</b>	<p>Médico e enfermeiro para todos e para cada grupo, poderiam ser colocados como responsáveis dois ACS</p>
<b>Cronograma / Prazo</b>	<p>Para o 1º, 45 dias. Para o 2º, 120 dias.</p>
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	<p>A gestão pode ser feita pela enfermeira e pela médica, que devem garantir a adesão e a continuidade dos grupos, sendo que o acompanhamento pode ser feito com base em avaliações periódicas dos níveis de PA, bem como com avaliação de exames laboratoriais para avaliação de dislipidemia. Uma forma de averiguar tais mudanças de hábitos de vida poderia ser a partir da queda da porcentagem de pacientes com HDL menor que 40 mg/dl para menos de 20%.</p>

Fonte: KEHDI, 2015.



**Quadro 2 – “Operações sobre o nó crítico 4 relacionado à HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim Europa, em Uberlândia, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 2</b>	Falta de informação acerca de HAS.
<b>Operação</b>	Informar aos usuários sobre o que é a doença, seus fatores de risco, como controlá-la, bem como suas complicações; de modo a aumentar a adesão ao tratamento, bem como prevenir novos casos.
<b>Projeto</b>	<b>Grupo “Entendendo a Pressão Alta”</b>
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar a adesão ao tratamento, bem como prevenir novos casos.
<b>Produtos esperados</b>	Formação de grupos de usuários, sendo foco os já portadores da doença, mas também convidar demais usuários
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe multiprofissional
<b>Recursos necessários</b>	<p><b>Organizacional:</b> Organizar agenda</p> <p><b>Cognitivo:</b> Conhecimento teórico</p> <p><b>Político:</b> auxílio de outras áreas</p> <p><b>Financeiro:</b> apoio financeiro para divulgação dos grupos, bem como materiais para sua prática.</p>
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro: apoio para material de divulgação e de uso na prática da operação.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Não é necessária
<b>Responsáveis:</b>	Médica poderá apresentar projeto para secretaria de saúde para apoio financeiro
<b>Cronograma / Prazo</b>	30 dias
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	<p>O esperado é atingir níveis de Pressão arterial sistólica em pacientes medicados acima de 140 mmHg em menos de 10% da população com a comorbidade.</p> <p>Para os demais pacientes, objetiva-se manter níveis de PAS abaixo de 130 mmHg para 80% dos não hipertensos.</p>

Fonte: KEHDI, 2015.

**Quadro 3 – “Operações sobre o nó crítico 5 relacionado à HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim Europa, em Uberlândia, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 3</b>	Má adesão ao tratamento medicamentoso
<b>Operação</b>	Informar aos usuários que a HAS não tem cura, mas, tem controle e que o mesmo traz muitos benefícios para o bem estar próprio. Sensibilizar familiares sobre a importância do tratamento contínuo da doença.
<b>Projeto</b>	<b>Grupo “HAS tem controle sim”</b>
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar a adesão ao tratamento e o controle da doença.
<b>Produtos esperados</b>	Formação de grupos de usuários, em que os mesmos possam trocar experiências, além de receberem informações sobre a doença.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe multiprofissional e familiares
<b>Recursos necessários</b>	<p><b>Organizacional:</b> Organizar agenda</p> <p><b>Cognitivo:</b> Conhecimento teórico</p> <p><b>Político:</b> auxílio de outras áreas</p> <p><b>Financeiro:</b> apoio financeiro para divulgação dos grupos, bem como materiais para sua prática.</p>
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro: apoio para material de divulgação e de uso na prática da operação.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<p>Ator que controla: Secretário de Saúde</p> <p>Motivação: Favorável</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Não é necessária
<b>Responsáveis:</b>	Médica poderá apresentar projeto para secretaria de saúde para apoio financeiro
<b>Cronograma / Prazo</b>	30 dias
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	O esperado é atingir níveis de Pressão arterial sistólica em pacientes medicados acima de 140 mmHg em menos de 10% da população com a comorbidade.

Fonte: KEHDI, 2015.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que a HAS é uma doença crônica de alta prevalência no Brasil e possui diversos fatores de risco modificáveis, cuja intervenção na atenção primária tanto na forma de prevenção como de controle é de extrema importância, considera-se este um tema o qual todos que trabalham na Saúde da Família devem ter atenção.

Assim, é importante desde o cadastramento adequado dos usuários com a comorbidade, como conhecer o perfil dos mesmos; isto é, saber qual a faixa etária mais acometida, se há adesão ou não ao tratamento, se há muitos tabagistas, se os níveis de colesterol HDL estão adequados, entre outros fatores. Afinal, conhecendo bem o perfil dos usuários acometidos, as atividades de intervenção serão melhores direcionadas.

Espera-se que a partir deste trabalho a comunidade da UBSF Jardim Europa tenha melhorias na qualidade de vida, com controle adequado dos pacientes já hipertensos, com menores complicações da doença; além da prevenção de novos casos.

## REFERÊNCIAS

BLOCH, K.V.; RODRIGUES, C.S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial-uma revisão crítica da literatura brasileira. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 13, n. 2, p. 134-43, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo** / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96p. (Cadernos de atenção Básica, 7).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[www.apsredes.org](http://www.apsredes.org)>. Acesso em: 10 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2009. 44p.

\_\_\_\_\_. Universidade Federal de Uberlândia. 2015. Disponível em: <[www.hc.ufu.br](http://www.hc.ufu.br)> Acesso em: set. 2015.

CAMPOS, F. C. C., FARIA, H. P., SANTOS, M. A., **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2010.

CORREA, E. J., VASCONCELOS, M., SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon; UFMG, 2013.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. **Doenças e agravos não transmissíveis**. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças

cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: jun. 2015.

PAZ, A. A. M. et al. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <[http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc\\_Orientador\\_PIL.pdf](http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. 2015. Disponível em: <[www.uberlandia.mg.gov.br](http://www.uberlandia.mg.gov.br)>. Acesso em: 14 ago. 2015.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; HOFFMANN, J.F. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n. 2, p 74-82, 2009.

SOARES, G.P.; BRUM, J.D.; OLIVEIRA, G.M.M. et al. Evolução de indicadores socioeconômicos e da mortalidade cardiovascular em três estados do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.100, n.2, p147-156, 2013.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n.4, p. 885-895, 2004.