

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

YUDALKIS REYES MARTINEZ

**INTERVENÇÃO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
UNIDADE DE SAÚDE MILIONARIOS EM BELO HORIZONTE –
MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

YUDALKIS REYES MARTINEZ

**INTERVENÇÃO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
UNIDADE DE SAÚDE MILIONARIOS EM BELO HORIZONTE –
MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

YUDALKIS REYES MARTINEZ

**INTERVENÇÃO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
UNIDADE DE SAÚDE MILIONARIOS EM BELO HORIZONTE –
MINAS GERAIS**

Banca examinadora:

Examinador 1 Prof. Edison José Corrêa (orientador), UFMG

Examinador 2 Prof. Eulita Maria Barcelos, UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: em 19 de novembro de 2015.

DEDICATORIA

A minha família

A meu esposo

Aos meus professores

Aos meus amigos

AGRADECIMENTOS

Agradecer primeiramente a Deus, por me iluminar e abençoar minha trajetória.

A minha grandiosa mãe Ângela, e toda minha família, pelo apoio, pelo sacrifício e por tudo que sempre fizeram por mim, agradeço muito o exemplo e o carinho que todos me deram, pois foram fundamentais na construção do meu caráter. Minha vitória também é de vocês.

Ao meu esposo, Maykel, pela sua paciência, sempre me dando conselhos, força, coragem e incentivo.

A meu orientador Edison José Corrêa pelas orientações, pelo apoio e conhecimento transmitido.

A minha equipe de trabalho, por me ajudar com a coleta dos dados.

A todos que de alguma forma me ajudaram, agradeço por acreditarem em mim.

Sem vocês nada disso seria possível.

RESUMO

Estima-se que as doenças cardiovasculares (DCV) sejam a causa principal de mortalidade no mundo e no Brasil. Segundo vários estudos, as DCV estão ligadas a genética, estilo de vida (dieta inadequada, sedentarismo) e qualidade de vida, sendo estes, seus principais fatores de risco. A hipertensão arterial sistêmica tornou-se uma problemática para a saúde pública mundial, devido sua alta incidência e associação com doenças cardiovasculares. Diante a grande incidência da doença nos últimos anos é muito importante o conhecimento dela pela população em geral e mais ainda naquelas pessoas que a padecem. O objetivo deste trabalho foi propor um plano de intervenção para promover a educação em saúde entre pacientes idosos hipertensos visando o controle da pressão arterial na Unidade de Saúde Milionários, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Temos 414 pacientes cadastrados com hipertensão arterial. A amostra utilizada para a pesquisa foram 30 pacientes hipertensos. Este grupo foi submetido a um pré-teste, participaram do programa educacional e após receber as orientações, repetimos o mesmo teste (pós-teste), para confirmar a eficácia da atividade educacional. Depois de três meses da pesquisa inicial foi avaliado o nível de conhecimento e observamos uma melhoria geral no controle da doença. Concluímos assim que é imprescindível o empoderamento dos pacientes hipertensos sobre a eliminação de fatores de risco e o convívio com estilos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Fatores de risco. Doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

It is estimated that cardiovascular diseases are the leading cause of mortality worldwide and in Brazil. According to several studies, these diseases are linked to genetics, lifestyle (poor diet, physical inactivity) and quality of life, the latter being its main risk factors. Hypertension has become a problem for global public health, due to its high incidence and association with cardiovascular diseases. Given the high incidence of the disease in recent years is very important to know it by the general population and even more so those people who suffer. The objective was to equip patients of a Family Health Team of Belo Horizonte on the disease, its risk factors and control. An educational intervention was carried out with the team hypertensive patient 1 Million Health Center in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais State, to raise awareness of hypertensive patients about this disease. We have 414 registered patients with hypertension. The sample used for the study was 30 hypertensive patients. This group was submitted to a pretest, participated in the educational program and after receiving the guidelines, repeats the same test (post-test) to confirm the effectiveness of educational activity. After 3 months of initial research was rated the level of knowledge and observed a general improvement in disease control. We conclude that it is essential to the empowerment hypertensive patients on the Elimination of risk factors and living with healthy lifestyles.

Keywords: Family Health Strategy. Hypertension. Cardiovascular diseases. Risk factors.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 1, do Centro de Saúde Milionários, em Belo Horizonte- 2014	20
Quadro 2 Priorização dos problemas de saúde na área de atuação da Equipe de Saúde da Família 1, no Centro de Saúde Milionários, Belo Horizonte	36
Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema baixo controle da pressão arterial na Unidade de Saúde Milionarios, em Belo Horizonte, Minas Gerais”	39
Quadro 4 Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “baixo controle da pressão arterial na Unidade de Saúde Milionarios, em Belo Horizonte, Minas Gerais”.	41
Quadro 5 Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “baixo controle da pressão arterial na Unidade de Saúde Milionarios, em Belo Horizonte, Minas Gerais”.	43

LISTA DE TABELA E FIGURAS

Figura 1	Divisão regional de Belo-Horizonte, Minas Gerais	14
Tabela 1	Classificação da hipertensão arterial	33
Figura 2	Evolução das equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte (período 2002 a 2013)	17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Assistente de Saúde Bucal
CEESF	Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família
CMSBH	Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DCV	Doenças cardiovasculares
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Equipe de Saúde da Família
ETE	Estações de Tratamento de Esgoto
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDHM	Instituto de Desenvolvimento Humano do Município
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PES	Programa Estratégico da Família
POP	Proporção de Adultos Hipertensos Captados
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Belo Horizonte – aspectos gerais	12
1.2 Belo Horizonte – o sistema local de saúde	15
1.3 Centro de Saúde Milionários e suas equipes de Saúde da Família	18
1.4 A Equipe de Saúde da Família Verde, ou Equipe 1 – seu território e comunidade adscrita	19
1.5 Diagnóstico situacional do território da Equipe 1	22
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	24
4 METODOLOGIA	25
5 REVISÃO DA LITERATURA	26
5.1 Estratégia Saúde da Família.	26
5.2 Hipertensão arterial sistêmica	28
5.3 Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica	31
5.4 Hipertensão arterial e doenças cardiovasculares	33
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

1.1 Belo Horizonte – aspectos gerais

Belo Horizonte é um município brasileiro, capital do estado de Minas Gerais. Pertence à Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte e à Microrregião de Belo Horizonte. Possui área de aproximadamente 330 km², com geografia diversificada (morros e baixadas). Cercada pela Serra do Curral, que é uma referência histórica, foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa do estado mineiro. O município faz limites com Nova Lima e Brumadinho, a sul; Sabará e Santa Luzia, a leste; Santa Luzia e Vespasiano, a norte; e Ribeirão das Neves, Contagem e Ibirité, a oeste.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015, a população estimada do município é de 2.502.557 habitantes, sendo o município mais populoso de Minas Gerais, o terceiro da Região Sudeste, depois de São Paulo e Rio de Janeiro, e o sexto mais populoso do Brasil (BRASIL, 2015).

O estado de Minas Gerais foi habitado por índios do tronco linguístico macro-jê. Posteriormente essas tribos foram quase exterminadas pela ação dos bandeirantes procedentes de São Paulo, que chegaram à região em busca de escravos e de pedras preciosas (WIKIPEDIA, 2015).

A grande faixa de terras ao largo do Rio das Velhas assenhoradas pelo bandeirante Paulista Bartolomeu Bueno da Silva (mais tarde Anhanguera II), veio seu primo e futuro genro, João Leite da Silva Ortiz, à procura de ouro. Ele ocupou, em 1701, a Serra dos Congonhas (mais tarde Serra do Curral) e suas encostas, onde estabeleceu a Fazenda do Cercado, base do núcleo do Curral d' El Rei. No local, desenvolveu uma pequena plantação e criou gado, com numerosa escravatura (WIKIPEDIA, 2015).

A capital de Minas Gerais era Ouro Preto, que não apresentava alternativas viáveis ao desenvolvimento físico urbano, o que gerou a necessidade da transferência da capital. O governador Augusto de Lima instituiu que a capital fosse construída nas terras do arraial de Curral Del Rei que, em 1893, foi

elevado à categoria de município e capital de Minas Gerais, sob a denominação de Cidade de Minas. Em 1894, foi desmembrado do município de Sabará. Em 1897 o então presidente de Minas, Crispim Jacques Bias Fortes, inaugurou a nova capital e em 1901, seu nome foi modificado para Belo Horizonte. Projetada pelo engenheiro Aarão Reis entre 1894 e 1897, Belo Horizonte foi uma das primeiras cidades brasileiras planejadas, dividida em três principais zonas: a área central urbana, a área suburbana e a área rural (WIKIPEDIA, 2015).

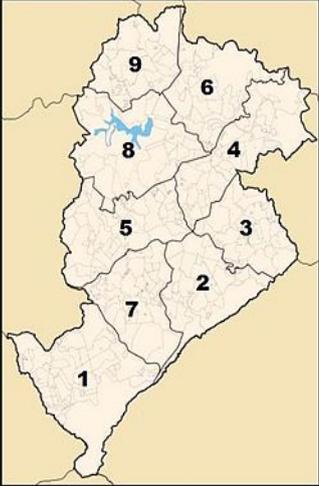
Entre as décadas de 1930 e 1940 houve o avanço da industrialização, houve a criação do Conjunto Arquitetônico da Pampulha, inaugurado em 1943 por Juscelino Kubitschek. O conjunto da Pampulha reuniu os maiores nomes do modernismo brasileiro, com projetos de Oscar Niemeyer, pinturas de Portinari, esculturas de Alfredo Ceschiatti e jardins de Roberto Burle Marx. Na década de 1960, a cidade tornou-se metrópole, atingiu mais de um milhão de habitantes. Com a ampliação dos municípios vizinhos, o crescimento populacional passou a se concentrar nos municípios próximos a Belo Horizonte, como Sabará, Ibirité, Contagem, Betim, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. Na década de 1980, com a valorização da memória da cidade, vários edifícios de importância histórica foram tombados. Foi iniciada a implantação do metrô de superfície, a canalização do Ribeirão Arrudas e o Aeroporto Internacional de Confins, localizado no município de Confins, a 38 km do centro da capital. Atualmente, Belo Horizonte tem se destacado pelo desenvolvimento do setor terciário da economia: o comércio, a prestação de serviços e setores de tecnologia de ponta (destaque para as áreas de biotecnologia e informática). Alguns dos investimentos recentes nesses setores são as implantações do Parque Tecnológico de Belo Horizonte, e do moderno Centro de Convenções Expominas (WIKIPEDIA, 2015).

A cidade comporta eventos importantes como congressos, convenções, feiras, eventos técnico-científicos e exposições, tem fomentado o crescimento dos níveis de ocupação da rede hoteleira e do consumo dos serviços de bares, restaurantes e transportes. O setor artístico-cultural, principalmente pelas políticas públicas e privadas, tem sido estimulado através da realização de eventos fixos em nível internacional e o crescimento do número de salas de espetáculos, cinemas e galerias de arte (WIKIPEDIA, 2015).

O município de Belo Horizonte está dividido em nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros (Figura 1).

Figura 1 - Divisão regional de Belo-Horizonte, Minas Gerais

Administrações Regionais				
Regional	População	Superfície (km ²)	Densidade ¹	
1	Barreiro	262.194	53,51	4.899,9
2	Centro-Sul	258.786	31,53	8.207,6
3	Leste	256.311	28,52	8.987,1
4	Nordeste	274.060	39,59	6.922,5
5	Noroeste	337.351	38,16	8.840,4
6	Norte	194.098	33,21	5.844,6
7	Oeste	268.124	33,39	8.030,1
8	Pampulha	145.262	47,13	3.082,2
9	Venda Nova	242.341	27,80	8.717,3
	Belo Horizonte²	2.452.617	330,95	7.410,8



Notas: (1) Os dados de população e área das regionais são do PNUD/2000.¹²⁹ (2) Os dados referentes à população do município são da projeção populacional do IBGE/2009.¹³⁰

Fonte: ([http://pt.wikipedia.org/wiki/Belo Horizonte](http://pt.wikipedia.org/wiki/Belo_Horizonte)).

A cidade possui múltiplos e importantes museus e parques, é mundialmente conhecida; e exerce significativa influência nacional e internacional do ponto de vista econômico, político e cultural. Existem mais bares per capita do que em qualquer outra grande cidade do Brasil, por tal motivo é nacionalmente conhecida como a “capital nacional dos botecos” (WIKIPEDIA, 2015).

O Índice de Desenvolvimento Humano do município (IDHM) é considerado alto, de acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Sua taxa de Urbanização é de 100% e a renda média familiar mostra a desigualdade salarial entre domicílios dos bairros de Belo Horizonte, que varia mais de 2.000%, de acordo com dados do Censo 2010 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisas revelam que em bairros da Região Centro-Sul de Belo Horizonte, a renda mensal média chega a R\$ 15 mil por residência. Enquanto a de moradores de bairros populares não ultrapassa R\$ 710 (WIKIPEDIA, 2015).

A Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) é a responsável pelo abastecimento de água tratada no município Belo Horizonte. O recolhimento de esgoto por rede pública, também feito pela COPASA, atende aproximadamente a 65% da população, com 129 estações de tratamento de esgoto (ETE) em operação, com projeção de melhorias futuras (WIKIPEDIA, 2015).

As principais atividades econômicas que se destacam em Belo Horizonte são a agricultura, mineração (aço e seus derivados, ouro, manganês e pedras preciosas, etc), com grande desenvolvimento na indústria têxtil e produção de automóveis. É também um centro cultural, com grandes universidades, museus culturais, bibliotecas, espaços de arte, etc. É conhecido como um centro de excelência em biotecnologia, ciência da computação, medicina e turismo (WIKIPEDIA, 2015).

1.2 Belo Horizonte – o sistema local de saúde

A porcentagem de população usuária da assistência à saúde no SUS é de 75%. O sistema local de saúde, conta com o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH), criado oficialmente em 3 de junho de 1991 e é regulado pela Lei Federal nº 8.142/90 e pelas Leis Municipais nº. 5.903/91 e nº. 7.536/98. O CMSBH tem como função a formação de estratégias da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros, fiscalizam e aprovam as contas da Secretaria Municipal de Saúde, sendo assim representantes da população na saúde pública. Os conselhos estão compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores da área da saúde e 25% de Governo e prestadores de serviços. Em Belo Horizonte, são 36 conselheiros titulares e 36 suplentes. Reúnem-se regularmente uma vez por mês (WIKIPEDIA, 2015).

O Fundo Municipal de Saúde é uma unidade orçamentária dentro da Secretaria Municipal de Saúde e não uma unidade gestora. Os recursos que se destinam ao financiamento de ações e serviços de saúde deverão ser separados do montante de receitas municipais administrado por sistema de caixa único, para compor um fundo especial, o Fundo Municipal de Saúde (WIKIPEDIA, 2015).

A estrutura dos 147 centros de saúde está sendo modernizada, com novos equipamentos e mais conforto para a população. Com a ampliação da rede

para 173, todos os centros de saúde da prefeitura terão o mesmo padrão de qualidade. Os centros de saúde de BH realizam mais de 2,5 milhões de consultas médicas por ano. São realizadas cerca de 416 mil consultas odontológicas e mais de 100 mil tratamentos odontológicos por ano. São 307 equipes de saúde bucal atendendo a população. Todos os 147 centros de saúde oferecem próteses (BELO HORIZONTE, 2015).

Em Belo Horizonte são 15 Unidades de urgência/emergência: oito Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) da Prefeitura e sete Prontos-Socorros de hospitais públicos. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana. A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, com raios-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade (WIKIPEDIA).

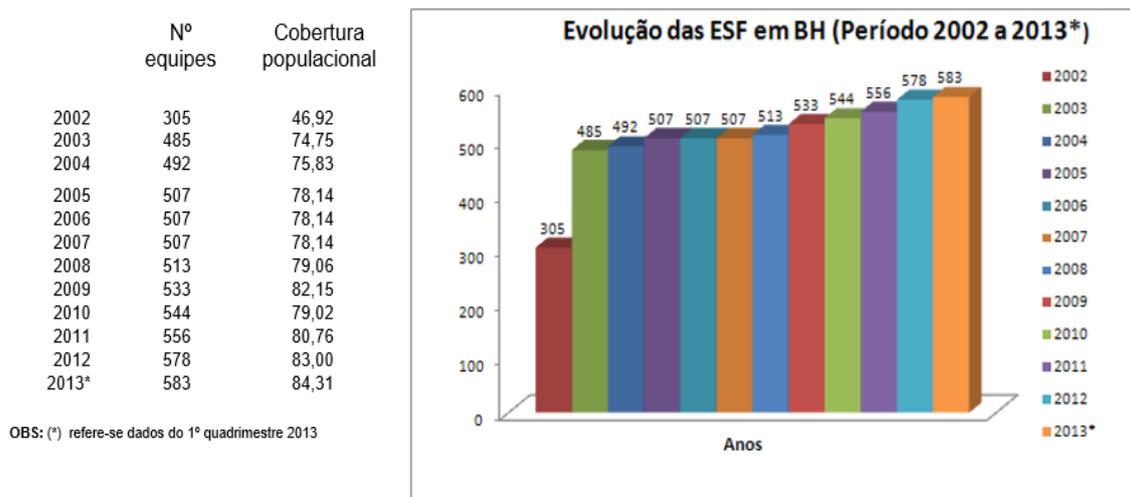
As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência, funcionam de segunda a sexta-feira, e devem ser as primeiras a serem procuradas no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. São 556 equipes de saúde da família, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Dos 147 centros da capital, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico. Há também em algumas unidades assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e médicos homeopatas e acupunturista, psicóloga, psiquiatra e outros médicos de apoio. Já as equipes de zoonoses dos centros de saúde são responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais.

Nas unidades, o usuário pode se consultar e, com encaminhamento médico, agendar consultas especializadas, fazer pré-natal e acompanhamento de doenças crônicas, vacinar-se, retirar medicamentos com receita médica, fazer consultas odontológicas, receber orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) são os seguintes os equipamentos sociais de saúde: Centros de Saúde (147); Academias da Cidade (63); Centros de Especialidades Médicas (10); Unidades de Pronto-Atendimento – UPA (oito); Centros de Referência em Saúde Mental

(10); demais equipamentos (108); equipes de Saúde da Família (556) (Figura 2); equipes de Saúde Mental (58); Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (58) (WIKIPEDIA, 2015).

Figura 2 - Evolução das equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte (período 2002 a 2013)

Número de Equipes de Saúde da Família, BH - 2002-2013*



Dados 2013 referentes :janeiro a abril

Fonte: (<http://pt.wikipedia.org/wiki/BeloHorizonte>)

O sistema de referência e contrarreferência é um modo de organização dos serviços, configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, que visa assegurar a atenção integral aos usuários através da hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos, reforçando vínculos em diferentes dimensões: intraequipes de saúde, interequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes. As redes de média e alta complexidade contexto do SUS constituem um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. Embora a atenção básica em saúde seja entendida como a base orientadora do sistema e sua porta de entrada preferencial tendo uma visão integral da

assistência à saúde para sua população adstrita, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não são suficientes para suprir as necessidades dos pacientes do SUS. A definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade é atribuição do Ministério da Saúde.

Em relação aos recursos humanos em Saúde, cada ESF possui um médico de família, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada profissional tem carga horária semanal de 40h, exceto os profissionais de apoio que podem ter 20h. No caso dos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil, há necessidade de dedicação mínima de 32h para atividades na ESF podendo ser dedicadas até 8h para atividades de especialização em saúde da família, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composto por profissionais que cumprem uma carga horária de no mínimo 20 horas semanais e é composto por médico acupunturista, assistente social, profissional de Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médicos ginecologista/obstetra, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra internista, médico do trabalho, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico veterinário, profissionais com formação em arte e educação (Arte educador), sanitarista. Os profissionais do NASF devem cumprir horário nunca inferior à 20h semanais.

1.3 O Centro de Saúde Milionários e suas equipes de Saúde da Família

O Centro de Saúde Milionários está localizado na Regional Barreiro. Atualmente conta com cinco equipes de saúde da família que foram divididas por microáreas contando com mais de 18.294 usuários cadastrados em área de médio risco. Conta com 10 consultórios médicos, um consultório odontológico, um consultório para classificação de risco, uma sala de reunião, uma recepção, uma copa para funcionários, um almoxarifado, duas salas de espera, uma sala de vacina, uma de curativos, uma sala de observação, uma

farmácia, uma sala de Eletrocardiograma (ECG). O centro de saúde conta com os seguintes recursos humanos: uma gerente, uma subgerente, cinco médicos gerais, uma ginecologista, uma pediatra, três dentistas, uma técnica da saúde bucal (TSB), três assistentes de saúde bucal (ASB), uma psicóloga, uma assistente Social, cinco enfermeiros, 15 auxiliares de enfermagem, 20 agentes comunitários de saúde (ACS), três administrativos, dois serviços gerais, dois porteiros, um guarda municipal, quatro estagiários, e três posso ajudar.

1.4 A Equipe de Saúde da Família Verde ou Equipe 1- seu território e comunidade adscrita (Bairro Milionários, Belo Horizonte)

Contextualizando, a Equipe Verde (Equipe 1) atende a uma população com índice de vulnerabilidade médio e elevado. Atualmente tem sob sua responsabilidade 3135 usuários em 929 famílias (Quadro 1), subdivididas em três microáreas, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SIAB – março/2013).

Quadro 1- População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 1, do Centro de Saúde Milionários, em Belo Horizonte-2014

Faixa etária	Homens	Mulheres	Total
Até 1 mês	3	0	3
1 a 11 meses	13	24	37
1 a 4 anos	70	69	139
5 á 9 anos	70	103	173
10 á 14 anos	90	114	204
15 á 19 anos	119	120	239
20á 39 anos	566	521	1087
40 á 59 anos	425	336	791
60 á 69 anos	148	100	248
70 á 79 anos	70	56	126
Maior ou igual a80	54	34	88
TOTAL	1628	1507	3135

Fonte: (Censo BH social 2014).

Quanto aos recursos da comunidade atendida pela Equipe Verde constam de: um centro de saúde, três clínicas veterinárias, 11 escolas, três creches, 16 igrejas entre católicas, evangélicas, centro espírita, 11 mecânicas de autos, duas autoescolas, cinco sacolões, dois supermercados de médio porte e oito padarias (Dados das ACS da Equipe 1, Centro de Saúde Milionários, 2014).

Em relação ao nível de alfabetização, o comportamento é similar ao município de Belo Horizonte, tendo ocorrido uma melhora nos últimos anos, o comportamento é de 95,14% em pessoas de cinco anos e mais segundo censo demográfico IBGE (2012), observa-se certo nível de analfabetismo, porém sabem assinar documentos e escrever seus nomes completos (Dados da equipe 1, Centro de Saúde Milionários, 2013).

Parte da população está empregada nas mais diversas áreas da cidade urbana, na prestação de serviços e da economia informal. É alto o número de desempregados e subempregados (Dados da equipe, 2013).

Na região existem problemas sociais graves como o consumo e o tráfico de drogas, a violência e a desestrutura familiar. O número de ocorrências de crimes é comum na região. O índice de furtos na área comercial é moderado ao igual que os ajustes de contas, ameaças, etc. Isso devido ao uso de drogas, principalmente crack e maconha, por jovens entre 18 e 30 anos (Dados da equipe, 2014).

Em se tratando dos recursos humanos e do processo de trabalho da equipe, possui um médico generalista, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem e três agentes comunitários de saúde.

O processo de trabalho da equipe é baseado na lógica do acolhimento e marcação de consultas realizadas duas vezes por semana: terça-feira à tarde de 13:00 às 15:00 horas e nas quintas, no mesmo horário. São fornecidos aos usuários os seguintes serviços, consideradas as prioridades de cada um:

Consulta de enfermagem, consulta médica, atendimento odontológico, visitas domiciliares, assistência ao pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, puericultura, coleta de materiais biológicos, imunização, teste do pezinho, trabalho de zoonose, curativos, encaminhamentos para academia da cidade,

encaminhamento para fisioterapia, fonoaudiólogos, grupos interativos: Hiperdia, planejamento familiar, baixo peso e saúde mental.

A situação quanto à faixa etária das crianças atendidas no programa Saúde da criança, ESF possui três crianças de menores que um mês, 37 de um a 11 meses, todas em acompanhamento de puericultura, 139 crianças de 1 a 4 anos e 173 de 5 a 9 anos. A maioria está com o cartão de vacina em dia. O total de crianças representa 11,23 % da população atendida.

A equipe tem aproximadamente, 443 adolescentes, o que representa 14,33% da população.

No programa Saúde da mulher, a equipe tem atualmente 12 gestantes em acompanhamento pré-natal, não há número exato de gestante que fazem o acompanhamento em outras instituições de saúde. Estão cadastradas 1010 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), nem todas estão em dia com os exames cervicouterino e mamografia.

No atendimento da saúde do adulto, a equipe tem atualmente: 102 usuários diabéticos, 414 hipertensos, 28 asmáticos ou com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), uma suspeita clínica de tuberculose, nenhum caso de hanseníase em tratamento, 25 acamados, 26 pacientes com transtornos mentais, 12 grávidas, delas três adolescentes. Em minha equipe existe uma proporção de adultos hipertensos captados (POP), entre 25 a 59 anos, de 25,8% segundo Censo BH Social (2014).

A ESF 1 tem aproximadamente 462 idosos (de 60 ou mais anos), dos quais 272 mulheres e 190 homens. É muito importante a relação da idade com hipertensão arterial: a maior idade aumenta o risco de sofrer esta doença. Em minha equipe a proporção de adultos hipertensos captados (POP) para os maiores de 59 anos é de 52,5%. Esses pacientes são incentivados pelas ACS a participarem dos grupos operativos para promoção da saúde e prevenção na Academia da Cidade e no grupo de Hiperdia.

2- Diagnóstico situacional de saúde do território da Equipe 1

O diagnóstico situacional permitiu observar que a Equipe de Saúde da Família¹, do Centro de Saúde do bairro Milionários, trabalha em uma área de médio e baixo risco oferecendo a maior parte dos serviços preconizados pelo Ministério da Saúde. Os serviços que não são ofertados na unidade são encaminhados para outros locais dentro da rede, buscando garantir assistência integral à saúde.

O ambiente físico da unidade é pequeno e já necessita de reforma, devido ao grande número de usuários e trabalhadores.

Muitas famílias têm problemas, como o tráfico e o consumo de drogas, que são problemas graves da equipe por envolver muitas famílias, nas mais diversas situações. O número de hipertensos, diabéticos, mulheres, crianças, idosos e adolescentes é muito elevado e requer da equipe medidas mais eficazes e atraentes para a população.

O diagnóstico situacional em saúde possibilitou a visualização da realidade de trabalho da equipe de saúde, da necessidade da população e do perfil da comunidade, apontando para a necessidade de um planejamento de ações em saúde e melhoria nos serviços ofertados as famílias assistidas pela equipe.

2 JUSTIFICATIVA

A realização deste trabalho pela Equipe 1 é muito necessária, pois existe um grande número de idosos hipertensos com desconhecimento sobre as principais características da doença, este fato é preocupante porque pode interferir na adesão do tratamento da hipertensão arterial.

Embora já existam abordagens anteriores e sabendo da importância de manter o controle adequado da doença, é necessário levar conhecimentos aos usuários sobre a terapêutica apropriada e estimular a prevenção de complicações para proporcionar melhor qualidade de vida aos mesmos.

Justifica-se propor uma intervenção educativo-terapêutica aos pacientes hipertensos, com o intuito de aumentar o nível de conhecimento sobre a doença e estabelecer controle adequado da pressão arterial, considerando que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que uma redução de 2 mm de Hg na pressão arterial média produz numa população uma redução de 6% em mortalidade anual por doença cerebrovascular, de 4% para doença cardiovascular e 3% para todas as causas associadas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para promover a educação em saúde entre pacientes idosos hipertensos visando o controle da pressão arterial na Unidade de Saúde Milionários, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Fornecer informação geral sobre definição, tratamento, sintomas e fatores de risco associados com a hipertensão arterial.
- Orientar a importância de diminuir os fatores de risco de HAS
- Promover a realização de exercício físico e uma dieta adequada

4 METODOLOGIA

Este trabalho iniciou com o diagnóstico situacional que possibilitou a equipe conhecer com mais detalhes a área de abrangência e identificar os problemas vivenciados pela população. Diante desse fato a equipe decidiu elaborar um projeto de intervenção que possibilitasse solucionar o principal problema. Assim, foram planejadas intervenções para promover a educação em saúde entre pacientes hipertensos. Como base utilizou o Planejamento Estratégico Situacional (PES), realizado pela Equipe de Saúde da Família Verde (Equipe 1), que atende parte da população adstrita ao Centro de Saúde Milionários. Utilizou-se o método PES, conforme orientado no módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010), do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CEESF).

Para embasamento conceitual foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde da Família, SciELO, entre outros. Os artigos que contemplaram o tema nessas bases de dados, além de publicações em livros e revistas médicas, foram selecionados conforme sua relevância, incluídos como citação, no texto, e registrados nas referências.

Os descritores em ciências da saúde utilizados (BRASIL, 2015) foram: Estratégia Saúde da Família, hipertensão, fatores de risco, doenças cardiovasculares.

Para a elaboração do texto foram obedecidas as orientações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), de acordo com o módulo Iniciação à metodologia: textos científicos de autoria de Correa; Vasconcelos e Souza, (2013).

REVISÃO DE LITERATURA

Para um embasamento científico desse trabalho, são registradas as evidências científicas que a equipe de saúde da família deve utilizar, ao fazer o planejamento da intervenção a ser realizada. Assim, são descritas a seguir, os principais aspectos relativos a:

- Estratégia Saúde da Família.
- Hipertensão arterial sistêmica
- Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica
- Hipertensão arterial e doenças cardiovasculares

Estratégia Saúde da Família

Para o bom funcionamento da Estratégia Saúde da Família, como forma de operacionalizar a Atenção Básica, é necessária a existência de diretrizes que implementem as diferentes atividades da assistência, de forma a reorganizar os processos de trabalho, tais como, adscrição de um território, desenvolvimento de ações inter e intrassetoriais, ações de promoção e prevenção de acordo com a realidade local, de forma a permitir a compreensão das dinâmicas dos lugares e dos sujeitos que pertencem a este território (MONKEN; BARCELOS, 2005; GONDIM, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000):

[...] o território define em si a adscrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais / equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011, p.3).

A ação na Atenção Básica à Saúde, principal porta de entrada do sistema, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta para a maioria dos problemas de saúde da população, pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2000).

É necessário que o trabalho seja realizado em equipe, em que os saberes se somem e se concretizem em cuidados efetivos, para populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária. O trabalho em equipe é um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades. É necessário que o conhecimento da equipe e da comunidade o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica. A Estratégia Saúde da Família passa a ser compreendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, cujo trabalho operacional é realizado através da implementação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde, as quais são responsáveis pelo acompanhamento de um número pré-definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Além disso, “atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes na manutenção da saúde daquela comunidade” (BRASIL, 2009, online).

Para executar o trabalho de prevenção e conseqüente promoção de saúde necessária para a qualidade de vida do usuário, Assis *et al.*(2010) afirmam que:

[...] a resolubilidade envolve aspectos relacionados á organização da rede de atenção, á conduta profissional e a relação equipe e saúde /usuário. E, nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) precisa estar inserida num sistema organizado de forma hierarquizada e resolutiva, que de fato seja referenciado e contrarreferenciado, para se constituir em “porta de entrada do sistema de saúde” (ASSIS *et al.*, 2010, p.28).

A educação continuada é um processo para melhor adaptar o conhecimento técnico para a transformação das práticas dos profissionais de saúde e que visa consolidar atitudes transformadoras, estimulando criatividade dos profissionais nos serviços de saúde. Este processo ocorre através da educação permanente dos profissionais do serviço, e seu objetivo é atingido, quando existe compartilhamento coletivo entre trabalhadores de saúde e usuários do sistema buscando solucionar os problemas encontrados (FARAH, 2003).

A Educação Permanente dos profissionais de saúde é uma das estratégias de controle da hipertensão arterial, no diagnóstico clínico e conduta terapêutica para oferecer melhor informação e educação ao paciente no sentido de ajudá-lo a seguir o tratamento proposto. É um trabalho desafiador para os profissionais de saúde, sendo necessário reunir esforços para a manutenção da motivação do paciente evitando o abandono do tratamento, além disso, muito dos pacientes hipertensos apresentam outras comorbidades como diabetes, dislipidemia e obesidade, demandando maior conhecimento e gerenciamento das ações terapêuticas para um melhor controle das diferentes condições crônicas, que para seu tratamento exige motivação, perseverança e educação continuada.

Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2006, p. 7).

Hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mm Hg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (Tabela 1).

A pressão arterial pode classificar-se como segue (Tabela 1):

Tabela 1- Classificação da hipertensão arterial

Classificação	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	Menor que 120	Menor que 80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	Igual ou maior que 180	Igual ou maior que 110

Fonte: BRASIL (2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010, p. 41), para fazer um diagnóstico correto da hipertensão arterial é necessário o paciente ter uma “pressão sanguínea elevada e persistente, isto implica três medições, depois do doente estar em repouso pelo menos 10 minutos, efetuadas em posição sentada e repetidas com um intervalo a considerar consoante a gravidade do aumento de pressão arterial, se tal for o caso”.

Quando é uma hipertensão limite, o intervalo poderá ser 30 dias. Nos casos de hipertensão severa o paciente necessita de ser imediatamente medicado. Para evitar do "efeito jaleco branco" quando o paciente apresenta ansioso e em decorrência ocorre um aumento da pressão arterial na presença do médico, “poderá ser facultada a medição da pressão arterial em casa, com medições a várias horas do dia, sempre após os 10 minutos de repouso. O paciente fará assim um *mapping* durante 3 a 7 dias que será avaliado pelo seu médico assistente”. As aferições devem ser feitas no primeiro dia nos dois braços, quando tem uma diferença de mais de 20 mmHg na pressão sistólica, as outras aferições serão sempre feitas no braço com pressão mais alta. Em caso contrário será sempre o braço direito, “pois antes de chegar às artérias do lado esquerdo já foi alimentado o braço direito e o cérebro e a pressão será assim discretamente mais baixa do lado esquerdo” segundo orientações da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010, p. 41),

O diagnóstico inicial de hipertensão deve também considerar um exame físico e todo o historial médico do paciente. A pseudohipertensão entre os idosos pode também ser um fator a considerar no diagnóstico. Esta situação deve-se à calcificação das artérias, o que resulta em níveis de leitura anormalmente elevados no esfigmomanômetro enquanto que as medições intra-arteriais são normais. Não esquecer que o processo de endurecimento das paredes das artérias é progressivo com o envelhecimento e o aumento de pressão arterial sistólica com a idade também será progressivo sem que isto signifique hipertensão arterial. Estes dados desafiam o consenso atual, muito rígido nos critérios de hipertensão arterial acima dos 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 41).

Uma vez completo o diagnóstico da hipertensão, o médico pode tentar identificar a causa com base em outros sintomas eventuais. A hipertensão secundária é mais comum na infância e adolescência, sendo na maior parte dos casos causada por doenças renais. A hipertensão primária é mais comum entre adultos e corresponde a múltiplos fatores de risco, incluindo obesidade, hábitos alimentares em que predomina o excesso de sal, o consumo diário de águas ricas em cloreto de sódio e antecedentes familiares. Podem também ser realizados exames de laboratório de modo a identificar possíveis causas de hipertensão secundária, e determinar também se a hipertensão já causou danos no coração, olhos ou rins. Também são normalmente realizados exames complementares para a diabetes e colesterol elevado, uma vez que ambos são fatores adicionais de risco para a eventualidade de uma doença cardiovascular e podem requerer tratamento complementar (ROSARIO *et al.*, 2009).

A creatinina no soro é medida com o intuito de despistar a eventual presença de doenças renais, que podem ser tanto causa como consequência da hipertensão. A creatinina do soro por si só pode sobrestimar a taxa de filtração glomerular (TFG), e orientações recentes têm indicado o uso de equações preditivas para avaliar corretamente a taxa. A TFG indica também uma medida base da função renal que pode ser usada para monitorizar efeitos secundários nos rins de determinados fármacos anti-hipertensivos. Para, além disso, detecção de proteínas em amostras de urina é usada como indicador secundário de eventuais doenças renais. É feito também um eletrocardiograma (ECG) de modo a revelar eventuais indícios de que o coração esteja a ser submetido a um esforço adicional devido à pressão arterial elevada. Pode também mostrar se existe ou não uma hipertrofia do ventrículo esquerdo ou se o coração foi já sujeito a um distúrbio menor, como por exemplo, um enfarte silencioso. Pode ainda ser realizada uma radiografia torácica ou um ecocardiograma de modo a verificar sinais indicadores de um eventual aumento ou danos no coração (WIKIPEDIA 2015, online).

Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica

Para Pereira *et al.*(2011) existem fatores de risco associados que necessitam o controle adequado. As cifras de pressão arterial podem diminuir quando é garantido o cuidado sistemático, incluindo prevenção e controle de fatores de risco e acompanhamento profissional adequado. Estudos realizados em hipertensos demonstram presença de sobrepeso ou obesidade, cifras ligeiramente ou moderadamente elevadas, valores levemente elevados de colesterol total e glicemia em jejum.

O fator socioeconômico continua sendo importante na hora de avaliar estes casos, pois o mais baixo nível de escolaridade é maior a prevalência de doença; não sendo assim com outros fatores socioeconômicos como são a renda familiar, as características da vivenda ou características médias ambientais, onde não existe muita diferença em relação a outras doenças (PEREIRA *et al.* 2011).

Assim, segundo o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2009, p. 22),

O tratamento não farmacológico tem como objetivo diminuir os fatores de risco para DCV e reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de educação em saúde no qual o paciente é estimulado a adotar medidas que favoreçam a adesão às recomendações. As medidas sugeridas terão impacto no seu estilo de vida e sua implementação depende diretamente da compreensão do problema e da motivação em aplicá-las.

Os profissionais da saúde devem estimular e aconselhar os pacientes hipertensos a modificarem os seus hábitos de vida, devem apresentar aos pacientes as estratégias e possibilidades de implementá-los e adaptá-los à sua situação socioeconômica e à sua cultura, obtendo, dessa forma, maior adesão ao tratamento. É muito importante a abordagem multi ou interdisciplinar e o envolvimento dos familiares do hipertenso (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2009, p.22),

[...] Nas consultas médicas e de enfermagem o processo educativo preconiza a orientação de medidas que comprovadamente reduzam a pressão arterial, entre elas: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da

ingesta de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo.

Por tanto o tratamento não farmacológico para o portador de HAS são ações que propiciam a melhoria da qualidade de vida do paciente através da prática de atividade física regular, controle do peso, diminuição do consumo de cigarro e bebida alcoólica, além da adoção de hábitos alimentares mais saudáveis. Para um trabalho efetivo em relação à hipertensão arterial, a equipe de saúde deve lançar mão também da abordagem multiprofissional que é importante no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. A HAS exige cuidados para evitar o abandono do tratamento, devendo os profissionais desenvolver técnicas motivacionais. Assim, a equipe multiprofissional que além do médico é composta por enfermeiro, ACS, nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico e farmacêutico. Este grupo de profissionais deve exercer ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo para consolidar a promoção à saúde, treinar adequadamente os profissionais, encaminhar a outros profissionais se necessário propor ações assistenciais individuais e em grupo e gerenciar os programas (BRASIL, 2006).

A intensidade das intervenções preventivas deve ser determinada pelo grau de risco cardiovascular estimado para cada indivíduo e não pelo valor de um determinado fator. Em termos práticos, costuma-se classificar os indivíduos em três níveis de risco – baixo, moderado e alto – para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores. Os eventos tradicionalmente computados incluem morte por causa vascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2006).

Hipertensão arterial e doenças cardiovasculares

O regime hipertensão persistente ao longo do tempo, mesmo em indivíduos assintomáticos, resulta em importante morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares. Resultam, principalmente, em duas formas de acometimento vascular degenerativo.

Primeiramente, aquelas diretamente associadas à hipertensão por si própria, podendo ser encaradas como complicações da história natural da doença hipertensiva. Estas complicações vasculares hipertensivas podem apresentar evolução fatal consequente à insuficiência renal, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral hemorrágico. Em outro plano, situam-se as alterações degenerativas do sistema vascular de natureza aterosclerótica que são agravadas ou aceleradas pela hipertensão arterial, particularmente, a doença arterial coronariana, pela sua elevada incidência (SIMÕES; SCHMIDT, 1996, p. 214).

Assim, a hipertensão constitui importante fator de risco para o desenvolvimento da doença aterosclerótica e na morbimortalidade cardiovascular, incluindo acidente vascular cerebral aterotrombóticas, doença cardíaca coronariana e doença arterial periférica, o que ocorre com frequência global duas a três vezes maior em hipertensos, quando comparados com normotensos da mesma idade (SIMÕES; SCHMIDT, 1996).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento da equipe, o que permitirá um trabalho sistematizado, organizado e com mais chances de sucesso.

➤ **Identificação do problema**

Após reunião com a equipe e alguns especialistas de apoio (clínico geral, nutricionista, assistente social, psicóloga e profissional de educação física), e utilizando o método de estimativa rápida, determinamos como principais problemas de saúde os seguintes:

- Baixo controle da hipertensão arterial
- Diabetes
- Alcoolismo
- Problemas correlacionados à saúde mental
- Uso de drogas ilícitas.
- Desinteresse dos pais em relação ao cuidado da infecção respiratória.
- Presença de verminoses

Levantamos alguns itens que influenciam nos problemas supracitados

- São provocados ou incrementados por fatores de risco que estão em torno ao indivíduo
- Baixo nível de conhecimento do indivíduo sobre a doença (fator muito importante para garantir o controle)
- Desinteresse do paciente em relação ao autocuidado.

➤ **Priorização do problema**

Foram atribuídos valores baixo, médio e alto em relação à importância do problema, foi avaliada também a urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), sendo o prioritário o alto número de pacientes hipertensos na área de abrangência (na grande maioria descompensados).

Quadro 2 - Priorização dos problemas de saúde na área de atuação da Equipe de Saúde da Família 1, no Centro de Saúde Milionários, Belo Horizonte- 2015

Principais Problemas	Importância	Urgência (0-10)	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixo controle da hipertensão arterial	Alta	9	Parcial	1
Desinteresse dos pais em relação ao cuidado da infecção respiratória.	Alta	7	Parcial	2
Diabetes	Alta	6	Parcial	2

Fonte: Autoria própria

➤ **Descrição do problema selecionado**

Assim o principal problema definido para realizar um trabalho de intervenção foi o baixo controle de hipertensão arterial. Ela foi o maior motivo de consulta entre os adultos e idosos atendidos pela Equipe de Saúde da Família1, durante o ano 2013. A equipe identifica hoje 414 hipertensos.

Há de se considerar que a hipertensão arterial sistêmica é importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais crônicas. E responsável por, pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronária, e em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Entre as pessoas idosas a hipertensão é uma doença prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A hipertensão já matou muitas pessoas em nosso planeta, diretamente ou por ser um dos principais fatores que aumentam o risco de doenças de coração, o acidente vascular cerebral, a doença renal e a retiniana. É uma causa frequente de morte e invalidez (BRASIL, 2007).

➤ **Explicação do problema**

A grande maioria dos hipertensos de nossa área de abrangência está usando cinco ou mais medicamentos, para uma ou outra doença. Os pacientes relataram que mesmo com o uso desses medicamentos a pressão arterial continuava elevada.

Quando fizemos a investigação relacionada a estilo de vida e hábitos de vida, muitos relatavam que continuavam sem mudança alguma. O que significa que mantinham seus hábitos alimentares com ingestão excessiva de sal, farinhas, massas e pouco usam de vegetais, legumes, frutas, verdura; também não praticavam atividade física: caminhadas, *liang gong*, hidroginástica, academia; aqueles tabagistas mantinham seu hábito e os alcoólatras também continuavam bebendo.

Todos concordavam numa questão, para eles o medicamento tinha que solucionar seu problema de saúde sem dar a menor importância ao resto. Por isso procuravam atendimento constantemente com a esperança de que o médico trocasse seu medicamento por outro melhor ou “mais forte” segundo eles.

➤ **Seleção dos “nós críticos”**

A identificação das causas de um problema é muito importante. Após avaliação detalhada, poderão ser identificadas várias causas, as que devem ser erradicadas para solucionar o problema principal e assim transformá-lo. Para

realizar essa análise utiliza-se o conceito de nó crítico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dias e Savassi (2007) apontam que para um problema ser considerado um nó crítico ele precisa ser capaz de mudar positivamente o vetor descritor do problema, ser politicamente oportuno e estar dentro da governabilidade dos atores envolvidos.

- Conhecimentos insuficientes dos pacientes sobre a doença.
- Ações em saúde insuficientes para prevenção.
- Estilos de vida inadequados.

➤ **Desenhos das operações para os “nós” críticos**

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) após a identificação e a explicação das causas do problema, parte-se para o próximo passo, que é a elaboração do plano de ação que encaminha estratégias e soluções para enfrentamento do problema. Assim faz-se necessário relatar as operações para o enfrentamento das causas identificadas como “nós críticos”. Após são identificados produtos e resultados para cada operação e, finalmente selecionar recursos indispensáveis para a implantação e implementação das operações.

Os quadros 3 a 6 descrevem o desenho das operações relativas a cada “Nó Crítico” do problema baixo controle da pressão arterial.

Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “baixo controle da pressão arterial na Unidade de Saúde Milionários, em Belo Horizonte, Minas Gerais”

Nó crítico 1	Conhecimentos insuficientes dos pacientes sobre a doença
Operação/	Aumentar o nível de informação dos participantes sobre a doença
Projeto	Saber +
Resultados esperados	População mais informada, aumento da percepção dos riscos e mais cooperativa com o tratamento.
Produtos esperados	Campanhas de promoção e prevenção sobre HAS. Maior motivação dos pacientes em participar nos grupos operativos Melhores níveis do conhecimento dos participantes da intervenção
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeiro e equipe multiprofissional/ Palestras sobre promoção e prevenção da HAS Médico/orientação na prescrição médica, aprofundar as informações dadas pelo enfermeiro e a equipe multiprofissional.
Recursos necessários	Cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> • Capacitação da Equipe • Organização do processo de trabalho • Conhecimentos científicos • Habilidades de comunicação dos membros da equipe organizacional Político: Apoio das instituições e organizações locais (imprensa, rádio). Mobilização social, articulação intersetorial. Financeiro: Aquisição de panfletos educativos e recursos audiovisuais
Recursos críticos	Político: conseguir divulgação em meios de comunicação mais usados pela população; Financeiro: Aquisição de materiais informativos
Controle dos recursos críticos / viabilidade	Atores que controlam: Equipe e Secretaria de Saúde Motivação: favorável
Ações estratégicas de motivação	Os atores estão motivados não há necessidade de utilizar estratégias de motivação.
Responsáveis por essas ações:	Médica, enfermeiro, NASF (nutricionista e educador físico), ACS e secretária de saúde.
Prazo	4 meses
Gestão do plano (acompanhamento e avaliação)	Coordenação: Médico da ESF, avaliação após seis meses de implementado.

Quadro 4 Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema baixo controle da pressão arterial na Unidade de Saúde Milionários, em Belo Horizonte, Minas Gerais”

Nó crítico 2	Ações em saúde insuficientes para a prevenção primária
Operação	Aumentar as ações de saúde para aumentar o controle da pressão arterial, retardar ou reduzir a prevalência de casos.
Projeto	Ação
Resultados esperados	Aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção de saúde em pacientes que comparecem às consultas agendadas.
Produtos esperados	Criar grupos operativos com pacientes que tem fatores de risco Programar na agenda atividades de prevenção e promoção de saúde Realizar palestras na sala de estar quando os pacientes aguardam pela consulta
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe/conseguir divulgação em meios de comunicação e o apoio de centros comunitários Secretario de saúde/Fornecimento de materiais informativos e audiovisuais
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento da equipe para trabalhar com esta população Organizacional: Organizar e planejar as atividades na agenda de trabalho
Recursos críticos	Político: conseguir divulgação em meios de comunicação; apoio dos centros comunitários. Financeiro: aquisição de materiais informativos e audiovisuais
Controle dos recursos críticos / viabilidade	Ator que controla: Equipe Motivação: favorável
Ações estratégicas de motivação	Não tem necessidade de utilizar ações estratégicas de motivação porque a equipe tem uma motivação favorável.
Responsáveis por essas ações:	Médica e enfermeiro Agentes Comunitárias de saúde
Prazo	Em andamento
Gestão do plano (acompanhamento e avaliação).	Médico da ESF, avaliação após seis meses do inicio do projeto.

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “baixo controle da pressão arterial na Unidade de Saúde Milionários, em Belo Horizonte, Minas Gerais”

Nó crítico 3	Estilos de vida inadequados.
Operação	Modificar estilos de vida inadequados
Projeto	Viver melhor
Resultados esperados	Diminuir número de pacientes com fatores de riscos modificáveis
Produtos esperados	Aumentar a realização de palestras, realizar caminhadas e as campanhas educativas da rádio local. Orientação alimentar.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde, família e comunidade, NASF (nutricionista e educador físico).
Recursos necessários	<p>Cognitivos: Conhecimento dos membros da equipe para fornecer informação sobre a Hipertensão</p> <p>Organizacional: Organizar as Caminhadas, discutir sobre a alimentação saudável.</p> <p>Político Apoio divulgativo dos setores e instituições (na imprensa e na rádio) Apoio para conseguir um espaço na rádio local</p>
Recursos críticos	<p>Organizacional: para organizar a estrutura de atendimento</p> <p>Financeiro: aquisição de materiais educativos e terapêuticos</p>
Controle dos recursos críticos / viabilidade	Ator que controla: Secretário de saúde Motivação: Favorável
Ações estratégicas de motivação	Não são necessárias
Responsáveis por essas ações:	Equipe de saúde da família e comunidade e outras instituições
Prazo	Seis meses
Gestão do plano (acompanhamento e avaliação).	Reavaliações mensais (ESF e NASF)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a atenção básica ou atenção primária à saúde, configura-se como porta de entrada do usuário para ações de promoção à saúde e prevenção, a mesma constitui também como uma forma de proporcionar melhorias no bem estar das pessoas além de proporcionar o conhecimento das doenças decorrentes na população adscrita em seu território.

O presente trabalho teve como proposta de intervenção realizar um plano de ação para aumentar o controle da hipertensão na equipe 1, no Centro de Saúde Milionários em Belo Horizonte.

A modificação dos estilos de vida e adesão ao tratamento constituem os maiores desafios para os profissionais da saúde no controle da hipertensão arterial. Adesão é, por tanto, um processo colaborativo que facilita a aceitação e uma integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo.

Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como a inadequação da relação médico-paciente, o desconhecimento das características da doença e a sua cronicidade, hábitos de vida e uso errôneos de medicamentos. Com base na revisão de literatura e no plano de intervenção proposto, além de outros agravos que estão presentes no cotidiano dessa unidade de saúde, conclui-se que:

- É imprescindível conhecer a área de abrangência de atuação onde a unidade de saúde está inserida, pois desta forma é mais fácil se planejar as ações quando se conhece a realidade de determinada população.
- Todos os profissionais de saúde que compõe a equipe devem, juntamente com os usuários, mobilizar-se para que a implantação do plano de intervenção proposto consiga resultados positivos e efetivos.
- A implantação do projeto de intervenção proposto deverá aumentar o conhecimento dos usuários hipertensos em relação à doença, riscos, hábitos de vida saudáveis para ajudar no controle.
- É necessário aumentar o nível de informação da comunidade em geral sobre a atuação da Unidade Básica de Saúde e as atividades que ela oferece.

- É imprescindível que, com a conscientização dos profissionais da saúde e a incorporação desses cuidados, possa haver uma melhora na qualidade de vida da população adscrita.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A., et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xjcw9/pdf/assis-9788523208776.pdf>_ Acesso em 25 out. 2015.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular**. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/atadulto/protocolo_hipertensao_web.pdf. Acesso em: 2 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica **Programa Saúde da Família**. Educação Permanente (Cadernos de Atenção Básica n.3.). Brasília, Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03_educacao.pdf. Acesso em: 25 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília; Ministério da Saúde; 2006. 53 p. tab. (Cadernos de Atenção Básica; n.15). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf. Acesso em: 28 set.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica**. Brasília; Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica; n.14). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica14.pdf. Acesso em: 25 set. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE. Cidades@Minas Gerais. Coronel. Fabriciano.** Brasília [online], 2015 a. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311940&search=minasgerais|coronelfabriciano|infograficos:informacoescompletas>. Acesso em: 25 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).** Brasília, [online]2015b. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2015.htm> Acesso em: 18 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenc_a_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 21 mar. 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacaodas_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 2 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/registo/Modulo/3>. Acesso em: 8 abr.2015.

FARAH, B.F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS.** v.6, n.2, p.p.123125, jul./dez.2003. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf> Acesso em: 30 out.2015.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde.** NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4345.pdf>. Acesso em: 8 abr.2015.

GONDIM, Territorialização em saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz,p.32,2012. Disponível em: <Http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>. Acesso em: 30 out.2015.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24>. Acesso em: 30 out. 2015.

PEREIRA, A.F. *et al.* Protocolo de hipertensão arterial/risco cardiovascular. Belo Horizonte: PRODABEL, 2011. Disponível em: http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/doc_download/2523-044-hipertensao-arterial-sistemica Acesso em: 30 out. 2015.

ROSARIO, T.M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Cardiol** 2009; 93(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/18.pdf>. Acesso em 18 nov. 2015.

SIMÕES; SCHMIDT A. Hipertensão arterial como fator de risco para doenças cardiovasculares. **Medicina**, Ribeirão Preto, 29: 214219, abr./set. 1996.

Disponível em:

http://revista.fmrp.usp.br/1996/vol29n2e3/hipertensao_arterial_como_fator_de_risco.pdf. Acesso em 23 set. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** Vol. 95 no. 1 supl.1 São Paulo 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2010001700001. Acesso em: 21 mar. 2015.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica á Saúde**. Tecnologias para abordagem do individuo, família e comunidade. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte. Ed. UFMG, 2009.

WIKIPEDIA. **Belo Horizonte**. 2005, online. Disponível em:

https://pt.wikipedia.org/wiki/Belo_Horizonte. Acesso em: 31 out. 2015.