

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ISAYDA PAEZ PENA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR OS FATORES DE
RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF SÃO FRANCISCO-
CAMPO BELO/ MINAS GERAIS**

CAMPO BELO/ MG
2016

ISAYDA PAEZ PENA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR OS FATORES DE
RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF SÃO FRANCISCO-
CAMPO BELO/MINAS GERAIS**

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

Orientador(a): Prof. Me. **Grace Kelly Naves de Aquino Favarato**

CAMPO BELO- MINAS GERAIS
2016

ISAYDA PAEZ PENA

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR OS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF SÃO FRANCISCO-CAMPO BELO/ MINAS GERAIS

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(a): Prof. Me. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato

BANCA EXAMINADORA

Prof^a.Me. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato- Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM- Orientadora

Prof^a Dra. Regina Maura Rezende- Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM- Examinadora

Aprovado em Uberaba em: 21 / 03 / 2016

RESUMO

As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com a elevação da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com hipertensão deve ser uma das prioridades da Atenção Básica, partindo do princípio de que o diagnóstico precoce, o controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para redução dos eventos cardiovasculares adversos. Este trabalho propõe a criação de um plano de intervenção a ser aplicado pela Estratégia de Saúde da família São Francisco, Campo Belo, em Minas Gerais. Com o objetivo de modificar os fatores de risco responsáveis pela hipertensão e enfrentar um problema de saúde muito importante e de grande repercussão na população brasileira. Para abordagem dos pacientes será feito o cadastramento e a estratificações de risco cardiovascular pelo escore de Framingham, seguida de abordagem direcionada com agendamento de consulta conforme prioridades. A partir da implementação da adesão da população as mudança de estilo de vida, uso correto das medicações e o estímulo à autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde, será proporcionada melhorias na qualidade de vida. Esse projeto pretende contribuir de forma significativa a fim de melhorar as condições de saúde e de vida da população da área de abrangência da ESF São Francisco.

Palavras-chaves: hipertensão, fatores de risco, atenção primaria de saúde.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are major causes of morbidity and mortality and generate high economic costs, and increase progressively with increasing blood pressure. Proper management of patients with hypertension should be a priority for Primary Care, based on the principle that early diagnosis, control and proper treatment of this disease are essential for reducing adverse cardiovascular events. This paper proposes the creation of an action plan to be implemented by Family Health Strategy San Francisco, Campo Belo, Minas Gerais. Aiming to modify the risk factors responsible for hypertension and face a major health problem of great impact on the population. For management of patients will be the registration and the stratification of cardiovascular risk by Framingham score, followed by targeted approach to consultation schedule as priorities. From the population of the accession of implementing the change in lifestyle, proper use of medications and encouraging the autonomy of the subjects in relation to their state of health, will be provided improvements in quality of life. This project aims to contribute significantly to improve the health and lives of the people of San Francisco FHS coverage area.

Keywords: hypertension, risk factors, primary attention to health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- APS** - Atenção Primária de Saúde
- ASB** - Assistente de Saúde Bucal
- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- AVE**-Acidente Vascular Encefálico
- CEO**-Centro de especialidades Odontológicas
- DRC** - Doença Renal Crônica
- DCNT** - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DIEESE**- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
- ESF** - Equipe Saúde da Família
- ESF** - Estratégia de Saúde da Família
- FR** - Fatores de Risco
- HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica
- IAM** - Infarto Agudo do Miocárdio
- IC** – Insuficiência Cardíaca
- IDH**-Índice de Desenvolvimento Humano
- IDEB**- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- PA** - Pressão Arterial
- PAD**-Pressão Arterial Diastólica
- PAS**-Pressão Arterial Sistólica
- PES** - Planejamento Estratégico Situacional
- SCIELO** -*Scientific Electronic Library on Line*
- SBH** - Sociedade Brasileira de Hipertensão
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- SMS**-Sistema Municipal Saúde
- TSB** - Técnica de Saúde Bucal
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- UFMG** - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVO	13
4 MÉTODOLOGIA	14
5 REVISÕES DA LITERATURA	15
6 PLANO DE AÇÃO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Campo Belo situa a 210 quilômetros da capital de Minas Gerais, Belo Horizonte, na região centro do estado. Está localizada a uma altitude de 945 metros e tem uma área de 526, 753 km². De acordo com o censo realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística), sua população é de 53.656 habitantes (densidade demográfica: 97,79 hab./km²). A origem de Campo Belo encontra-se entre o final do século XVI, quando por aqui andou o bandeirante Lourenço Castanho, perseguindo os ferozes índios Cataguases, data em que se deu o início da civilização nestas terras. Acredita-se que o local servia de pouso para os viajantes, pela proximidade com a Estrada Real. (CAMPO BELO 2015).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,776. A taxa de urbanização é de 92,7%, de abastecimento de água é de 97,13% e de recolhimento de esgoto por rede pública é de 96,87% e a renda média familiar é de 690 reais. A economia é variada e o município vem se destacando nos últimos anos como um pólo de indústrias têxteis, contando com várias empresas nesse setor. Na agricultura destacam-se o café, o milho, o feijão e o arroz; na pecuária praticamente todos os produtos derivados do gado tem grande expressão, como o leite (laticínios), carne (frigoríficos) e couro (curtumes). A indústria de base e o ramo da mineração são outros segmentos de destaque sendo que este último deve-se à presença de granitos, argilas e calcário. A indústria cerâmica também tem presença importante na economia. O setor de serviços é bastante diversificado, com grandes lojas, redes de eletrodomésticos, panificadoras, colégios e faculdades. Maiores informações podem ser encontradas nas páginas da prefeitura do município (CAMPO BELO, 2015).

Tabela 01: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de faixa etária

Município: Campo Belo									
Total da população: 49.378									
Nº de indivíduos	>1	1-4	5-9	10-14	15-19-	20-39	40-59	60 e+	Total
Área Urbana	341	2155	2.788	3.175	3.593	14.821	12.651	8.213	47.737
Área Rural	13	67	119	129	137	538	635	435	2.073
Total	354	2.222	2.907	3.304	3.730	15.359	13.286	8.648	49.810

Fonte: SIAB (2014)

Campo Belo tem uma taxa de crescimento anual de 0,991 e densidade demográfica de 91,96%, com uma taxa de escolarização na faixa etária de 7-14 anos de 85,50%, e mais de 15 anos e alfabetizados 95,21%. O percentual de moradores abaixo da linha de pobreza é de 1.53. A população usuária da assistência à saúde no SUS é de 95.86% (CAMPO BELO 2015).

O Programa Saúde da Família de Campo Belo tem um total de 17 equipes, sendo 16 na área urbana e uma na zona rural. A saúde bucal também tem cobertura total na área urbana com 16 dentistas e 16 auxiliares de saúde bucal. Há três equipes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) que se constitui como um dispositivo estratégico para melhoria da qualidade da Atenção Básica de saúde. É uma equipe, com profissionais de diferentes áreas quem atuam com os profissionais das equipes de saúde da família, como o Assistente Social, o Fisioterapeuta, o Nutricionista, o Profissional de Educação Física, o Farmacêutico e o Psicológico. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) conta com sete dentistas e sete auxiliar de saúde bucal. O município possui dois hospitais com CTI, clínicas, tomografia computadorizada, farmácias e várias unidades do programa saúde da família.

Sistema de Referência e Contra referência: a equipe não tem problema com a referência para os demais níveis assistenciais já que o município possui atendimento na policlínica de muitas especialidades médicas, sendo poucos os casos encaminhados por TFD (Tratamentos Fora do Domicilio) em outras cidades. A contra referencia não e feita ainda, não existe interrelação entre atenção básica de saúde, a policlínica, o pronto atendimento e hospital.

A equipe de saúde onde o trabalho esta sendo desenvolvido é composto por 12 pessoas dentre elas sete ACS (Agentes Comunitários de Saúde), uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, um médico, um dentista e um auxiliar de saúde bucal. O horário de trabalho é de 07:00h até 11:00h e de 13:00h ate 17:00h.

Tabela 02 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família São Francisco, município de Campo Belo.

	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	26-39	40-59	60 e +	Total
Área urbana	14	104	136	192	265	466	489	950	901	3.517
Área rural										
Total	14	104	136	192	265	466	489	950	901	3.517

Fonte: SIAB (2014)

Os principais problemas de saúde encontrados pela ESF São Francisco não se afastam muito da realidade do país. A hipertensão arterial e doenças cardiovasculares somam aproximadamente 80% das doenças crônicas não transmissíveis, atribuindo-se 60% das causas de óbitos e incapacidade físico-motora, segundo a observação ativa feita e os registros existentes no posto de saúde. Além disso, foram levantados muitos fatores de risco associados e sobre os quais o trabalho será desenvolvido a fim de modificar e obter resultados positivos na conquista da saúde da comunidade, a família e o indivíduo.

A hipertensão arterial é o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidentes vasculares encefálicos (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal no Brasil. É responsável por 25 a 40% da etiologia multifatorial das cardiopatias isquêmicas e dos acidentes vasculares cerebrais. Essa multiplicidade de consequências coloca a HA na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, se caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos brasileiros. Além disso, essa doença é considerada a primeira causa de hospitalização no setor público entre 1996 e 1999 e responsável por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 a 59 anos e 29 % daqueles com 60 ou mais anos (AZEREDO *et al.*,2006).

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos podem

produzir a doença. Estudos demonstram redução da morbidade cardiovascular com o tratamento de hipertensão arterial. Diretrizes de serviços preventivos nos Estados Unidos (EUA) e Canadá recomendam rastreamento sistêmico da hipertensão em adultos e relatam os benefícios do tratamento acerca da doença (AZEREDO *et al.*, 2006).

Este projeto visa atualizar conhecimentos técnicos sobre como modificar fatores de risco da hipertensão arterial de acordo com dados mais recentes da literatura, sugerindo estratégias de conduta e serem seguidas pela atenção básica de saúde como um trabalho integrado com a comunidade, reduzindo assim os fatores de risco modificáveis e acarretando melhora na qualidade de vida de hipertensos e não hipertensos.

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se justifica pelo elevado número de pacientes hipertensos sem tratamento medicamentoso e com dieta inadequada. Os problemas da unidade foram selecionados a partir da observação situacional e também da análise dos dados disponíveis a partir das fichas de produção diária e mensal.

A classificação das prioridades foi feita a partir de análises da falta de controle dos pacientes hipertensos, tendo como principal causa falta de adesão as mudanças de estilo de vida, a irregularidade no uso da medicação, negligência em relação aos exames de controle e ausência as consultas periódicas. Na área de estudo são frequentes os casos de pacientes com de descompensação aguda dos níveis de PA, o que sobrecarrega a demanda espontânea.

Dessa forma, devido à alta prevalência de HAS na população e a o evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhoras das condições de saúde e de vida da população adstrita, reduza a morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares e os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para modificar os fatores de riscos responsáveis pela descompensação dos pacientes hipertensos na área da ESF São Francisco, no município Campo Belo, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional de saúde através do método de Estimativa Rápida. Realizou-se tal diagnóstico para identificar os problemas relativos à comunidade da área adstrita a ESF Campo Belo. Através das visitas domiciliares, consultas feitas no consultório da unidade e observação ativa foi possível saber sobre os principais problemas e priorizar os de maior relevância. Foram coletados dados pela equipe de saúde referentes à saúde da população, condições sócias econômicas, condições de moradia e saneamento básico dos hipertensos cadastrados. Em seguida, foram levantadas as principais dificuldades vivenciadas pela equipe no dia a dia ao prestar assistência aos hipertensos. Para elaboração da proposta de ação contou-se com enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Para a fundamentação teórica do presente trabalho, realizou-se revisão de literatura através de levantamento bibliográfico de textos, livros, manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde e artigos científicos publicados no período de 1989 a 2014 nos seguintes bancos de dados: Google Acadêmico, LILACS, MEDLINE, utilizando os descritores de modo isolado ou em associação: atenção primária a saúde, fatores de risco, hipertensão.

Posteriormente à realização do diagnóstico situacional e revisão de literatura iniciou-se a construção do plano de ação por meio do PES. Em reuniões de equipe, foram verificados os problemas mais comuns na comunidade e em seguida priorizou-se o problema – hipertensão arterial - a partir da sua importância e da capacidade de enfrentamento da equipe. Através da identificação de suas causas, foram identificados os nós críticos necessários para impactá-lo e transformá-lo. A partir desse detalhamento, iniciou-se o planejamento para operacionalização das estratégias de enfrentamento. A viabilidade do projeto foi avaliada e os prazos e responsáveis escolhidos

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A Problemática da Hipertensão Arterial Sistêmica.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo, sendo a HAS o principal fator de risco. Apesar do reconhecimento da HAS como um problema de saúde pública, seu controle adequado esta longe de ser alcançado. Em um estudo brasileiro feito no Rio Grande do Sul, foram avaliados 918 pacientes, dos quais apenas 50,8% sabiam ser hipertensos e menos de 11% estavam sob controle adequado da PA (FERREIRA *et al.*,2011).

A HAS é uma doença crônica não transmissível muito prevalente no mundo e acometendo um terço da população, podendo aparecer em qualquer época da vida, sendo mais comum na gestação, população adulta e idosa. Nos últimos anos, o número de hipertensos tem aumentado progressivamente devido ao aumento dos fatores risco como obesidade, sedentarismo, maus hábitos alimentares e (PINHEIRO *et al.*, 2009).

5.2 Definindo a HAS

A HAS é uma condição clinica multifatorial caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. É geralmente acompanhada por outras alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rim, vasos sanguíneos e olhos), com aumento do risco de eventos cardiovasculares. Quando associada à Diabetes Mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as consequências das lesões nos órgãos alvo podem ser mais graves (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.3 Classificações dos Valores da Pressão Arterial

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. A medição da PA deve ser realizada em todas as consultas pelo médico de qualquer especialidade e demais profissionais de saúdes (DUARTE, 2014).

Tabela 02: Classificação da hipertensão arterial.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 – 89
Hipertensão Estágio 1	140 - 159	90 – 99
Hipertensão Estágio 2	160 - 179	100 – 109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Arterial Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: SBC (2010).

5.4 Sintomas da Hipertensão Arterial

Um dos grandes problemas da hipertensão é o fato desta ser assintomática até em fases mais avançadas da doença, não existindo um sintoma típico que possa servir de alarme para estimular a procura por um médico. Os sintomas mais comuns que costumam aparecer quando a pressão está muito alta são: dor no peito, cefaleia, tontura, cansaço, dor no pescoço, dor nos olhos, visão embaçada, palpitações, zumbido no ouvido e desmaio (PINHEIRO *et al.*, 2009).

5.5 Etiologias da HAS

A hipertensão arterial pode ser classificada pela etiologia. Acredita-se que 95 a 99% dos casos tratam-se de hipertensão essencial ou primária, para a qual não existe causa orgânica evidente, sendo os principais fatores de risco a obesidade, elevado consumo de álcool e sal, sedentarismo, colesterol alto, etnia negra, tabagismo, Diabetes Mellitus, doença das glândulas suprarrenais. Para a hipertensão secundária a causa pode ser identificável, sendo as doenças renais a causa mais comum. Outras etiologias são a administração de drogas contraceptivas orais, hormônio da suprarrenal, gestação, doenças cardiovasculares, como coarctação da aorta (PINHEIRO *et al.*, 2009).

5.6 Tratamentos não farmacológicos para HAS

A hipertensão não tem cura, mas tem tratamento para ser controlada. Somente o médico poderá determinar o melhor método para cada paciente, que depende das morbidades e medidas da pressão. É importante ressaltar que o tratamento para hipertensão nem sempre significa o uso dos medicamentos, mas se estes forem indicados, os pacientes devem aderir ao tratamento e continuar mesmo que esteja se sentindo bem. Mas mesmo para quem faz uso de medicação é imprescindível adotar um estilo de vida saudável e uma alimentação saudável. Uma mudança de comportamento pode significar o controle e prevenção desta doença.

Portanto, deve-se:

- Evitar ou diminuir drasticamente a quantidade de cigarros por dia.
- Diminuir o estresse.
- Reduzir o excesso de peso.
- Diminuir o consumo de sal.
- Não tomar mais do que dois copos de bebida alcoólica por dia.
- Praticar atividade física.
- Não fazer uso de drogas ilícitas.
- Aumentar a ingestão de fibra.
- Uso de suplemento de potássio, cálcio e magnésio.
- Controle da dislipidemia.

Dar preferência a frutas, vegetais, sopas, aves, peixe, leite e seus derivados semidesnatados. Uma ótima maneira de diminuir a quantidade de sal e de sódio na alimentação é passar a utilizar mais ervas aromáticas e especiarias, adaptando o paladar a estes novos e saudáveis sabores. Além disso, sugere-se retirar o saleiro de cima da mesa.

A redução da pressão arterial com essas mudanças costuma ser pequena e, dificilmente uma pessoa com níveis pressóricos muito altos (maior que 160/100 mmHg) atinge o controle da PA sem a ajuda dos remédios. Todavia, nas hipertensões leves, há casos em que apenas com controle do peso, dieta apropriada e prática regular de exercícios se conseguiram o controle da pressão arterial. O

problema é que a maioria dos pacientes não aceita mudanças nos hábitos de vida e acabam tendo que tomar medicamentos para controlar a pressão.

Aqueles pacientes que já chegam ao médico com pressão alta e sinais de lesão de algum órgão alvo devem iniciar tratamento medicamentoso logo, uma vez que, o fato indica hipertensão de longa data. Obviamente, as mudanças de estilo de vida também estão indicadas neste grupo.

5.7 Tratamentos farmacológicos da Hipertensão Arterial

O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. Os medicamentos anti-hipertensivos mais eficazes como monoterapia inicial são diuréticos, betas bloqueadores, antagonistas de cálcio e inibidores da enzima conversora de angiotensina. O mecanismo hipotensor do diurético está relacionado, numa primeira fase, a depleção de volume e a seguir uma redução da resistência periférica vascular. São eficazes como monoterapia e tem indicação preferencial para hipertensos da raça negra, idosos e obesos – diuréticos tiazídicos. Diuréticos de alça são reservados para situações de hipertensão associada à insuficiência renal e cardíaca. Diuréticos poupadores de potássio apresenta pequena potência diurética, sendo importantes na prevenção de hipopotassemia quando associados a tiazidicos e diuréticos de alça (II CONSELHO BRASILEIRO DE HIPERTENSAO ARTERIAL, 1999).

Os Betabloqueadores podem ser utilizados como monoterapia ou associados a outros anti-hipertensivos e são particularmente indicados no tratamento de hipertensos jovens. Constituem a primeira opção de HAS associada a doenças coronarianas ou arrítmicas. Os antagonistas do cálcio são eficazes como monoterapia ou associados a outros anti-hipertensivos. Como monoterapia e em associação, os inibidores da enzima conversora de angiotensina são eficazes e tem indicação preferencial para hipertensão associada ao diabetes mellitus e insuficiência cardíaca (II CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSAO ARTERIAL, 1999).

O tratamento das crises hipertensivas vai depender se o caso é de urgência ou emergência hipertensiva. Se for determinado que seja uma emergência, o tratamento deve ser realizado com agentes anti- hipertensivos parenterais, administrados em um pronto atendimento, de preferência com um suporte de

unidade de terapia intensiva. Quando se trata de uma urgência hipertensiva, pode ser utilizada medicação via oral, lembrando que os níveis pressóricos ideais devem ser alcançados em 24 a 48h (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA , 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

“Epidemiologicamente tem sido demonstrado que a pressão arterial elevada (hipertensão) aumenta com a idade (cerca de 60-70% da população 70 anos é hipertensa).É a doença não transmissível mais prevalente na população adulta, sendo um fator de risco significativo para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares” (BRASIL ,2009, p . 48).

Para realização do plano de ação foi utilizado como referencial teórico o material do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, do NESCON/UFMG. Mediante diagnóstico situacional prévio, realizado junto à equipe, como uma das tarefas previstas no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, foi feita uma avaliação dos principais problemas levantados pela equipe e pela comunidade.

A proposta foi elaborada levando em conta que a equipe multiprofissional é fundamental nas ações para lograr uma intervenção eficaz para modificar os fatores de riscos responsáveis pela de compensação dos pacientes hipertensos na área de saúde.

6.1 Problemas identificados.

- 1- Risco aumentado de hipertensão arterial.
- 2-Alto consumo de álcool e droga.
- 3- Alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos.
- 4-Prática de polifarmacoterapia.
- 5-Alto índice de stress,sedentarismo,obesidade.

6.2 Priorizações do Problema

Após reunião com a equipe foram elencados os problemas de maior relevância, tendo sido escolhido o que estava gerando maior impacto social na comunidade.

Em seguida, utilizando a metodologia da estimativa rápida criou-se planilha em que os seis principais problemas foram identificados e selecionados quanto à prioridade, da seguinte forma:

- Atribui-se valor “alto, médio, baixo” para a importância do problema;
- Distribuem-se pontos de acordo com sua urgência;
- Definiu-se a resolução do problema está dentro, fora, ou parcialmente dentro do espaço de governabilidade da equipe;
- Numeraram-se os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios acima relacionados (Tabela 3).

Tabela 03: priorização dos problemas.

<u>Priorização dos Problemas</u>				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/prioridade
- Risco aumentado de hipertensão arterial	Alta	5	Parcial	1º
-Alto consumo de álcool e droga	Alta	4	Parcial	2
- Alto consomem de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	4	Parcial	3
-Pratica de polifarmacoterapia	Alta	3	Parcial	4
Alto índice de estresse, sedentarismo, obesidade	Alta	4	Parcial	5

Fonte: Autoria Própria (2015).

O problema priorizado foi risco aumentado da hipertensão arterial pois, obteve a maior pontuação nos critérios de urgência e importância, tendo em vista crescente demanda desta população que busca o atendimento na UBS São Francisco. Foi observado também que a equipe precisaria se capacitar e ter apoio junto aos órgãos responsáveis (Secretaria de Saúde) devido importância do problema, afim de, criar planos de intervenção eficazes para diminuir os riscos da hipertensão.

6.3 Descrições do problema escolhido

A hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica, em pelo menos duas aferições subseqüentes obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. Quase sempre, acompanham esses achados lesões em órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa, não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações (CARVALHO *et al.*, 2013).

A HAS representa grave problema de saúde pública no Brasil, não só pela elevada prevalência — cerca de 20% da população adulta — como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento (CARVALHO *et al.*, 2013).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (CIPULLO *et al.*, 2010).

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção (CIPULLO *et al.*, 2010).

Esta está associada a fatores de risco não modificáveis como idade, sexo, etnia/raça e hereditariedade, e a fatores de risco modificáveis clínicos quanto comportamentais e nutricionais. (Salomão, *et.al.* 2013).

6.4 Seleções dos Nós Críticos

O nó crítico é definido como um tipo de causa de um problema que, quando é modificada é capaz de gerar impacto no problema e transformá-lo. A causa geradora das grandes quantidades de hipertensos em nossa área de abrangência é:

- 1- Processo de trabalho da equipe de saúde
- 2- Níveis de informação da população
- 3- Costumes, hábitos e estilos de vida da população.
- 4- Políticas sociais e estruturas dos serviços básicos de saúde e educação.

Tabela 04- O desenho das operações para os “nós” críticos da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Não crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos necessários
Processo de trabalho da equipe de saúde	+ saúde / Formação de uma equipe multidisciplinar, incluindo médico, enfermeiras, agentes comunitárias, nutricionista e preparador físico.	Melhorar a qualidade do acompanhamento	Linha de Cuidado para risco de H.A. S Protocolos implantados; recursos. Humanos capacitados;	Equipe de saúde completa e NASF
Níveis de informação da população	Saber +/- Aumentar níveis de informação acerca da doença	População melhor informada, com mais conhecimentos.	Programa de palestras, programa campanha na radio local sobre HAS.	Cartazes, meios audiovisuais, cadernetas, meios de difusão como a radio local.
Costumes, hábitos e estilos de vida da população.	Cuidar +/- Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir as complicações, melhorar autocuidado.	Melhoras dos estilos de vida	Grupos operativos de hipertensos, palestras, NASF.
Políticas sociais e estruturas dos serviços básicos de saúde e educação.	+ saúde, cuidar+	Proporcionar um esquema de atenção que seja efetivo e de baixo custo	Tratamento dos casos, diagnóstico precoce de complicações, atendimento de urgências e medidas preventivas.	Disponibilidade dos medicamentos examine complementares, acanhamento com especialistas, facilidade de transporte.

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.5 Desenhos das operações

A partir da explicação do problema é que será elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal.

6.6 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações

Tabela 05- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Operação /projeto	
+ saúde	Financeiro > adquirir folhetos educativos, meios audiovisuais. Cognitivo
Viver melhor	Financeiro> estrutura física Humanos> professores, Cognitivos
Cuidar +	Financeiro>meios audiovisuais, folhetos educativos. Cognitivos
Saber +	Financeiro> meios audiovisuais, folhetos educativos. Cognitivos

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.7 Propostas de Ações para a Motivação dos Atores.

Tabela 6 - Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	Ação estratégica
		Ator que controla/motivação	
+ saúde	Cognitivo	Medico/favorável	Não necessária
Viver melhor	Cognitivo	Medico/favorável	Não necessária
Cuidar +	Cognitivo	Medico/favorável	Não necessária
Saber +	Cognitivo	Medico /favorável	Não necessária

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.8 Propostas de Intervenção.

Tabela 07 - Plano Operativo.

Operações	Resultado	Pró-endemias e	Ações	Responsável	Prazo
-----------	-----------	----------------	-------	-------------	-------

		epidemias adultas	estratégicas		
+ saúde	Alimentação saudável	Correta alimentação	Palestras com nutricionista	Médica, nutricionista	Maio. 2015 ate agosto 2015
Viver melhor	Modificar estilo vida	Diminuir numera de sedentários	Realizar exercesse físico	Médica, Profissional educação física	Maio. 2015 ate agosto 2015
Cuidar +	Índice baixo de complicações	Diminuir incidência das complicações	Palestras com medica	Médica	Maio. 2015 ate agosto 2015
Saber +	População com maior níveis de conhecimento e informação	Avaliar níveis de conhecimentos e informação da população	Palestra grupos operativos	Médica	Maio. 2015 ate agosto 2015

Fonte: Aatoria Própria (2015).

Tabela 08 - Planilha para acompanhamento de projetos.

Operação + Saúde

Coordenação: Isayda Paez Pena, avaliação após maio.

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual justificativa	Novo prazo
Processo de trabalho da equipe de saúde	Medico, equipe de saúde.	Maio	Não iniciado	
Níveis de informação da população	Medico, equipe de saúde.	Maio	Não iniciado	
Costumes, hábitos e estilos de vida da população.	Medico, equipe de saúde.	Maio	Não iniciado	
Políticas sociais e estruturas dos serviços básicos de saúde e educação	Medico, equipe de saúde.	Maio	Não iniciado	

Fonte: Aatoria Própria (2015).

6.10 Gestões do Plano de Ação

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos no menor tempo possível.

O sistema de gestão deve garantir, além disso, a eficiente utilização dos recursos, com plena comunicação entre os planejadores e executores. Tem que ser

observado se o prazo foi cumprido e com integrantes da equipe participando como foi determinado.

É importante saber qual é o estado de satisfação da população com as mudanças e se tem alguma nova sugestão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial vem se destacando como uma doença no mundo moderno e de acordo com o desenvolvimento deste, as doenças se incrementa nos dias atuais e vem se tornando um grande problema de saúde tanto nos países desenvolvidos como naqueles em via de desenvolvimento.

Durante as etapas de elaboração da proposta, a equipe realizou um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência, e permitiu refletir sobre como seu processo de trabalho pode ser melhorado a fim de buscar uma solução para tais problemas.

O estudo permite ajudar a população que não percebe sua saúde afetada, para ensinar a conhecer as medidas preventivas e possam evitar complicações, além disso, permite fazer mudanças para melhorar qualidade de vida de grupos vulneráveis e brindar todo o apoio dos profissionais da saúde para educar a população e possam ter melhor qualidade de vida. Contribuir para a prevenção e controle da hipertensão arterial, através da implementação de ações mais efetivas nas atividades educativas, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença.

A utilização do planejamento estratégico situacional permitiu a formulações propostas baseadas em evidencias e com grande chance de serem resolutivas. A elaboração do plano de intervenção foi de muita importância para poder traçar metas e ações e serem executados por uma equipe multiprofissional proporcionando um atendimento humanizado aos usuários com a finalidade de melhorar sua qualidade de vida.

Alcançar um atendimento de qualidade aos portadores com abrangência expressiva significaria proporcionar à população uma assistência à saúde digna. Se essa atenção se estendesse cada vez mais, os gastos públicos com internações prolongadas, tratamentos de emergência e aposentadorias precoces seriam reduzidos significativamente e os benefícios à saúde pública, mesmo que em longo prazo, seriam inúmeros.

Nesta forma, a equipe pretende enfrentar os nós críticos identificados no diagnóstico situacional, e garantir melhor estilo de vida para os pacientes da área de abrangência.

REFERÊNCIAS

AZEREDO, V.M. *et al.* Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.15 n.1 Brasília mar. 2006 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000100003> Acesso em 12/06/2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Prevalência da hipertensão arterial segundo Região no período. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g02.def>. Acesso em: março de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Regional de Doenças Crônico-Degenerativas. Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: março de 2015.

BRASIL. Hipertensão Arterial. Caderno de Atenção Básica n.15. Brasília – DF. 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acesso em: 12/12/2014

CECILIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégica aplicada ao setor governamental In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. p. 151-167.

CARVALHO, M, V.; *et.al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. Sociedade Brasileira de Cardiologia, São Paulo, V. 100, n.2, p. 164-174. 2013.

CIPULLO, J. P.; *et.al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, v. 94, n.4. Abr. 2

LEWINGTON S, CLARKE R, QIZILBASH N, PETO R, COLLINS R. For the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to

vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360:1903–13

DUARTE, O.O. *et. al.* tratamento ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica – revisão de literatura. *Revista UNINGÁ*. Vol.17,n.2,pp.22-29 (Jan – Mar 2014), 2014. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140129_171620.pdf. Acesso em: 05/01/2015.

FERREIRA, P. *et.al.* Protocolo de hipertensão arterial / risco cardiovascular. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do. Acesso em: 04/01/2015

II Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Endocrinol Metab*, vol.43 no.4 São Paulo Aug. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004. Acesso em: 18/02/2015.

Ministério da Saúde. URL:<http://www.datasus.gov>. Acessado em 17 de março 2015.

Portal Campo Belo www.portalcampobelo.com.br/. Acesso em 02 março 2015.

PINHEIRO, P. Hipertensão Arterial: sintomas, causas e tratamento. MD. Disponível em <http://www.mdsaude.com/2009/02/sintomas-e-tratamento-da-hipertensao.html>. Acesso em: 15/06/2015

REUTER, E. M. *et al.* Obesidade e hipertensão arterial em escolares de Santa Cruz do Sul - RS, Brasil *Revista da Associação Médica Brasileira*. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.58 no. 6 São Paulo Nov./Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-> Acesso em: 05/01/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz>. Acesso em: 11/06/2015.

SILVA, Jorge Luis Lima; SOUZA, Solange Lourdes de - Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br. Acesso em 04 junho 2015.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série G. **Estatística e Informação em Saúde**. Brasília-DF 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_atencao_basica_sia_b2006_p1.pdf. Acesso em: 10/02/2015.

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003; 289(19):2560-72.

