

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

KIRENIA MILANES GUERRERO

**MEDIDAS PARA DIMINUIR A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA
DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ELIAS DE
MORAIS NO MUNICÍPIO DE MONTE CARMELO-MINAS GERAIS.**

MONTE CARMELO-MG

2015

KIRENIA MILANES GUERRERO

**MEDIDAS PARA DIMINUIR A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA
DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ELIAS DE
MORAIS NO MUNICÍPIO DE MONTE CARMELO-MINAS GERAIS.**

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

Orientador: Prof^a. Aline Cristina Souza da Silva

**MONTE CARMELO-MG
2015**

KIRENIA MILANES GUERRERO

**MEDIDAS PARA DIMINUIR A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA
DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ELIAS DE
MORAIS NO MUNICÍPIO DE MONTE CARMELO-MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Profª. Aline Cristina Souza da Silva-orientadora

Profª. Judete Silva Nunes-examinadora

Aprovado em Uberaba, em de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho e minha mãe que sempre acreditam em mim e dão muito apoio em cada momento de minha vida. Obrigada!

"A medicina e o arte de prevenir e sarar as doenças".

Giselle Celeste Cardos

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, de origem multifatorial considerada no Brasil como um problema de saúde pública. Ela é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmhg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90mmhg. A HAS associa-se a várias complicações como: acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial periférica (DAP), insuficiência cardíaca (IC), doença renal crônica (DRC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença arterial coronariana (DAC). Em relação ao gênero, a prevalência é maior em homens (35,8%), quando comparado às mulheres (30%). Após o diagnóstico de HAS, faz-se necessário à mudança no estilo de vida do indivíduo, bem como o tratamento medicamentoso. Alterar esse estilo de vida nem sempre é uma tarefa fácil, no entanto se torna imprescindível. Além disso, torna-se essencial para auxiliar no tratamento, o uso de anti-hipertensivos, prevenindo as morbidades e reduzindo a mortalidade por doenças cardiovasculares, que estão entre os principais fatores de risco da HAS. Portanto, este trabalho tem como objetivo geral, elaborar um Projeto de Intervenção sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da “Unidade Básica de Saúde Elias de Moraes, no Município de Monte Carmelo” e identificar os principais fatores de risco presentes nesses pacientes. O presente trabalho foi realizado através de três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração de um plano de intervenção. A revisão da literatura foi feita a partir de uma pesquisa online através do acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde através da base de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACs) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Após a revisão da literatura, elaborou-se um plano de intervenção baseado nas observações do principal problema encontrado no posto de saúde, identificado por um aumento de pacientes hipertensos. Dessa forma, as principais propostas apresentadas foram: conscientizar os pacientes sobre a hipertensão arterial sistêmica e seus riscos bem como incentivá-los em mudar o estilo de vida, adquirindo hábitos mais saudáveis.

Palavras-chave: Hipertensão. Educação em Saúde. Estilo de Vida. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a chronic disease of multifactorial origin regarded in Brazil as a public health problem. It is defined as systolic blood pressure equal to 140 mmHg and a diastolic pressure greater than or equal to 90mmHg. Hypertension is associated with several complications such as cerebrovascular accident, peripheral arterial disease, heart failure, chronic kidney disease, acute myocardial infarction and coronary artery disease. Regarding gender, the prevalence is higher in men (35.8%) compared to women (30%). After the diagnosis of Hypertension it is necessary to change the individual's lifestyle and drug treatment. Change this lifestyle is not always an easy task, but becomes essential. Furthermore, it is essential to assist in the treatment with anti-hypertensives, avoiding reducing the morbidity and mortality of cardiovascular diseases. Therefore, this study has the general objective to draw up an intervention project on Hypertension in the area covered by the "Basic Health Unit Elias the Moraes", in Mount Carmel and to identify the main risk factors in these patients. This work was carried out through three steps: situational diagnosis, literature review and drafting of the intervention plan. A literature review was made from an online survey through access to the information center of the Virtual Health Library through the database: Latin Literature American and Caribbean Health Sciences, Scientific Electronic Library Online. After reviewing the literature, we drew up an action plan based on the observations of the main problem in the health post, identified by an increase in hypertensive patients. Thus, the main proposals were: educate patients about hypertension and its risks and encourage them to changes in lifestyle, acquiring healthy habits.

Keywords: Hypertension. Health Education. Lifestyles. Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- (ACS): Agente comunitário de Saúde.
- (BPC): Benefício de Prestação Continuada.
- (BVS): Biblioteca Virtual em Saúde.
- (CAPS): Centro de Atenção Psicossocial.
- (CRAS): Centros de Referência de Assistência Social.
- (DCV): Doenças Cardiovasculares.
- (DMAE): Departamento Municipal de água e esgoto.
- (DM II): Diabetes Mellitus tipo 2.
- (DML): Deposito de materiais de limpeza.
- (HAS): Hipertensão Arterial Sistêmica.
- (HA): Hipertensão Arterial.
- (IBGE): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- (IDEB): Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.
- (IDH): Índice de Desenvolvimento Humano.
- (IMC): Índice de Massa Corporal.
- (LILACS): Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
- (NASF): Núcleo de Apoio da Saúde de Família.
- (OMS): Organização Mundial de Saúde.
- (PACS): Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- (PES): Planejamento Estratégico Situacional.
- (PDR): Plano Diretor de Regionalização.
- (PSF): Programa da Saúde da Família
- (SCIELO): Scientific Electronic Library Online.
- (SIAB): Sistema de Informática.
- (SAEB): Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica.
- (UBSF): Unidade Básica de Saúde da Família.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Total da população do município de Monte Carmelo em 2010-----	15
Tabela 2. Evolução do IDH do município de Monte Carmelo-MG em 2009-2013-----	16
Tabela 3. Recursos Humanos em Saúde-----	19
Tabela 4. Distribuição da população por faixa etária na UBS Elias de Moraes em 2015-----	20
Tabela 5. As principais doenças crônicas da Unidade Básica de Saúde Elias de Moraes----	21
Tabela 6. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da UBS Elias de Moraes em 2015-----	27
Tabela 7. Descritores do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da UBS Elias de Moraes em 2015-----	28
Tabela 8. Plano operativo para enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica na UBS Elias de Moraes no município de Monte Carmelo em 2015-----	30

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Localização de Monte Carmelo em Minas Gerais-----14
- Figura 2.** Explicação do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da UBS Elias de Moraes em 2015-----29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	12
1.2 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO	13
1.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DO MUNICÍPIO	14
1.4 PRINCIPAIS ATIVIDADES ECONÔMICAS	17
1.5 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE	17
1.6 TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ELIAS DE MORAES	19
2.0 JUSTIFICATIVA	22
3.0 OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVOS GERAIS	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4.0 METODOLOGIA	23
5.0 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
6.0 PLANOS DE INTERVENÇÃO	26
6.1 DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA	26
6.1.1 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS	26
6.1.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS	26
6.1.3 DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS	27
6.1.4 EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS	28
6.1.5 IDENTIFICAÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”	28
6.1.6 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	29
7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

1.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados (maior ou igual a 140/90mmhg) e sustentados de pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), sendo, portanto uma doença crônica não transmissível e que caracteriza um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2011).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) existem aproximadamente 17 milhões de brasileiros com HAS e a previsão é que até 2025, 80% da população brasileira será hipertensa. Esse aumento tem sido uma preocupação muito grande ao país, pois a doença gera elevados custos socioeconômicos, afetando diretamente os indivíduos, as famílias, o sistema de saúde e a economia do país (KEARNEY *et al.*, 2005; BALU; TOMAS, 2014).

Dentre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HAS estão: idade, pois com o processo de envelhecimento, geralmente ocorre um aumento da incidência de doenças crônicas, e, dentre elas, a mais prevalente é a hipertensão arterial sistêmica, que afeta mais de 60% dos indivíduos nesta faixa etária; indivíduos não brancos; obesidade, ingestão excessiva de sal e álcool, sedentarismo e tabagismo (BRASIL, 2011).

A doença associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos como: coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, além de causar alterações metabólicas, com consequente aumento para as doenças cardiovasculares (DCV) (PARK; TAYLOR, 2007).

Dentre essas, as principais complicações são: Acidente Vascular Encefálico (AVE), Doença Arterial Periférica (DAP), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Renal Crônica (DRC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Doença Arterial Coronariana (DAC) (NOBRE *et al.*, 2013).

Nas últimas décadas as DCV foram a principal causa de morbimortalidade em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. No Brasil em 2007, 308.466 dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, já em 2011 o número subiu para 384.615, sendo que destes, 31% foram por DAC e 30% por AVE (MANSUR *et al.*, 2010).

Segundo estudos clínicos a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução das doenças cardiovasculares. No entanto, a HAS é na grande maioria das vezes assintomática e quando os sinais ocorrem, geralmente são vagos e comuns a outras doenças (NOBRE *et al.*, 2013).

O tratamento da HAS abrange duas abordagens terapêuticas: o tratamento não farmacológico, que consiste em modificações do estilo de vida (redução do peso, realização de atividades físicas, alimentação saudável) e o tratamento farmacológico, baseado no uso de anti-hipertensivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na população da Unidade Básica de Saúde Familiar (UBSF) Elias de Moraes, localizado no Município de Monte Carmelo foi observado que dentre os principais problemas de saúde apresentados, existe um grande número de pacientes hipertensos. Além disso, foi observado que grande parte da população não tem conhecimento sobre o que é a HAS, quais são os fatores de riscos, e as complicações que a doença pode levar.

Segundo um levantamento realizado no Programa da Saúde da Família (PSF), são aproximadamente 676 pacientes que apresentam hipertensão arterial. Esse número elevado de pacientes com hipertensão arterial deve-se principalmente ao uso inadequado dos medicamentos e de hábitos inadequados. Desta forma, faz-se necessário elaborar um plano de intervenção com o objetivo de incentivar os pacientes a fazer o uso corretamente dos medicamentos, bem como promover mudanças no estilo de vida, em busca de condições mais saudáveis. Essas medidas, em conjunto, contribuirão para reduzir os efeitos maléficos que a hipertensão arterial pode causar e assim permitir maior qualidade de vida.

1.2 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO

O nome Monte Carmelo é referente a uma montanha existente no litoral de Israel, com vista para o Mar Mediterrâneo, nas proximidades da cidade de Haifa. “Carmelo”, em hebraico, significa “uvas de Deus”, e como Carmo da Bagagem situa-se próximo a um monte semelhante ao da antiga Palestina, onde se encontra a sede da Congregação das Carmelitas, adotaram o nome de Monte Carmelo, em consideração ao local onde se fundou a Ordem de Nossa Senhora do Carmo (MONTE CARMELO, 2014).

Esta região foi habitada por índios, conforme provas encontradas em diversos lugares, tais como: machados de pedra, potes, roletes, etc. Eram índios das tribos “Caiapós” e “Araxá”. Os primeiros movimentos que deram origem ao povoado tiveram início em 1840. Moradores de São João Del Rei e Itapecerica, foram para a cidade, atraídos pela descoberta de garimpos diamantíferos em Estrela do Sul, que na época se chamava “Bagagem” (MONTE CARMELO, 2014).

Por causa do ambiente dos garimpos, pouco recomendado a famílias e também devido ao clima saudável e à excelente água de nossa região, os garimpeiros deixavam suas famílias. Dessa forma, estas pessoas se instalaram às margens do “Córrego Mombuca”, onde atualmente é o bairro Tamboril (MONTE CARMELO, 2014).

Existiu na cidade uma generosa fazendeira, chamada de D. Clara Chaves, que doou um terreno de seis léguas quadradas aos moradores, para construírem uma capela para Nossa Senhora do Carmo, de quem era devota. Hoje nessa área encontra-se a Praça da Matriz, lugar onde os moradores fizeram suas casas e assim formou-se o “Arraial do Carmo da Bagagem” (MONTE CARMELO, 2014).

Em 6 de outubro de 1882, pela Lei Provincial nº 2927, o “Arraial” foi elevado à categoria de “Vila”, passando a chamar-se “Nossa Senhora do Carmo da Bagagem”. Em 24 de maio de 1892, pela Lei Estadual nº 23, a “Vila” é elevada à categoria de cidade e em 25 de junho de 1900, pela Lei Estadual nº 286, a cidade passou a denominar-se “Monte Carmelo” (MONTE CARMELO, 2014).

1.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DO MUNICÍPIO

O município de Monte Carmelo faz parte da Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, juntamente com as cidades de Romaria, Estrela do Sul, Grupiara, Douradoquara, Abadia dos dourados e Irai de minas. Tem uma extensão territorial de 1.343,035 Km², ficando a uma distância de 484 km de Belo Horizonte (Figura 1) (IBGE, 2010).

Figura 1. Localização de Monte Carmelo em Minas Gerais



Fonte: pt.wikipedia.org.

Segundo dados do IBGE, em 2010 a população era de 45.772 habitantes, sendo desse total, 23.066 homens e 22706 mulheres apresentando uma densidade demográfica de 35.29 hab./km², com uma taxa de crescimento anual de 1,1 % e apresentava um Índice Desenvolvimento Humano (IDH) de 0, 728 (Tabela 1 e 2) (IBGE, 2010).

Tabela 1. Total da população do município de Monte Carmelo em 2010.

Faixa etária	Homens	Mulheres	Total
Menor de 1 ano	314	153	1467
1-4	1171	283	1454
5-9	1715	1603	3318
10-14	1985	1945	3930
15-19	1980	1982	3962
20-24	2018	1869	3887
25-39	5799	5538	11337
40-59	5830	5761	11591
< 60	2254	2572	4826
Total	23066	22706	45772

Fonte: Adaptado de: IBGE, 2010.

Por ser um município, conta aproximadamente com 17.200 domicílios e famílias e apesar da maioria da população residir na área urbana (aproximadamente cerca de 40.100 pessoas), ainda convivem com elevado índice de pobreza. Sendo que, segundo o último censo (IBGE 2010), denotou que a maioria da população residente encontra-se em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda familiar per capita inferior a R\$ 70, 00 era de 516 pessoas, equivalente a 1,1% da população municipal. E que as pessoas que possuíam renda mensal de até ¼ salário mínimo eram de 1458 (IBGE, 2010).

Tabela 2. Evolução do IDH do município de Monte Carmelo-MG em 2009-2013.

Região	Monte Carmelo	Estado de Minas Gerais		
	2000	2010	2000	2010
IDH	0, 603	0, 728	0, 624	0, 731
IDH de renda	0, 669	0, 716	0, 680	0, 730
IDH Longevidade	0, 766	0, 868	0, 759	0, 838
IDH Educação	0, 428	0, 620	0, 470	0, 638

Fonte: Adaptado de: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD.

O elevado índice de pobreza acaba afetando dentre outros setores, principalmente o educacional, em que a taxa de analfabetismo entre os homens acima de 15 anos chega a 7,1% e das mulheres na mesma faixa etária chega aos 6,8%. No entanto, o último Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), realizado em 2013 no município de Monte Carmelo, mostrou uma pequena melhora nesse índice, quando comparado há anos anteriores (IBGE, 2010).

Existe um predomínio de casas construídas por tijolos, sendo que cerca de 99,94 %, têm acesso a energia elétrica e ao abastecimento de água, sendo que o mesmo é suprido pela captação nos córrego de Santa Bárbara, Mumbuca e Lambari (55%) e poços artesianos (45 %) sendo de responsabilidade do Departamento Municipal de água e esgoto (DMAE). O abastecimento é dividido em seis sistemas principais: Na zona rural, no distrito Celso Bueno (34 km) o abastecimento de água é realizado pelo DMAE de Monte Carmelo e não são cobradas taxas decorrentes do uso da água; já no Povoado de Gonçalves (21 km) é feito por meio de um poço profundo, onde não há tratamento, no entanto todas as ruas são abastecidas e não são cobradas tarifas; no Povoado de Perdizes (12 km), a captação é feita por meio de um poço profundo e não há tratamento da água; já em Buritis do Gonçalves (28 km), existe um projeto para a perfuração de um poço profundo; em Brigãozinho (18 km), o abastecimento de água é feito por um poço raso e com reforço do caminhão pipa do DMAE e na Comunidade Tijuca (15 km), o abastecimento é feito por micro poço e reforço do caminhão pipa (IBGE 2010).

O sistema de esgotamento sanitário é composto pelas bacias do córrego Mombuca, Olaria, Arara, a sub-bacia córrego da exposição e Monjolo. E a coleta de lixo é realizada diariamente, exceto aos sábados, domingos e feriados. O destino final do lixo e seu tratamento

são realizados no aterro sanitário de Monte Carmelo, localizado no Km 25 da rodovia MG 190 (IBGE 2010).

1.4 PRINCIPAIS ATIVIDADES ECONÔMICAS

A principal atividade econômica da cidade é a produção de telhas, tijolos e artefatos cerâmicos, além disso, é destaque na produção de curtume e de embalagens. Na agricultura, a cidade tem destaque para a produção de café, onde há grãos de altíssima qualidade servindo o Brasil com o café do cerrado carmelitano. O município, juntamente com Araguari, Uberaba e Patrocínio, está no eixo de destaque da produção do melhor café do cerrado para exportação, no Brasil (IBGE, 2010).

1.5 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde foi instituído pela lei Municipal 1.568 de 01 de março de 1994 e criado pela Lei Municipal 813 de 27 de Agosto de 2009. Trata-se de um conselho paritário composto por 4 trabalhadores de saúde, 3 prestadores de serviço, 3 gestores e 14 usuários.

A rede de atenção básica à saúde é composta por 10 Equipes de Saúde da Família tipo I e uma tipo II (cobertura de 73,6%), 5 Equipes de Saúde Bucal, 1 equipe de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (cobertura de 6,6%), que são serviços de saúde responsáveis pela atenção básica de saúde através de prevenção e promoção da saúde.

Estas unidades possuem território e população bem definidos e gerenciam informações sobre nascimentos, óbitos e doenças de notificação compulsória. Além disso, constroem mapas de recursos e barreiras.

Em Monte Carmelo existe uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) para aproximadamente 3.500 habitantes. Que conta com equipes multiprofissionais, envolvendo médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras), enfermeiros (com responsabilidades voltadas para as áreas da mulher, criança, adolescentes, adultos, trabalhador e idosos), dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e profissionais de apoio que completam essas equipes.

Existem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com duas equipes, sendo essas compostas de cinco dos profissionais: Psicólogo; Assistente Social;

Fisioterapeuta; Nutricionista; Profissional da Educação Física. Monte Carmelo possui duas 02 unidades próprias de referência com atendimento especializado, sendo uma Policlínica, que são unidades de saúde secundárias que concentram ambulatorios de aproximadamente 08 especialidades médicas, conjuntamente com atendimentos de nutrição e diagnósticos de imagens. As Policlínicas se somam a outros Centros de Referência, que com equipes multiprofissionais têm como papel, a atenção à saúde focada a grupos de risco específicos, tais como:

- Rede de atenção psicossocial que é composta por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, 2 residências terapêuticas (1 masculina e 1 feminina) e um ambulatório de saúde mental no centro de especialidades.
- Atenção à saúde do trabalhador que desempenha suas ações em parceria com a rede de atenção básica (saúde da família), hospitais, pronto socorro, empresas e INSS. As ações são realizadas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem. Há atendimento da equipe em horário noturno (18h00 min – 21h00min) nos dias de segunda, terça e quinta-feira.
- Rede de atenção hospitalar que é composta por dois hospitais gerais particulares conveniados ao SUS que comporta 81 leitos.

Atualmente o município não possui hospital público ou filantrópico. Estes estabelecimentos realizam procedimentos de complexidade baixa, nas áreas de ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cirurgia, traumatologia e ortopedia.

No Sistema de Urgência e Emergência, existe um Pronto Socorro com capacidade para 16 leitos de observação, serviço de transporte de pacientes em UTI móvel e ambulâncias comuns. Além disso, existe o serviço de SUS Fácil e o Protocolo de Manchester em todas as unidades. Além desses serviços, a cidade possui outras unidades disponíveis como: Farmácia Municipal, Prestadores de Serviços Conveniados a SMS, Hospital e Maternidade Virgílio Rosa, Hospital Santa Terezinha, Laboratório Santa Clara, Laboratório Labor monte e Laboratório Realize. Os recursos humanos que a comunidade dispõe, estão demonstrados na tabela 3.

Tabela 3. Recursos Humanos em Saúde

Setor	Total
Atenção básica	7
PSF	12
CAPS	15
Controle de endemias	39
Farmácia municipal	8
NASF	7
Odontologia municipal	31
PACS triângulo	15
Policlínica Central	14
Posto buritis	1
Posto Gonçalves	1
Melhor em casa	8
Pronto socorro	99
Residência terapêutica feminina	6
Residência terapêutica masculina	6
Secretaria	13
TFD	12
Vigilância em saúde	1
Vigilância epidemiológica	5
Vigilância sanitária	11
Total	424

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

1.6 TERRITÓRIOS DE ABRANGÊNCIA: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ELIAS DE MORAES

Dentre as unidades de saúde da cidade, encontra-se o posto de saúde Elias de Moraes que está localizado no centro da cidade de Monte Carmelo, no bairro Vila Nova, sendo de fácil acesso a população, sendo que a equipe garante seu adequado funcionamento. A unidade funciona nos horários das 7:00h até às 17:00h. A área de abrangência da unidade está distribuída em 6 micro áreas.

A unidade está composta por um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde com o treinamento e capacidade de resposta as necessidades básicas de saúde da população da área de abrangência, atualmente possui 1703 famílias cadastradas.

São atendidas 5099 pessoas na unidade de saúde. Desses, 2624 são do feminino (51,46%) e 2475 são do sexo masculino (48,54%). E a prevalência para ambos os sexos, são de 20-39 anos (Tabela 4).

Dentre as principais doenças crônicas observadas na unidade de saúde, 676 pacientes apresentam HAS (15,6%), 14148 paciente apresentam Diabetes Mellitus tipo 1 e 2 (2,9%) (Tabela 5).

Tabela 4. Distribuição da população por faixa etária na Unidade Básica de Saúde Elias de Moraes

Faixa etária	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)
Menor de um ano	6	8	14
1-4	73	74	147
5-6	57	46	103
7-9	93	79	172
10-14	156	176	332
15-19	204	188	392
20-39	861	805	1666
40-49	399	399	798
50-59	302	387	689
< 60	324	462	786
Total	2475	2624	5099

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Tabela 5. As principais doenças crônicas da Unidade Básica de Saúde Elias de Moraes

Doenças crônicas	Totais de pacientes (n)	Totais de pacientes (%)
HAS	676	15,6
Diabetes mellitus tipo 1 e tipo2	148	2,9
Epilepsia	17	0,3
Alcoolismo	11	0,21
Doença de Chagas	51	1,0
Hanseníase	1	0,01

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

2.0 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica no UBS Elias de Moraes no município de Monte Carmelo em Minas Gerais.

São frequentes os casos de pacientes com níveis de pressão arterial elevado nas consultas médicas. Sendo evidente a falta de conhecimentos dos mesmos sobre a doença e o estilo de vida sedentário. (CAMPOS, FARIA; SANTOS, 2010).

O tratamento deve ser baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, fazer atividade físicas devido a que o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e acidente vasculares cerebrais e alimentação saudável), juntamente com o tratamento medicamentoso (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Portanto, faz-se necessário um projeto de intervenção que vise conscientizar a população em relação aos riscos que a HAS pode causar e dessa forma contribuir para uma melhor condição devida, reduzindo assim, a morbimortalidade relacionada principalmente às doenças cardiovasculares e indiretamente aos custos médicos e socioeconômicos relacionados ao controle inadequado desses pacientes.

3.0 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Geral

- Elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência e prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Programa de Saúde da Família da UBS da Família da UBS Elias de Moraes de Monte Carmelo no Estado de Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificação dos pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial.
- Propor uma melhor qualidade de vida aos pacientes com hipertensos, por meio da conscientização da população sobre os riscos e possíveis complicações da doença.

4.0 METODOLOGIA

Para a elaboração da proposta do plano de ação para o acompanhamento no PSF Elias de Moraes, com o objetivo de reduzir os casos de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, serão executadas em três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

Primeiramente, será executado um diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde de posto. Este diagnóstico será baseado no método de estimativa rápida, sendo este um método que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, em curto período de tempo, sem gastos constituindo uma importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo.

O objetivo é o envolvimento da população na identificação das suas necessidades e problemáticas. Os princípios que irão apoiar a estimativa rápida são: coletar somente os dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais e envolver a população na realização da estimativa rápida.

Os dados levantados por meio deste método serão coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e na observação ativa da área.

Na segunda etapa, será realizada uma revisão de literatura, optando-se por uma pesquisa online através do acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) acerca dos fatores de risco para HAS em adultos.

Estabeleceram-se como critérios para a seleção da amostra os artigos publicados no Brasil, no período de 2004 a 2014, que tenham o texto completo disponível e que estejam em língua portuguesa e que se refiram aos descritores hipertensão arterial sistêmica,

Após este processo será realizada a terceira etapa, que consiste na elaboração de um plano de intervenção, na qual será aplicado pela equipe do PSF Elias de Moraes. Todas as etapas e aspectos da construção desse plano foram descritos e estão apresentados no item 5.0 Planos de Intervenção.

5.0 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A HAS é considerada uma doença crônica de diversas etiologias e fisiopatogênica multifatorial, acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, do sistema renina-angiotensina, alterações renais, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial, que podem ser seguidas de lesões em seus órgãos-alvo como vasos, coração, retina e rins (BRASIL, 2006).

A HAS não tem origem genética, no entanto caracterizada por alterações no metabolismo dos lipídios em alguns casos, as quais determinam elevações dos níveis plasmáticos de colesterol, à custa do aumento da LDL. São descritas mais de 600 mutações envolvidas nos mecanismos de síntese e expressão dos receptores da LDL, o que se traduz em redução ou não funcionamento. O diagnóstico deste tipo de HAS é estabelecido por meio de critérios clínicos e pode ser confirmado pela determinação da mutação. Este diagnóstico permite a identificação dessa doença em outros componentes assintomáticos em uma mesma família, podendo-se estabelecer o tratamento adequado da HAS, o que irá prevenir eventos cardiovasculares futuros. Cerca de 95% dos indivíduos, tem hipertensão arterial chamada de essencial ou primária (sem causa) e 5% têm hipertensão arterial secundária a uma causa bem definida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento da aterosclerose, embora os mecanismos bioquímicos que estabelecem as conexões entre estes fatores de risco com o processo da aterosclerose ainda não estejam esclarecidos (DAMASCENO *et al.*, 2006).

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônicas degenerativas e causas externas em relação a doenças infecto-parasitárias. Nesse contexto, as doenças cardiovasculares são as maiores causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, incluindo o Brasil. E dentre os fatores de risco para essas doenças, encontra-se a hipertensão arterial sistêmica (GUEDES *et al.*, 2011).

Os hábitos de vida saudáveis são certamente recomendados, pois além de reduzir a HAS e conseqüentemente as doenças cardiovasculares, possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas primárias dos profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de evitar doenças (NOBRE *et al.*, 2010).

As transformações expressivas na vida dos indivíduos portadores dessa patologia são evidenciadas não apenas na esfera biológica, mas também na psicológica, na familiar, social ou na econômica, pela possibilidade de agravo em longo prazo, o que compromete a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas (GOMES; ALVES, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As ações de prevenção devem visar estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição tanto individual quanto coletiva ao FR. Apesar das evidências incontestáveis, esses FR relacionados aos hábitos de vida continuam a aumentar, levando ao aumento da incidência, da prevalência e do controle inadequado da HAS na população (BRASIL, 2006).

A Hipertensão arterial é considerada, atualmente, um sério problema de saúde pública a nível mundial, sendo que estudos recentes demonstram que a hipertensão afeta entre um 30 a um 40 por cento da população adulta, esta prevalência se incrementa com a idade chega a estar presente em mais de duas terças partes da população maior de 60 anos, o que incrementa sua importância epidemiológica devido o envelhecimento da população em a maioria dos países do mundo (BENSEÑOR; LOTUFO, 2004).

As medidas não medicamentosas, como mudanças no estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendadas, pois além de reduzir a HAS e, conseqüentemente, as mortalidades cardiovasculares possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas primárias dos profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de evitar doenças (NOBRE *et al*, 2010).

6.0 PLANOS DE INTERVENÇÃO

6.1 DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência PSF Elias de Moraes em Monte Carmelo, foi identificado um grupo de problemas e por isso possibilita a elaboração de um Plano de intervenção.

6.1.1 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

No primeiro passo, foram identificados os seguintes problemas de saúde, considerados importantes:

1. Elevado índice de hipertensão arterial;
2. Elevado índice de diabetes mellitus tipo II;
3. Falta de atividades educativas na comunidade;
4. Elevado índice de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, que abandonaram o tratamento;
5. Falta de higiene em algumas residências;
6. Elevada prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão;
7. Falta de assistência a grávidas e menores de um ano de idade a consultas médicas;
8. Falta de recursos e medicamentos para o atendimento de urgências;
9. Elevado predomínio da demanda de atenção espontânea.

6.1.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

O segundo passo consistiu na priorização dos problemas conforme na tabela 6, sendo que os critérios utilizados para a seleção dos mesmos foram: importância do problema, sua urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe. A importância foi classificada em alto, médio e baixo. Utilizou-se o critério de pontuação segundo a urgência, sendo possível a nota de um a dez. Quanto à capacidade de enfrentamento da equipe classificou-se a demanda em: excluída ou parcialmente nas possibilidades da equipe da solução do problema.

Tabela 6. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da UBS Elias de Moraes.

Principais Problemas	Importância dos problemas	Urgência dos problemas	Capacidade de enfrentamento da equipe	Seleção
Elevado índice de HAS	Alta	8	Parcial	1
Elevado índice de DM tipo 2	Alta	7	Parcial	2
Elevado índice de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, que abandonaram o tratamento	Média	6	Parcial	3
Falta de atividades educativas na comunidade	Média	5	Parcial	4

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

6.1.3 DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS

O terceiro passo desenvolvido foi a descrição do problema selecionado, sendo o número 1 representado pelo elevado índice de HAS, definido como a principal problemática da unidade de saúde. Para essa descrição, fez-se uso de informações fornecidas pelo Sistema de Informática (SIAB), produzidas pela equipe.

Dessa forma constatou-se a elevada incidência de pacientes com HAS (tabela 7), principalmente idosos e apresentando fatores de riscos como obesidade, elevado índice de DM tipo 2, elevado índice de paciente com doenças crônicas no transmissíveis principalmente a HAS e Diabetes mellitus que abandonaram o tratamento, falta de atividade educativas nas comunidades.

Tabela 7. Descritores do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da UBS Elias de Moraes em 2015.

Indicadores	Valores	Fonte
Total de população	4577	SIAB
Total de pacientes com HAS	676	SIAB
Total de pacientes masculinos com HAS	256	SIAB
Total de pacientes femininos com HAS	420	SIAB

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

6.1.4 EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS

O quarto passo desenvolvido foi à explicação do problema, que tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas (Figura 2).

6.1.5 IDENTIFICAÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”

O quinto passo foi à identificação dos "nós críticos", sendo que a equipe de saúde identificou os seguintes:

1. Hábitos nutricionais inadequados;
2. Falta de conhecimento sobre a HAS;
3. Falta de conhecimento sobre as complicações da doença;
4. Poucas opções recreativas, explicando o elevado índice de sedentarismo;
5. Abandono ao tratamento medicamentoso;
6. Ausências às consultas programadas;
7. Ausência às atividades educativas programadas pela equipe;
8. Assistem a consulta quando tem alguma complicação da doença.

Figura2. Explicação do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da UBS Elias de Morais.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

6.1.6 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las.

É necessário um sistema de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiência da utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja implementado.

O principal objetivo do plano operativo é a designação de responsáveis das operações estratégicas e pelos projetos sendo necessário um sistema de gestão para coordenar a execução das operações. Este sistema de gestão é para coordenar a execução das operações e deve promover a comunicação entre os planejadores e executores (Tabela 8).

Tabela 8. Plano operativo para enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica na UBS Elias de Moraes no município de Monte Carmelo.

Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Melhorar a estrutura do sistema de saúde para enfrentar este tipo de atendimento	Diminuir consumo excessivo de alimentos ricos em gorduras e sal. Melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Aumentar a prática de exercícios físicos.	Capacitação do profissional da saúde e aumento das consultas e ter garantido a hospitalização do paciente ante qualquer complicação da doença	Secretária de Saúde do Município e Ministério de Saúde e Ação Social.	Quatro Meses para apresentação do projeto. Um ano para cumprir.
Modificar Estilos	Diminuir consumo excessivo de alimentos com muito sal, açúcar e gorduras. Aumentar a prática de exercícios físicos.	Programas Educacionais com população que já tem a doença e os que têm riscos de ter a doença	Equipe de Saúde da Cidade.	Dois meses para o início das atividades. 6 meses para cumprir Três Meses para o início das atividades. 6 meses para cumprir
Aumentar o nível de conhecimento sobre a doença e suas complicações	Cumprir com tratamento. Maior compensação da doença. Assistência sistemática a consulta	Programas Educacionais com População vulnerável.	Equipe de Saúde da Cidade.	Quatro meses para o início das atividades. 1 Ano para cumprir.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elevada incidência de hipertensão arterial ainda constitui como um dos maiores problemas de saúde, por isso a detecção precoce da doença, bem como a prevenção e o tratamento rápido das complicações causadas pela HAS, tornam-se necessário. Diante desse problema, o objetivo desse trabalho foi propor um plano de intervenção para conscientizar a população hipertensa sobre a hipertensão, bem como os fatores de riscos e como alcançar um estilo de vida saudável, melhorando a qualidade de vida e assim prevenir complicações causadas pela doença.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Universidade Federal de São Paulo. Brasília: 2006.
- BRASIL. Especialização em Saúde da Família. Fundamentação Teórica: Hipertensão arterial sistêmica-HAS. Universidade Federal de São Paulo, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>; Acessado em: dezembro de 2014.
- BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Estratégias para o Cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília-DF, 2013. Disponível em: http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/odonto/saude_coletiva/2_4_estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acessado em 22 de fevereiro de 2016.
- BALU S., THOMAS J. 3rd. Incremental expenditure of treating hypertension in the United States. *Am J Hypertens.* v.19, n.8, p. 810-816, 2014.
- BENSEÑOR, I.M., LOTUFO, P.A. Hipertensão arterial no contexto nacional e internacional. Capítulo 2.- Hipertensão Arterial: uma proposta para cuidar; Manole, São Paulo, 2004. PIERIN, Angela M. G.; SOUSA, Viviane F.; MORAES, Kelly H.; GOMES, Marco A. M.; MION. Decio Jr.; capítulo 3: A medida da pressão arterial e o diagnóstico da hipertensão arterial.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. Ed. Belo Horizonte: Coopmed, p.114, 2010.
- DAMASCENO, N.R.T.; ABDALLA, D.S.P.; APOLINARIO, E.; Fernandes I; Oliveira J; Sevanian A. Detection of electronegative low density (LDL-) in plasma and atherosclerosis lesions by monoclonal antibody-based immunoassays. *Clinical Biochemistry*, v. 39, n.1, p. 28-38, 2006.
- GOMES, B. M. R.; ALVES, J. G. B. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em estudantes de Ensino Médio de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, 2006. *Cad. Saúde Pública.* V. 25, 2ed, p. 375–381, 2009.
- GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L.; LOPES, M.V.O.; SILVA, L.C.; FREITAS, M.A.; ALMEIDA, P.C. Barreiras ao tratamento da hipertensão. *Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN*, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1038-1042, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314310&search=minas-gerais|monte-carmelo>. Acesso em 24 de janeiro de 2016.

KEARNEY, P.M.; WHELTON, M.; REYNOLDS, K.; MUNTNER, P.; WHELTON, P.K.; HE J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. v.9455, n.365, p.217-223, 2005.

MANSUR, A. D.E, P.; FAVARATO, D.; AVAKIAN, S. D.; RAMIRES, J. A. Trends in ischemic heart disease and stroke death ratios in brazilian women and men. *Clinics*. v.65, n.11, p.1143-1147, 2010.

MONTE CARMELO. Prefeitura Municipal. História. Disponível em: <http://www.montecarmelo.mg.gov.br/cidade/historia>>: Acessado em julho de 2015.

NOBRE, F.; COELHO, E.B.; LOPES, P.C., GELEILETE, T.J.M. Hipertensão arterial sistêmica. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Especialização em Saúde da Família. v.46, n.3, p.256-272, 2013.

PARK I. U., TAYLOR AL. Race and ethnicity in trials of antihypertensive therapy to prevent cardiovascular outcomes: a systematic review. *Ann Fam Med*. v.5, n.5, p.444–452, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>: Acessado em junho de 2015.