

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**LIUSMEL PADRON RODRIGUEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A  
PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE HIPERTENSÃO  
SISTÊMICA NA ESF ALFREDO FREIRE III**

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2016**

**LIUSMEL PADRON RODRIGUEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A  
PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE HIPERTENSÃO  
SISTÊMICA NA ESF ALFREDO FREIRE III**

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: Profa. Dra. Emiliane Silva Santiago.

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2016**

**LIUSMEL PADRON RODRIGUEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A PREVALÊNCIA  
DE PROBLEMAS DE HIPERTENSÃO SISTÊMICA NA ESF  
ALFREDO FREIRE III**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa. Dra. Emiliane Silva Santiago

Examinador 2: Profa. Judete Silva Nunes

Aprovado em Uberaba, em 12 de janeiro de 2016.

## DEDICATORIA

Eu dedico este trabalho a Deus pela oportunidade de viver, a minha família pela compreensão e paciência; a meu pai que já não está entre nós, mas fica sempre comigo.

E em especial a minha mãe e minha esposa por me apoiar em todo.

## AGRADECIMENTOS

A todas aquelas pessoas e professores que de uma forma ou outra fizeram parte de minha formação. Obrigado a todos.

*“Ajudar aqueles que precisam não é apenas uma parte do dever, além disso, é parte da felicidade.”*

(JOSE MARTI)

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e 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. NA ESF Alfredo Freire III foi realizado o diagnóstico situacional identificando como o principal problema a alta prevalência de problemas relacionados com hipertensão arterial. Pretendeu-se com esse trabalho elaborar um projeto de intervenção, através do Planejamento Estratégico Situacional, para diminuir a prevalência dos problemas de Hipertensão Arterial Sistêmica, além de reduzir os fatores de risco a partir das mudanças no estilo de vida dos pacientes e sua família. O projeto visa também aperfeiçoar os conhecimentos da equipe e dos pacientes bem como o da família e aumentar o controle da doença. Além disso, espera-se que este trabalho possa melhorar o relacionamento da equipe de saúde com os pacientes e a diminuição das internações e complicações por problemas de hipertensão.

**Palavras Chaves:** Hipertensão. Fatores de Risco. Estratégia Saúde da Família. Prevalência.

## **ABSTRACT**

Hypertension is one of the most frequent cardiovascular diseases, and also the main risk factor for the most common complications, such as stroke and myocardial infarction, and chronic kidney disease. The PSF Alfredo Freire III performs situational diagnosis which identified as the main problem the High Prevalence of Hypertension Problems. However developed an intervention project, Situational Strategic Planning, to reduce the prevalence of hypertension problems, with which we intend to reduce the risk factors and encourage changes in lifestyle of patients and their families, improving the knowledge of employees and patients and their families, increase control of the disease. In addition, we hope to improve the health team relationship with patients and the decrease in admissions and complications of hypertension problems.

Keywords: hypertension, risk factors, Health Strategy and prevalence.

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	9
2. JUSTIFICATIVA .....	13
3. OBJETIVOS .....	14
3.1. Objetivo Geral .....	14
3.2. Objetivos Específicos .....	14
4. METODOLOGIA.....	15
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	16
6. PLANO DE INTERVENÇÃO .....	18
6.1. Diagnóstico Situacional .....	18
6.2. Proposta de Intervenção .....	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	32
REFERÊNCIAS .....	33



## 1. INTRODUÇÃO

Uberaba é um município do estado de Minas Gerais, no Brasil. Localiza-se na região do Triângulo Mineiro, pertence à Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião de mesmo nome. Encontra-se a 416,29km de Belo Horizonte. População é de 318.813 hab.(UBERABA, 2014).

A cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central, situando-se às margens de rota conhecida como Estrada Real ou Anhanguera, que ligava São Paulo a Goiás. A extensão territorial hoje conhecida como Triângulo Mineiro esteve sob a jurisdição de Goiás até 1816, que diferente das Minas Gerais estava livre do pagamento de impostos sobre minerais (UBERABA, 2014).

Em 1831, foi criada a Vila de Araxá, da qual Uberaba fez parte até sua emancipação política em 1836. Em 22 de fevereiro de 1836, pela lei mineira número 28, Uberaba foi elevada à categoria de município, a Vila de Uberaba, desmembrando-se de Araxá. Em 7 de janeiro de 1837, é instalada a Câmara Municipal, tomando posse os primeiros vereadores, tendo o Capitão Domingos como seu primeiro presidente. Esta lei número 28 também extinguiu o julgado do Desemboque e o anexou ao município de Araxá (UBERABA, 2014).

Em 1840, Uberaba é elevada à categoria de comarca, a Comarca do Paraná, desmembrada da comarca de Paracatu. Uberaba é elevada da categoria de vila à categoria de cidade em 2 de maio de 1856 (UBERABA, 2014).

A inauguração da Estrada de Ferro, em 1889, representou um grande incremento econômico, atraindo imigrantes europeus e desenvolvendo a pecuária zebuína, de origem Indiana, além de atividades industriais e de comércio, dando com isso, impulso à sua estruturação urbana. Em meados do século XX, já contava com faculdades de Medicina, Engenharia, Enfermagem, Filosofia e de Odontologia. A partir dos anos 70 foi feito um esforço de diversificação econômica, visando à ampliação do parque industrial, sobretudo na área de fertilizantes e defensivos agrícolas. Posteriormente, houve implementação do polo moveleiro, entre outros projetos de desenvolvimento integrados, buscando o progresso econômico desta cidade que hoje em dia atinge a marca 318.813 habitantes (UBERABA, 2014).

O município tem como municípios limítrofes: Agua Cumprida, Conceição das Alagoas, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista, Delta, Igarapava (SP), Aramida (SP), Miguelópolis (SP). Tem uma distância Total de 481 km até a capital. Altitude 823 m. Clima tropical de altitude (IBGE, 2012)

Concentração habitacional com base em contagem estimada do IBGE em 01/07/2009 a população de Uberaba é de 296.261 habitantes, com os seguintes dados estratificados: Por sexo: mulheres: 153.759 – 51,90 % homens: 142.502 – 48,10 %. Nº. Aproximado de domicílios e famílias 96,799 (IBGE, 2012)

Figura 1. Localização de Uberaba/MG.



Fonte: IBGE, 2012.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, indica que Uberaba saltou da 9ª para a 4ª colocação em Minas Gerais, num período de 10 anos. 0,772. (UBERABA, 2014). Informação deslocada.

Por índice de urbanização, o município apresenta uma população urbana com 287.077 habitantes - 96,9% e rural com 9.184 habitantes - 3,1%. A renda per capita média de Uberaba cresceu 81,22% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 539,67 em 1991 para R\$ 790,50 em 2000 e R\$ 978,01 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 46,48% no primeiro período e 23,72% no segundo (IBGE, 2012). Conferir nº de habitantes em IBGE cidades.

Taxa de longevidade, aumentou de 68,97% para 73,93 anos, uma das maiores do país e a expectativa de vida da população é de 73,9 anos. A Taxa de mortalidade infantil em Uberaba é de 9,51%, uma das menores do Brasil (UBERABA, 2014).

As principais atividades econômicas são açúcar e álcool, avicultura, biotecnologia, algodão, alimento e bebida, bovinocultura de corte e leite, calçados e

confeções, comércio em geral, cosméticos, construção civil, ensino, eletrodomésticos e ferramentas, fertilizantes, indústria química, hortifrutigranjeiros, metalomecânica, ovinocultura, indústria moveleira, produção agrícola, piscicultura, prestação de serviços, suinocultura, tubos plásticos e derivados (IBGE, 2012).

De acordo com dados de o Caged definir sigla antes de abreviá-la divulgados, a cidade de Uberaba fechou o ano de 2014 com saldo positivo de mais de 2.046 empregos, ficando em 2º lugar do estado de Minas Gerais, com seus mais de 850 municípios. Os setores que mais contrataram foram em ordem: serviços, construção civil, comércio, indústria de transformação, extrativa mineral e por último serviço industrial de utilidade pública (IBGE, 2012).

### ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

- Taxa de Crescimento Anual: 1,33%
- Densidade demográfica: 70,66 hab./km<sup>2</sup>
- Densidade Urbana: 1.121,39 hab./km<sup>2</sup>
- Densidade Rural: 2,14 hab./km. <sup>2</sup>

**Fonte:** IBGE- Censos Demográficos, 2010-2014.

Tabela1: Aspectos Demográficos do Município

<b>Faixa Etária</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Menor 1 ano</b>	3516	1,155
<b>1a 4 anos</b>	14130	4,645
<b>5 a 9 anos</b>	17824	5,859
<b>10a14 anos</b>	21288	6,998
<b>15a19 anos</b>	23660	7,778
<b>20a29 anos</b>	56136	18,45
<b>30a39 anos</b>	47667	15,67
<b>40a49 anos</b>	43647	14,34
<b>50a59 anos</b>	36402	11,96
<b>60a69 anos</b>	21426	7,044
<b>70a79 anos</b>	12687	4,171
<b>80 anos e mais</b>	5783	1,901
<b>Total</b>	<b>304166</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** IBGE- Censos Demográficos, 2010-2014.

A taxa de alfabetização é de 98,70%. Em Uberaba, não falta escola para quem quer estudar. A taxa de analfabetos em Uberaba é de 4,0% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos (IBGE, 2012).

A renda per capita média de Uberaba cresceu 81,22% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 539,67 em 1991 para R\$ 790,50 em 2000 e R\$ 978,01 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 46,48% no primeiro período e 23,72% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 3,46% em 1991 para 2,06% em 2000 e para 0,67% em 2010 (IBGE, 2012).

No que se refere à saúde no município, a Unidade Matricial de Saúde George Chiree, no Bairro Alfredo Freire na Equipe 3, possui 353 famílias cadastradas totalizando 1600 habitantes, estes dados não são exatos já que a equipe só conta com 1 enfermeira e 1 agente comunitária o que dificulta a cobertura de outras áreas. Entretanto, é possível disponibilizar consulta a pacientes de bairros próximos a área de abrangência aumentando o número da população atendida, cerca de 2500 habitantes.

Na área de abrangência do Alfredo Freire III, por meio de um diagnóstico, reunião com os líderes da comunidade e a equipe de saúde utilizando o método de Planejamento Situacional Estratégico, dentre os problemas que afetam a população atendida, priorizou-se a elevada prevalência de problemas de hipertensão sendo relevante o elevado abandono do tratamento, a não participação no grupo de hipertensão bem como o número de pacientes não controlados.

A área de abrangência, embora não coberta em sua totalidade, tem 207 pacientes que conhecem seu diagnóstico como hipertenso, e nos últimos 12 meses incrementou-se em 31 pacientes. Sem deixar de reconhecer que a unidade tem um sub-registro.

A partir dessas informações e a indicação dos problemas prioritários, fez-se necessário a elaboração de medidas que pudessem contribuir para a amenização dos nós críticos além de motivar a mudança de hábitos para pacientes com hipertensão.

## 2. JUSTIFICATIVA

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 (BRASIL, 2006).

Por ser na maior parte de 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 como normais em todo o mundo, a respeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso aos medicamentos. (BRASIL, 2006)

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos a mais. E esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2006)

Na UMSC George Chiree do Alfredo Freire existem aproximadamente 1005 hipertensos diagnosticados, a equipe de saúde de família Alfredo Freire III tem cadastrados 207 pacientes hipertensos dos quais 111 são mulheres e 96 são homens, participando no grupo de Hiperdia 51 pacientes e o resto só vem à consulta quando precisam das receitas ou tem alguma alteração.

A equipe é consciente da necessidade de realizar busca ativa dos pacientes sem diagnóstico que tem fatores de riscos para a doença e que ainda não conhecem que são hipertensos; além de atingir as metas nacionais propostas e produzir mudanças na qualidade de vida destes pacientes.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a prevalência de problemas de Hipertensão Sistêmica da equipe de saúde da família Alfredo Freire III.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar os principais fatores de riscos de hipertensão arterial na população da área da abrangência da Equipe de saúde Alfredo Freire 3.
- Promover ações educativas para aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre os problemas de hipertensão arterial.
- Estimular a equipe de saúde da família na abordagem familiar da doença visando a inclusão da família no controle da hipertensão arterial.
- Estabelecer um conjunto de estratégias para promover a adesão ao tratamento com a conseqüente diminuição da automedicação.
- Aperfeiçoar os conhecimentos da equipe de saúde sobre hipertensão arterial através da educação continuada.

#### **4. METODOLOGIA**

Este trabalho é uma revisão bibliográfica com levantamento de dados em campo. Foi elaborado um projeto de intervenção a partir do diagnóstico situacional e como base teórica foi realizada uma revisão de literatura, com dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde, publicações do Ministério de Saúde e a Biblioteca Virtual da UFMG. Os descritores usados neste estudo foram hipertensão arterial, fatores de risco, estratégia de saúde da família e prevalência.

Este projeto será realizado através do método de planejamento estratégico situacional proposto por Campos; Farias; Santos (2010), na equipe de saúde da família Alfredo Freire III.

A entrada nos dados será feita no programa de Office 2010 utilizando o pacote estatístico SPSS versão 3.0, os dados serão analisados e organizados em quadros e gráficos sendo sua discussão por meio da literatura utilizada.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão arterial é definida pela persistência de níveis de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmhg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmhg. Trata-se de uma patologia de início silencioso com repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovasculares e renovascular, acompanhada frequentemente de co-morbidades de grande impacto para os indicadores de saúde da população (BRASIL, 2006).

Também a hipertensão arterial sistêmica deve ser considerada um problema de saúde pública. É um importante fator de risco cardiovascular e sua prevalência gira em torno de 20 por cento. Grande parte dos hipertensos desconhece sua condição e, dos que a conhecem, apenas cerca de 30 por cento apresentam um controle adequado (OLMOS; LOTUFO, 2002).

A grande maioria dos casos de hipertensão que não apresentam uma causa que possa ser facilmente identificada é conhecida como Hipertensão primária ou essencial que corresponde a 95 por cento dos casos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011).

Em 2001, cerca de 76 milhões de mortes no mundo foram atribuídas a elevação da pressão arterial, 54 por cento por Acidente Vascular Encefálico e 47 por cento Doença Isquêmica do Coração. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011). Classificada como um grave problema de saúde coletiva no Brasil e em outros países, a hipertensão tem alta prevalência e baixa taxa de controle. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011).

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no Brasil desde os anos 60. (OLMOS; LOTUFO, 2002).

No processo de educação em saúde, o paciente é estimulado a adotar medidas que favoreça a modificação do estilo de vida, comprovados na redução da pressão arterial como: hábitos alimentícios adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, das bebidas alcoólicas, do estresse e abandono do tabagismo. (BRASIL, 2009)

O autocuidado, por se tratar de uma patologia crônica, o tratamento da hipertensão é permanente durando por toda a vida do indivíduo. (BRASIL, 2006)



A adesão ao plano terapêutico ocorrerá à medida que o cidadão conheça a patologia e a suas consequências em longo prazo e os benefícios advindos do alcance e da manutenção das metas instituídas. (BRASIL, 2006)

As orientações deverão ser feitas tanto verbalmente quanto por escrito, de forma clara, a fim de que sejam compreendidas pelo paciente e suas famílias. (BRASIL, 2006)

A equipe de saúde deve trabalhar para auxiliar o indivíduo a atingir os objetivos e as metas propostas no tratamento. (BRASIL, 2006)

Observa-se que alguns instrumentos da prática da APS são importantes para a resolução da maioria das questões suscitadas, como a realização de grupos educativos, que permitiriam uma maior orientação à população acerca da doença e de como preveni-la, e a realização de visitas domiciliares, em que a equipe de saúde poderia avaliar “in loco” a relação entre autocuidado e fatores de risco de cada indivíduo (CANESCHI, 2011).

## **6. PLANO DE INTERVENÇÃO**

### **6.1. Diagnóstico Situacional**

O Conselho Municipal de Saúde reunia-se em horário definido por seus componentes, na segunda e na última quarta-feira do mês, na Secretaria Municipal de Saúde ou extraordinariamente quando convocada pelo Presidente ou por cinquenta por cento de seus membros (UBERABA, 2014).

O Fundo Municipal de Saúde é instituído por lei e constitui-se em uma unidade orçamentária gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (art. 14 Lei Complementar 141/2012). A gestão do Fundo Municipal de Saúde é do Secretário de Saúde (Constituição Federal 198, I; Lei 8080, art. 9; art.32 § 2o e art.33 § 1o), que tem autonomia total na gestão dos recursos orçamentários e financeiros, mas ainda mantém a contabilidade de forma centralizada na Secretaria Municipal da Fazenda (UBERABA, 2014).

O Programa Saúde da Família tem uma cobertura de 52,44% da população do município e existem 22 Unidades de Saúde da Família, 9 Unidades Matriciais de Saúde, 6 Núcleo de Apoio ao Saúde da Família, 52 Equipes de Saúde da Família e de Equipes de Saúde Bucal e 3 Centro de Especialidades Odontológica (UBERABA, 2014).

O Sistema de Referência e Contra referencia é um fato, mais na prática não se aplica, ficando como ponto negativo na saúde de nosso município.

Redes de Média e Alta Complexidade.

I. Nível primário ou rede de Atenção Básica à Saúde: Constituem a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde, nela podemos encontrar as Unidades Básicas de Saúde entre as que estão: USF: Edison Reis Lopes, USF Virlanea Augusta Lima, USF Julieta Andrade, UBS Dona Aparecida C. Ferreira, USF Rosa Maria, USF Residencial 2000, USF Fco José S. Sabiá, Central de Rede De Frio, UBS Juca Inácio, USF Lecir Nunes Ramos, USF Sebastião L. Costa, USF Beija Flor, USF Romes Cecílio, USF JD Copacabana, USF Fausto Cunha, USF Maria de Oliveira, USF Jacob José Pinto, USF Inima Baroni, USF Palmira Conceição, USF Norberto, Eurico Vilela Farmácia. Estas unidades básicas oferecem serviços de

clínico geral, odontologia, psicologista, nutricionista, fisioterapia etc., estas unidades prestam serviço desde as 07h00min horas até 17h00minhoras (UBERABA, 2014).

Nesta rede de atenção temos também as unidades matriciais, desta modalidade temos dois tipos as que oferecem serviço de clinico geral, pediatria e ginecologista, além de plantão de clínicos geral, e só serviço é desde 07h00min horas até 22h00min horas, dentre delas temos UMS Guarita, UMS Nossa Senhora Abadia, UMS Maria Tereza, UMS Nidia M Veludo, UMS Luiz Meneghello e UMS Ezio Martino. Outro Tipo desta Modalidade são as UMS que oferecem serviço de pediatria e ginecologia e seu trabalho se desenvolve desde as 07:00 horas até 19:00 horas. Estas são: UMS George Chiree, UMS Prof. Alúzio Prata e UMS Valdemar Hial (UBERABA, 2014).

II. Nível secundário ou rede de Atenção Secundaria: Este Tipo de Atenção está preparado para avaliação de pacientes de risco meio e são unidades que contam com serviço ambulatorio especializado ao qual se encaminham os pacientes que não se pode resolver seu problema na atenção básica, estas unidades tem dermatologistas, cardiologistas, neurologistas, psiquiatras, endócrinos, ortopedistas, especialidades odontológicas, etc. Dentre destas unidades temos as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Humberto Ferreira e São Benedito e as Unidades Regional de Saúde (URS) São Cristóvão e Boa Vista. Neste nível temos também Centros Especializados em reabilitação, Centros de Saúde Mental, Álcool e Droga (CAPS`D e CAPS), Centros de Testagem Anónima (CTA), Centros Especializados em Saúde da Mulher (CAISM), Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST). (UBERABA, 2014).

III. Nível Terciário ou Rede de Atenção Terciaria: Esta constituída por a Atenção Hospitalar onde se do atendimento a pacientes de alto risco o com doenças de maior complexidade, dentre deles temos Hospital das Clínicas ou Hospital Escola e o Hospital Universitário Mario Franco. Nesta atenção temos também a modalidade de Tratamento Fora do Domicilio (TFD) para pacientes com doenças de altas complexidades e que sua solução encontrasse fora do município, o sistema garanti transporte para levar aos pacientes para outros municípios onde se realiza seu tratamento ou avaliação, como por exemplo, Reverão Preto, Uberlândia, etc. (UBERABA, 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou

médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-ESB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal(Uberaba, 2014).

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (Uberaba, 2014).

Na UMS George Chiree do Bairro Alfredo Freire na Equipe 3, estão cadastradas 353 famílias totalizando 1600 habitantes, estes dados não são exatos já que minha equipe só conta com a enfermeira e uma agente comunitária, ficando várias áreas descobertas. Mais em compensação, com isto, disponibilizo consulta a pacientes de bairros próximos da área de abrangência o que fazem uma população atendida de aproximadamente 2500 habitantes.

A porcentagem de analfabetismo na área é baixa com níveis similares aos do resto do município. Os principais postos de trabalho são no comércio, diaristas, pedreiros, serviços gerais, no polo industrial e nas fazendas.

As casas de um modo geral são construídas de alvenaria, acabamentos simples, muitas recobertas com telhas tipo Eternit – Brasilit. A média dos moradores por domicílio varia de 5 a 8 pessoas. A iluminação é feita pela rede pública CEMIG, esgoto pela CODAU. A maioria das casas é própria, sendo que algumas são alugadas ou cedidas. O transporte é feito predominantemente por ônibus, carros e motos.

A renda familiar varia, mas a média é um pouco mais que o salário mínimo. Há distribuição de cestas básicas para pessoas com dificuldades temporárias e permanentes, de sopa, de roupas (geralmente instituições religiosas católicas e espíritas). O número de nascimentos é similar ao do resto do município.

As doenças predominantes são: em crianças resfriados e gripe, em adultos com Hipertensão Arterial, Diabetes e doenças decorrentes do Diabetes (Úlcera do pé diabético), Doenças da tireoide, Dependência Química, etc., em idosos com Depressão, Cardiopatias, Artrose, etc. Os problemas de saúde da criança estão dados por falta de higiene, a má alimentação e falta de conscientização das mães.

Dos idosos a falta de uso diário das medicações e consumo de bebidas alcoólicas. As principais causas de morte são problemas das doenças crônicas, o uso de drogas e a violência, morrem - se mais idoso seguido de adultos. As causas mais comuns de adoecimento são resultado pelo estilo de vida das pessoas tais como: tabagismo consumo de drogas e obesidade.

A maioria das casas é abastecida de água pela CODAU, mas existem algumas casas com cisternas; Há serviço de coleta de lixo regular, mas existem áreas de acúmulo em alguns terrenos baldios e quintais. Na área da ESF tem duas escolas, uma creche, uma igreja católica três evangélicas, quatro centros espíritas e uma casa lotérica.

UMS George Chiree está inserida no meio da população de abrangência, é muito procurado para o atendimento, já que tem parceria com a UNIUBE pelo que os encaminhamentos além de ficar na fila eletrônica são um pouco mais rápidos, além de que tem vários especialistas em pediatria e ginecologia.

A unidade tem horário de funcionamento das 07h00min horas até 19h00min horas, oferece serviço de vacinação até essa hora e nela trabalham 44 servidores entre profissionais da saúde e de serviços gerais.

A Área física da unidade é de 183 m<sup>2</sup>, tem 2 consultórios de ESF, 1 sala de PSF, 1 sala de curativo e pronto atendimento, 1 sala nebulização, 1 sala de vacina, 1 sala de Administração, 1 sala das agentes, 1 sala de recepção, 1 sala de Same, 1 sala de esterilização, 1 farmácia, 1 sala de coleta, 1 sala de almoxarifado, 1 sala de limpeza, sala de zoonoses, caixa do lixo, cozinha e estacionamento.

A partir do diagnóstico situacional identificaram-se os seguintes problemas de saúde da área de abrangência do Alfredo Freire III, em reunião com os líderes da comunidade e a equipe de saúde utilizando o método de Planejamento Situacional Estratégico: Elevada prevalência de doenças Endócrinas Metabólicas.

1. Elevada prevalência de problemas de saúde mental.
2. Elevada prevalência de Hipertensão.
3. Elevada frequência de fumantes e consumo de álcool.
4. Elevada incidência de doenças respiratórias agudas.

Elevada prevalência de prevalência de Hipertensão Arterial da população de abrangência, a equipe determinou prioridades segundo a tabela 2 (fazer chamativos de tabelas e quadros no texto), baseado no método de estimativa rápida e

analisando algumas características dos problemas, como: importância, capacidade de intervenção.

Tabela 2. Priorização dos problemas

Problemas	Importância	Capacidade de intervenção	Pontuação total	Ordem de prioridade
Elevada prevalência de problemas Hipertensão.	4	3	7	1
Elevada prevalência de doenças Endócrinas Metabólicas	2	4	6	2
Elevada prevalência saúde mental	3	2	5	3
Elevada incidência de doenças respiratórias.	1	2	3	4
Elevada frequência de dengue nas chuvas.	1	2	3	5
Elevada frequência de fumantes e consumo de álcool	1	2	3	6

Fonte: ESF: Alfredo Freire 3, 2014.

O principal problema priorizado pela equipe foi a elevada prevalência de problemas de hipertensão na área de abrangência, com elevado abandono do tratamento, com a não participação no grupo de hipertensão, assim como o número de pacientes não controlados.

Nossa área, apesar de não ficar coberta em sua totalidade, tem 207 pacientes que conhecem seu diagnóstico como hipertenso, e nos últimos 12 meses incrementou-se em 31 pacientes. Sem deixar de reconhecer que temos um sub-registro.

### Identificação dos "nós críticos"

#### As principais causas deste problema são:

1. Desconhecimento e falta de informação sobre a doença: não sabem o significado de doença crônica, hábitos e estilos de vida inadequados (sal e gordura na dieta, sedentarismo e obesidade).
2. Família disfuncional: problemas familiares afetam todos os membros da família, falta de apoio na adesão ao tratamento e a dieta, e presença de dependência química e de álcool.

3. Automedicação: muito difundida na população pode produzir diferentes reações adversas assim como deixar de tomar o tratamento por psicoativos.
4. Inadequada abordagem da equipe: desconhecimento da magnitude do problema por parte dos profissionais da equipe, inadequada relação dos profissionais com os pacientes, assim como abordagem do problema enfocado na doença e não no paciente.

## 6.2. Proposta de Intervenção

Para a elaboração do plano de ação reuniu-se o equipe e parte dos líderes da comunidade para procurar as melhores soluções e estratégias para enfrentar os problemas, identificando os produtos e resultados dos recursos necessários para sua concretização.

Plano de ação: Equipe de saúde Alfredo Freire 3, 2014.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ projeto</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Desconhecimento e falta de informação sobre a doença</b>	<b>Apreendendo sobre hipertensão</b> Identificar estilos de vida inadequados e aumentar conhecimentos sobre a doença.	Aumentar os conhecimentos e modificação de estilos de vida.	Palestras educativas sobre manejo da doença e importância de realizar atividades físicas, dieta adequada e controle de peso.	<b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre Hipertensão arterial. <b>Organizacional:</b> participação do grupo de hipertensão <b>Financeiros:</b> Para distribuição de folhetos, cartilhas.
<b>Apoio familiar</b>	<b>Educando a família</b> Promover apoio da família na	Melhorar a adesão ao tratamento e envolvimento da família ao	Dinâmica familiar sobre a importância da participação da família no	<b>Cognitivo:</b> Conhecimentos sobre a importância da família e sua

	adesão ao tratamento e a dieta.	tratamento dos pacientes.	tratamento dos pacientes.	participação no tratamento dos pacientes. <b>Financeiros:</b> para distribuição de folhetos, cartilhas.
	Avaliar participação da família no controle da doença.	Aumentar o envolvimento da família no controle do paciente hipertenso.	Oficina sobre importância da família no controle ativo da doença.	<b>Cognitivo:</b> sobre técnicas de Educação em Saúde e terapia grupal <b>Financeiros:</b> Retroprojeter, folhas, canetas e outros recursos necessários.
<b>Inadequada abordagem da equipe.</b>	<b>Acolhimento e acompanhamento.</b> Treinar a equipe de saúde família sobre os principais aspectos no cuidado dos pacientes hipertensos.	Melhorar relações da equipe de saúde com os usuários.	Educação continuada sobre hipertensão e papel na equipe no acompanhamento dos pacientes	<b>Cognitivos</b> Conhecimento sobre a doença. <b>Organizacional.</b> Agenda organizada.
	Melhoria da assistência ao hipertenso e monitoramento do hipertenso	Aumento da cobertura dos hipertensos nas	Atendimento integral e de qualidade por parte da equipe e monitoramento do	<b>Cognitivos.</b> Conhecimentos para a capacitação da equipe de saúde.



	medicado se não conseguir controlar a pressão.	consultas, grupos e visita domiciliar.	resultado no processo de trabalho.	no de	<b>Financeiros</b> Recursos e aumento do fornecimento de medicamentos para o grupo de Hipertensão. <b>Políticos</b> Para melhorar as condições de trabalho dos profissionais e desenvolvimento das atividades do grupo.
--	--	--	------------------------------------	-------	--

Neste quadro se planeia o Plano de intervenção onde se pretende dar solução aos pontos críticos discutidos pela equipe a través de variáveis como: Operação e Projeto, Resultados Esperados, Produtos y Recursos necessários. A equipe assim planeia as soluções, o que se espera em melhoras para o problema além dos recursos necessários para lograr os objetivos traçados.

**Análise da viabilidade do plano:** Equipe de saúde Alfredo Freire 3, 2014.

Operações - projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<b>Apreendendo sobre hipertensão</b>	<b>Financeiros:</b> Para distribuição de folhetos, cartilhas.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	

<b>Educando a família</b>	<b>Financeiros:</b> para distribuição de folhetos. Retroprojektor, folhas, canetas e outros recursos necessários.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	
<b>Acolhimento e acompanhamento</b>	<b>Financeiros</b> Recursos e aumento do fornecimento de medicamentos para o grupo de Hiperdia. <b>Políticos</b> Para melhora das condições de trabalho dos profissionais e desenvolvimento das atividades do grupo.	Prefeitura  Prefeitura.	Favorável  Indiferente	Apresentar projeto.  Apresentar projeto.

No Quadro anterior se analisa a viabilidade do plano na base dos recursos críticos que a gente vai precisar tanto no âmbito financeiro, o controle dos recursos e as ações e estratégias para fazê-los.

**Plano operativo do projeto:** Equipe de saúde Alfredo Freire 3, 2014.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Apreendendo sobre</b>	Aumento dos	Palestras		Equipe	Mensal

<b>hipertensão</b>	conhecimento sobre a modificação de estilos de vida.	educativas sobre manejo da doença e importância de realizar atividades físicas, dieta adequada e controle de peso.		de saúde	
<b>Educando a família</b>	Melhora a adesão ao tratamento e envolvimento da família ao tratamento dos pacientes. Aumentar o envolvimento da família no controle do paciente hipertenso.	Dinâmica familiar sobre a importância da participação da família no tratamento dos pacientes. Oficina sobre importância da família no controle ativo da doença.		Equipe de saúde	4meses  6meses
<b>Acolhimento e acompanhamento</b>	Melhorar relações da equipe de saúde com os usuários. Aumento da cobertura dos hipertensos	Educação continuada sobre hipertensão e papel na equipe no acompanhamento dos		Equipe de saúde  Equipe de saúde	2meses  Semanal

	nas consultas, grupos e visita domiciliar.	pacientes. Atendimento integral e de qualidade por parte da equipe e monitoramento do resultado no processo de trabalho.	Apresentar projeto	Enfermeira-Gerente da unidade Secretária de saúde prefeitura	4meses
--	--	--	--------------------	--	--------

A gestão desse plano de ação é marcada por um acompanhamento e monitoramento que se baseiam em uma análise quantitativa e qualitativa.

Coordenação: Liusmel Padrón Rodriguez. Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produto	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Palestras educativas sobre manejo da doença e importância de realizar atividades físicas, dieta adequada e controle de peso.	Médico Enfermeira	Mensal.			
Dinâmica familiar sobre a importância da participação da família no tratamento dos	Médico Enfermeira Agentes Comunitárias.	4meses.			

pacientes.					
Oficina sobre importância da família no controle ativo da doença.	Médico Enfermeira	6meses			
Educação continuada sobre hipertensão e papel na equipe no acompanhamento dos pacientes.	Médico Enfermeira Odontologista Agentes Comunitários.	2meses			
Aumento da cobertura através do Grupo de Hiperdia-Consultas-Visitas domiciliares	Médico Enfermeira Odontologista Agentes Comunitários.	Uma vez por semana			
Atendimento integral e de qualidade por parte da equipe e monitoramento do resultado no processo de trabalho.	Gerente da unidade- Secretaria de saúde. Prefeitura.	4meses.			

## PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

- **Promover ações educativas para aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre os problemas de hipertensão arterial.**

Para cumprir com este objetivo a equipe tem planejado a realização de palestras educativas sobre o manejo da doença e a importância de realizar atividades físicas, levar uma dieta adequada e controle do peso corporal. Além disso, com a distribuição de folhetos para os hipertensos. Estas palestras serão realizadas uma vez por mês com supervisão do médico ou a enfermeira.

- **Estimular a equipe de saúde da família na abordagem familiar da doença visando à inclusão da família no controle da hipertensão arterial.**

Mediante a dinâmica familiar pretende-se estimular a incorporação da família no controle do hipertenso e a participação ativa sobre o controle do tratamento. Também estas dinâmicas e oficinas estão carregadas de conhecimento de fácil compressão que ajudarão a equipe e família o papel que eles jogam no acompanhamento integral do hipertenso, e serão feitas pelo médico, enfermeira e agentes comunitárias de forma rotativa a cada 4 meses.

- **Estabelecer um conjunto de estratégias para promover a adesão ao tratamento com a conseqüente diminuição da automedicação.**

No processo de Acolhimento e acompanhamento, pretende-se aumentar a cobertura dos hipertensos no Grupo de HIPERDIA, consulta e as visitas domiciliares, com contato semanal. Pretende-se assim ter maior compromisso da equipe com os hipertensos diminuindo os espaços entre ambos, isso aumentará a confiança dos pacientes na equipe e maior adesão ao tratamento.

- **Aperfeiçoar os conhecimentos da equipe de saúde sobre hipertensão arterial através da educação continuada.**

Com a participação de forma ativa no processo de atenção integral ao hipertenso, a equipe acrescentará os conhecimentos no processo de trabalho do dia a dia, e também através da Educação Continuada planejada a ser realizada a cada 2 meses com temas de hipertensão no qual os

diferentes integrantes da equipe vão discutir um tema de relevância que ficará decidido na Educação Continuada. Também será feito a cada 4 meses um monitoramento do processo de trabalho pelo gerente da unidade com a participação da Secretaria de Saúde.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o trabalho pretendemos estimular mudanças no estilo de vida dos pacientes e sua família, aperfeiçoar os conhecimentos da equipe da família os pacientes bem como a família, aumentar o controle da doença e diminuir a automedicação, estimular o diagnóstico precoce adequado da hipertensão sistêmica e o tratamento rápido das complicações; aumentar o grau de conhecimentos dos pacientes assim como a família sobre os fatores de risco associados à hipertensão arterial com o intuito de aumentar o controle da doença. Tendo como o resultado melhor preparação do paciente assim como no incremento da sua qualidade de vida, baixa morbidade, aumentar o número de atividades coletivas com os grupos de hipertensos para ter maior participação no grupo.

Melhorar relacionamento com a equipe de saúde da família e diminuição dos internamentos e complicações por problemas de hipertensão, assim como uma equipe mais preparada para o atendimento integral dos pacientes hipertensos.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/protocolodehipertensao.pdf>>; 07-2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)>; 09-2014.

CAMPOS, F. C; FARIAS. H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação de Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CANESCHI, C. A. **Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, 2011. Disponível em <<http://www.ufjf.br/proplamed/files/2011/04/atencao-primaria-a-saude.pdf> > 08-2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional, 2008-2012**. Disponível em: <http://ibge.gov.br>>; 09- 2014.

OLMOS, R. D; LOTUFO, P. A. Epidemiologia da Hipertensão arterial no Brasil e no mundo. **Ver. Bras. Hipertensos**. v. 9; p. 21-23, 2002 Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-1/006.pdf>>; 10-2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz de Monitorização Ambulatorial da Pressão (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização residencial de Pressão Arterial (MAPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v 97,n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v97n3s3/v97n3s3a04.pdf>>; 01-2015

UBERABA. Prefeitura Municipal. Disponível em <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/principal>>. 06- 2014.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde-2013/2014-2017**. 2014.