

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

**DANIEL MIGUEL CASADO PEREZ**

**HIPERTENSAO ARTERIAL: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A**  
**REDUÇÃO DOS FATORES DE RISCO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**  
**MARIA OLIVIA DE CASTRO OLIVEIRA, NO MUNICÍPIO AGUANIL-**  
**MINAS GERAIS.**

**BOM DESPACHO/ MG**

**2018**

**DANIEL MIGUEL CASADO PEREZ**

**HIPERTENSAO ARTERIAL: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A  
REDUÇÃO DOS FATORES DE RISCO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
MARIA OLIVIA DE CASTRO OLIVEIRA, NO MUNICÍPIO AGUANIL-  
MINAS GERAIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da  
Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para  
obtenção do Certificado de Especialista.  
Professora orientador: Edison José Corrêa

**BOM DESPACHO/ MG**

**2018**

**DANIEL MIGUEL CASADO PEREZ**

**HIPERTENSAO ARTERIAL: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A  
REDUÇÃO DOS FATORES DE RISCO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
MARIA OLIVIA DE CASTRO OLIVEIRA, NO MUNICÍPIO AGUANIL-  
MINAS GERAIS.**

Examinador 1: Professor Dr Edison José Corrêa (Orientador) Universidade  
Federal de Minas Gerais.

Examinador 2: Professora Mestre Fernanda Magalhães Duarte Universidade  
Federal de Minas Gerais.

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2018

**BOM DESPACHO/ MG**

**2018**

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus amigos brasileiros e cubanos. Aos professores do curso pela dedicação e ajuda nos diferentes módulos do curso.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela oportunidade de conhecer um novo mundo de realidades e possibilidades.

Ao governo por me dar a oportunidade de compartilhar com os irmãos brasileiros na melhora da saúde do povo carente.

À equipe da Unidade Básica de Saúde Maria Olivia de Castro Oliveira, no município Aguanil-MG, que me ajudou na coleta e fornecimento dos dados necessários para a realização de meu trabalho.

À minha família pela paciência e a confiança. A meus professores orientadores, pela dedicação e ajuda incondicional.

A meu tutor, Bruno Leonardo de Castro Sena, que me auxiliou na fase de integralização de créditos.

## RESUMO

A hipertensão é uma condição assintomática que eleva, de forma anormal, a pressão sanguínea dentro das artérias. Por isso é considerado um problema de saúde em âmbitos nacional e internacional. O objetivo deste trabalho foi propor um projeto de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial sistêmica na região de atuação da Equipe do Programa de Saúde da Família Maria de Oliveira, situada no município de Aguanil/MG. Pelo método do planejamento estratégico simplificado foi realizada estimativa rápida dos problemas de saúde na comunidade e o problema priorizado — diminuir a incidência de hipertensos na população adstrita a Equipe de Saúde da Família Maria Olivia de Castro Oliveira, no município Aguanil — Minas Gerais. Como embasamento conceitual buscou-se na literatura (trabalhos) abordando os temas correlatos. Para o plano de intervenção foram estabelecidos projetos/ações: (1) Hábitos e estilos de vidas não saudáveis; (2) Fatores culturais e carências que dificultam a adesão ao tratamento; (3). Pouca informação sobre a hipertensão arterial sistêmica o que dificulta a forma do paciente conviver com a mesma; (4) Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e atendimento. As ações propostas para o projeto incluem capacitação para a equipe de saúde e ações educativas com os pacientes. Busca-se abordar a problemática da hipertensão arterial dando fala para comunidade escolar, na intenção de gerar a capacidade de tomada de decisão por parte da população.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Prevenção Primária. Educação em Saúde. Atenção primária à saúde.

## **ABSTRACT**

Hypertension is an asymptomatic condition that abnormally elevates blood pressure inside the arteries. This is why it is considered a health problem at national and international levels. The objective of this study was to propose an intervention project to reduce the incidence of systemic arterial hypertension in the region of the Maria de Oliveira Family Health Program Team, located in the municipality of Aguanil / MG. Through the simplified strategic planning method, a rapid estimation of health problems in the community was carried out and the priority problem was to reduce the incidence of hypertension in the population attached to the Maria Olivia de Castro Oliveira Family Health Team in Aguanil — Minas Gerais. As a conceptual basis, the paper sought to address the related themes. For the intervention plan, projects / actions were established: (1) Habits and styles of unhealthy lives; (2) Cultural factors and deficiencies that make adherence to treatment difficult; (3) Little information on systemic arterial hypertension, which makes it difficult for the patient to live with it; (4) Process of inadequate health team work to address problems, affecting the quality of care and care. The actions proposed for the project include training for the health team and educational actions with patients. The aim is to address the problem of arterial hypertension by giving speech to the school community, in an attempt to generate the capacity for decision-making by the population.

**Key words:** Hypertension. Primary Prevention. Education in Health. Primary health care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PROVA	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	Scientific Electronic Library on line
SEPLAN	Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicilio
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
1.1.Breves informações sobre o município de Aguanil, em Minas Gerais.....	11
1.2.Sistema municipal de saúde.....	13
1.3 Unidade Básica de Saúde e a Equipe de Saúde da Família Maria Olívia de Castro Oliveira.....	15
2.JUSTIFICATIVA .....	19
5.3 O trabalho da Estratégia Saúde da Família junto ao hipertenso .....	26
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	29
6.1 Descrição do problema selecionado.....	29
6.2 Explicação do problema (quarto passo) .....	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	31
6.4 Desenho das operações sobre os nós críticos (sexto passo) .....	32
6.5 Plano operativo e identificação dos recursos críticos(sétimo passo) .....	32
6.6 Análise de viabilidade do plano: gestão do plano (oitavo passo) .....	33
6.6.1Plano operativo .....	33
6.6. 2 Avaliação e monitoramento .....	34
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	35
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICE .....	39

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial destaca-se como um dos principais fatores de risco modificáveis que pode levar ao desenvolvimento e/ou agravamento de doenças cardiovasculares. Estudos internacionais apontam uma prevalência de 26,4% na população adulta no ano 2000 e estimam que este valor aumente até cerca de 60% até 2025 (KEARNEY et al, 2005).

No Brasil a prevalência de hipertensão assume valores elevados, variando entre 15,1% em Palmas e 24,9% no Recife, com maior frequência em mulheres, conforme estudo realizado com adultos de 18 anos ou mais por inquérito telefônico em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal (MOURA et al.,2008). Estudos mais recentes confirmam estes resultados, conforme estudo realizado por Barbosa e colaboradores, (2008), com adultos de 18 anos e mais no município de São Luís, Maranhão, onde encontraram valores de prevalência de 27,4%, semelhantes aos apontados.

A Sociedade Brasileira de Hipertensão define a doença como distúrbio multifatorial caracterizado por níveis elevados e sustentados de pressão arterial sendo diagnosticada por método auscultatório indireto ou por técnica oscilométrica. Seu controle pode ocorrer por meio de medidas não medicamentosas, baseadas na adequação dos hábitos de vida, ou através de medidas medicamentosas, sendo que a necessidade da terapia medicamentosa deve ser determinada clinicamente em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto (MALACHIAS et al, 2016).

A identificação de fatores de risco para a hipertensão vem colaborando para o aprimoramento e avanço de ações de prevenção e controle de doenças cardiovasculares, além de contribuir para o redirecionamento de medidas relacionadas à terapia medicamentosa e não medicamentosa.

## **1.1. Breves informações sobre o município de Aguanil, em Minas Gerais.**

O município de Aguanil/MG está localizado no sudoeste mineiro a 215 quilômetros de distância da capital do estado, Belo Horizonte. Possui uma população estimada para 2017 de 4440 habitantes (estimativa IBGE, 2017), com uma densidade demográfica de 17,47 hab. /km<sup>2</sup>. Apresenta um vasto território rural, onde reside grande parte (42,2%) da população (BRASIL, 2014).

Logo, é notável a importância da agropecuária para a economia local, com as principais lavouras concentradas no cultivo do café, milho, cana, arroz, feijão e mandioca, bem como da criação de gado de corte. A agricultura de subsistência também exerce papel importante para o setor econômico, inclusive marcando presença na área urbana, uma vez que a maioria das residências possui um vasto quintal com hortas e pomares. Tal fato é refletido no pequeno comércio, que oferece pouca variedade de frutas e vegetais, não havendo também a tradicional feira semanal (BRASIL, 2014).

As atividades econômicas foram alavancadas na década de 90 a partir da instalação de indústrias de confecção, causando um grande êxodo dos trabalhadores do campo para o setor secundário. Alguns habitantes inclusive passaram a trabalhar em fábricas pertencentes a municípios vizinhos, principalmente em Cristais. A mão de obra especializada também sofreu este processo, porém, se deslocando para Campo Belo, cidade (polo) da região, com maiores ofertas de emprego que acaba atraindo a maioria dos trabalhadores com formação no ensino superior (BRASIL, 2014).

A cidade mantém um clima pacato, com poucas opções de lazer, baseadas principalmente nas festas religiosas, cavalgadas e carnaval temporão, famoso na região. Com relação à qualidade de vida, ainda tem muito a melhorar. O índice de desenvolvimento humano é médio (0,741) e a taxa de mortalidade infantil é alta, 22,7 óbitos para 1000 nascidos vivos (BRASIL 2012). Apenas 72,7% das casas têm captação adequada do esgoto, 79% recebem abastecimento de água da rede pública e 18,6% não dão destino adequado ao lixo. Porém, as ruas são muito limpas, as praças estão em ótimo estado de

conservação, e apesar do pouco número de lixeiras, não se observa lixo nas vias públicas (BRASIL, 2014).

O acesso à saúde, outro determinante da qualidade de vida, foi facilitado a partir de 1999, com a implantação do Programa de Saúde da Família, e aprimorado em 2006 com instalação de uma segunda equipe de Saúde da Família, a equipe Aguanil, da qual faz parte o autor, sediada na Unidade de Saúde da Família Maria Olívia Castro de Oliveira (BRASIL, 2018).

Está localizada a 949 metros de altitude, entre as rodovias federais BR-354 e BR-369, a 35 quilômetros da Rodovia Fernão Dias. A cidade mais próxima é Campo Belo, que possui população de 54458, na estimativa 2017 (BRASIL, 2018).

O Produto Interno Bruto (PIB) de Aguanil é de R\$ 27.882,734 mil, e o PIB *per capita* é de R\$ 6.563,73. A renda média mensal do município, por trabalhador formal, é avaliada em 1,4 salários mínimos (SM) e apenas 16,4% da população está formalmente empregada. Destacam-se, na economia do município, o setor têxtil e a agricultura. Na agricultura destacam-se café, milho, feijão e o arroz. Na pecuária, praticamente todos os produtos derivados do gado tem grande expressão, tais como o leite (laticínios), carne (frigoríficos) e couro (curtumes). A indústria de base e o ramo da mineração são outros segmentos de destaque, uma vez que o território é rico em granitos, argilas e calcário. A indústria cerâmica também tem presença importante na economia (BRASIL, 2018).

Acredita-se terem sido os índios Cataguases os primitivos habitantes da região de Campo Belo, de onde se desmembrou o município de Aguanil. Sabe-se que os primitivos habitantes brancos foram os senhores Joaquim Montenegro Sales e Evaristo Pimenta dos Reis, que erigiram um cruzeiro no local onde hoje se situa o município de Aguanil-MG. Posteriormente, Herculano Pimenta dos Reis e Maria Claudina de Jesus, doaram uma quarta de terras, onde foi construída uma capela pelas famílias Pimenta, Alves, Felício e Silva. Em torno da capela, dedicada a Nossa Senhora Aparecida, formou-se o arraial, tendo como causa principal o desenvolvimento da agricultura e da pecuária. A localização do povoado, ao longo da estrada que ligava a cidade de Campo Belo ao Porto do Jacaré, antigo embarcadouro fluvial no Rio Grande, ligando o sul com o oeste de Minas, foi fator determinante do crescimento do povoado. A origem do topônimo deve-se ao Ribeirão que corta a cidade e que se chama Água Limpa. Por transferência de sentido, o município recebe o nome de Aguanil, ou seja, águas azuis, claras (BRASIL, 2018, p.20).

O município tem 1537 domicílios e 1333 famílias. Destaca-se que 100% da população é usuária da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde. (E-SUS, 2017).

Entre os equipamentos sociais e pontos de atenção à saúde presente pode-se destacar uma Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família, um Laboratório de Análises Clínicas; uma Escola Estadual, uma Escola Municipal e Centro Municipal de Educação Infantil. A população pode contar com três praças, igrejas, lojas, um banco, uma loja de correios, três farmácias, uma funerária, açougues etc. O município conta com serviços de luz elétrica, água de rede pública, telefonia fixa e esgoto. Segundo o SIAB, 1.333 famílias possuem acesso ao esgotamento sanitário. Nota-se, também, que 1.342 possuem coleta de lixo pública (SIAB, 2017).

Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada. Nos domicílios 990 (famílias) utilizam a filtração como método de tratamento e 343 das famílias não tratam ou não informaram o tipo de tratamento (SIAB, 2017).

## **1.2. Sistema municipal de saúde**

O Conselho de Saúde é uma instância, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei n.º 8.142/90. Os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde (BRASIL, 2012).

“São estratégias institucionais que objetivam a participação social e abrem as portas do SUS à sociedade civil organizada” (SOUZA, 2012, p. 6) e tem por objetivo criar uma nova cultura política participativa tendo como princípios fundamentais a equidade, integralidade e a universalidade dos serviços públicos de saúde prestados à população brasileira (LABRA, 2002).

Sistema com reuniões mensais onde discutam-se os problemas da comunidade, assim como os investimentos para assegurar o bem-estar da saúde da população. Está composto por membros da população e funcionários públicos (prefeitura e câmara de governo, prestadores de saúde, profissionais de saúde e usuários).

O município em questão conta com um Centro de Saúde, onde é feito o atendimento em diferentes especialidades médicas (ginecologia/obstetrícia, cardiologia, pequena cirurgia, pediatria). Pacientes que necessitam de outras especialidades, as quais não há no município, são encaminhados pelo Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para outras cidades, onde cabe à prefeitura disponibilizar o transporte. O município conta, portanto, apenas com a rede média complexidade. Já os atendimentos na Rede de Alta Complexidade são feitos fora do município.

É utilizado prontuário eletrônico, ainda apresentando muitas dificuldades, uma vez que os pacientes atendidos em outras especialidades não podem conhecer o motivo do atendimento nem os diagnósticos feitos pelo médico. Isso ocorre porque a contra referência não é feita como desejável e, ainda, não existe articulação entre a atenção básica, a policlínica e o pronto-atendimento.

A rede de saúde da atenção básica conta com três equipes da Estratégia Saúde da Família, duas na área urbana e uma, na zona rural. Há um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e farmácias populares. A Saúde Bucal abrange toda a área urbana e conta com três dentistas e três auxiliares de saúde bucal. O município aderiu à estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como estratégia inicial para organização do território, cadastro das famílias, adoção de práticas de promoção e prevenção à saúde.

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, ocorreu o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, com a implantação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dando apoio as equipes de Saúde da Família (ESF). Vale reiterar a experiência positiva dos NASF, que trazem a inserção de um trabalho multiprofissional, contamos com

o apoio dos seguintes profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, profissional de educação física.

A ESF Maria Olívia de Castro Oliveira abrange um total de 850 famílias, 2.680 habitantes, em que 1272 (47,46%) deles correspondem ao sexo masculino, e 1.408(52,54%)correspondem ao sexo feminino, de acordo às faixas etárias apresentadas no Quadro1.

**Quadro 1— População por faixa etária adstrita à Equipe de Saúde da Família Maria Olívia de Castro Oliveira, em Aguanil/Minas Gerais,2017.**

Idade Sexo	Menor que 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60ou mais	Total
Masculino	7	60	81	69	89	380	159	178	249	1272
Feminino	3	71	81	83	96	402	198	183	291	1408
Total	10	131	162	152	185	782	357	361	540	2680

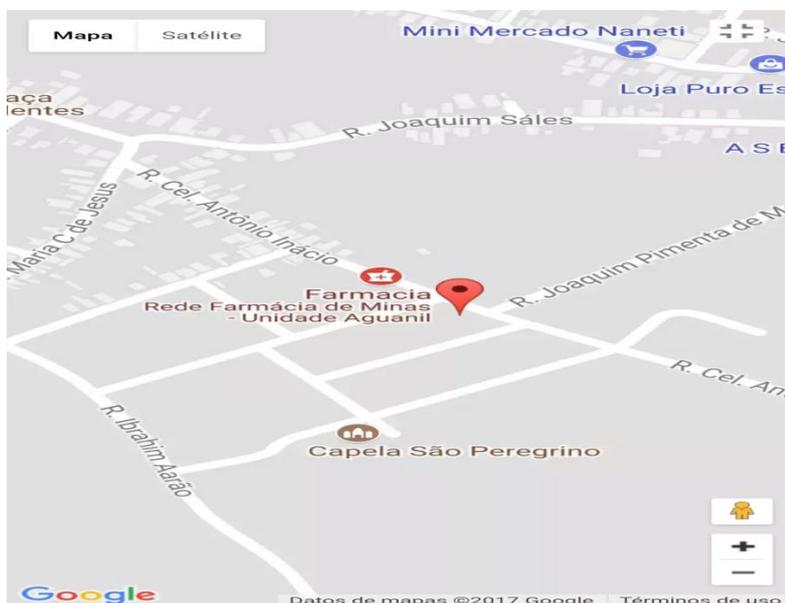
Fonte: E-SUS, 2017

**1.3 Unidade Básica de Saúde e a Equipe de Saúde da Família Maria Olívia de Castro Oliveira**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) que sedia a equipe de Saúde da Família Maria Olívia de Castro Oliveira foi inaugurada no dia 05 de janeiro de 1999, na (rua) Coronel Antônio Inácio, no centro da cidade (Figura 1).

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira de 7:00 horas às 16:00 horas. Conta com uma sala de recepção, área para espera de pacientes (contendo cadeiras, bebedouro de água e televisão) um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de ginecologia, uma sala de vacinas, uma sala para pré-consultas, depósito de materiais de limpeza (DML), cozinha, salão de reuniões, sala de arquivos, sala dos agentes comunitários de saúde, um consultório odontológico e quatro banheiros.

**Figura 1 —Localização da Unidade Básica de Saúde Maria Olivia de Castro Oliveira, no município de Aguanil- Minas Gerais—2018.**



Fonte: Google Maps, 2018.

A equipe é formada pelos profissionais: um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, duas auxiliares de enfermagem, uma dentista, uma técnica de saúde bucal, um auxiliar de Saúde Bucal, cinco agentes de saúde e um recepcionista.

É importante ressaltar que durante o ano 2014 o município passou a contar com um bolsista do Programa Mais Médicos para o Brasil, que possui carga horária de 32 horas de trabalho semanal, e 8 horas de estudo no Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família. O horário de trabalho da equipe respeita os horários de funcionamento da UBS.

Algumas informações sobre a UBS são apresentadas a seguir (BRASIL, 2012)

- Situação em relação à estrutura física e ambiência: desempenho acima da média.
- Situação em relação à adaptação para deficiente e idoso: desempenho muito acima da média.
- Situação em relação aos equipamentos: Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média.

- Situação em relação aos medicamentos: Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média.

#### **1.4 Diagnóstico situacional de saúde— estimativa rápida**

Quando se fala de um problema, não se pode considerar apenas esse, isoladamente, mas sim todo o processo que leva às causas e/ou consequências. Por isso, ao identificar um problema, deve-se considerar se ele é final (terminal) ou intermediário. Os problemas intermediários farão parte de uma cadeia de causas que levam ao problema principal (final ou terminal), tendo igual importância dentro do contexto. No levantamento realizado pelos ACS, na atualização do cadastro das famílias segundo as principais causas de morbimortalidade, foram identificados alguns dos principais problemas enfrentados pela população da área, levando-se em consideração a realidade vivenciada pela equipe.

A equipe que identificou os problemas, estava composta de técnicos da saúde, outros setores e representantes da população. Diante disso foi feita uma estimativa rápida, através dos registros existentes, entrevistas com informantes e observações sobre as condições da vida da comunidade. Através disso foi possível conhecer e obter as informações sobre os principais problemas de saúde da comunidade para a população adstrita de 2680 pessoas:

1. Hipertensão arterial: 579 pacientes (21,60%).
2. Diabetes Mellitus: 295 pacientes (7,22%).
3. Deficiências em geral: 179 pacientes (4,38%).
4. Atenção adequada às gestantes: 55 pacientes (1,35%).
5. Alcoolismo: 08 pacientes (0,29%).
6. Epilepsia: 8 pacientes (0,29%).

Outros usuários: 1.556 pacientes (64,87%).

## 1.5 Classificação dos problemas: seleção do problema prioritário (segundo passo)

A identificação das necessidades do nosso Centro de Saúde, decorrente da avaliação dos determinantes de saúde, permitiu identificar um conjunto dos principais de problemas. Foi construída uma classificação que permitisse selecionar o(s) problema (s) a intervir prioritariamente.

### Quadro 2- Priorização dos problemas no território de estudo

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção / Priorização
Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica	Alta	5	Parcial	1
Alta prevalência de diabetes <i>mellitus</i>	Alta	4	Parcial	2
Atenção adequada às gestantes	Alta	5	Parcial	3
Deficiências em geral	Alta	4	Parcial	2
Alcoolismo	Alta	4	Parcial	1
Alto índice de estresse; alta dependência de psicofármacos	Alta	4	Parcial	2
Baixo nível econômico e cultural da população	Média	2	Fora	3

Fonte: Faria, Campos e Santos (2017). Seleção pelo autor

\*Alta, média ou baixa

\*\*Total de pontos distribuídos deve totalizar 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

## **2. JUSTIFICATIVA**

Com realização do diagnóstico da comunidade, foi possível perceber o elevado o número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, foi identificado como principal problema e classificado como prioridade principal, sendo necessária uma estratégia de intervenção, para melhorar a qualidade de vida do paciente hipertenso, empregando-se importantes ferramentas metodológicas para apoiar um processo de planejamento participativo para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos.

Diante do exposto esse plano de intervenção tem o intuito de proporcionar promoção, prevenção e tratamento de possíveis intercorrências da doença, a equipe de saúde desempenha um papel de extrema importância, para que ocorra um cuidado diferenciado e de qualidade já que a equipe deve estar apta a realizar uma assistência humanizada, baseada na atenção às queixas da paciente, executando e prescrevendo cuidados, orientações de qualidade durante o atendimento, é necessária uma assistência integral por meio de ações e procedimentos técnicos e científicos, assegurando saúde sem intercorrências ou minimizando os agravos/desconfortos que podem surgir.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Elaborar um projeto/plano de intervenção para diminuir a incidência de hipertensos, na comunidade sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Maria Olívia de Castro Oliveira no município de Aguanil/ MG.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Descrever ações de educação permanente em saúde, integradas ao processo de trabalho da equipe de saúde, para enfrentar os problemas relacionados à hipertensão arterial e seus fatores de risco, implementando a qualidade do cuidado e atendimento.
- ✓ Elaborar ações para maior informação aos pacientes hipertensos, suas famílias e comunidade sobre hipertensão arterial, em processos de educação em saúde: estilo de vida e fatores de risco.
- ✓ Propor intervenções que diminuam os fatores de riscos modificáveis que incrementam a incidência de hipertensão arterial na população.

#### **4.METODOLOGIA**

Os procedimentos metodológicos aconteceram em três momentos interligados: realização do diagnóstico situacional, revisão de literatura sobre o tema e elaboração do projeto de intervenção.

Primeiramente, foi realizado o diagnóstico situacional para identificar os problemas relativos à comunidade adscrito à UBS pelo método de estimativa rápida. Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da Unidade de saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); entrevistas com informantes-chave da comunidade utilizando questionários curtos e observação ativa da área pelos membros da equipe especialmente os 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 artigos científicos publicados no período de 2000 a 2017 nos seguintes bancos de dados: Google Acadêmico, SciELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), LILACS, MEDLINE.

Dentre os artigos revisados, foram selecionados aqueles que se enquadravam no enfoque do deste trabalho e mais relevantes em termos de delineamento e resultados encontrados. Alguns artigos citados nesses trabalhos foram utilizados a fim de trazer informações complementares. Foram buscados artigos com os seguintes termos: Hipertensão, Prevenção Primária, Educação em Saúde, Atenção primária à saúde.

Posteriormente à realização do diagnóstico situacional e revisão de literatura propôs-se a construção de um plano de ação para o enfrentamento do problema levantado pela Equipe de Saúde, baseado nos 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Em reuniões de equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizamos o problema: hipertensão arterial. A partir

da sua importância e da nossa capacidade de enfrentamento descrevemos o problema e a elaboração de estratégias para combatê-la.

## **5. REVISÃO CONCEITUAL**

Para um embasamento teórico, a subsidiar o plano de ação, é apresentada uma revisão conceitual sobre os tópicos de HAS: conceituação e fatores de risco.

### **5.1 Hipertensão arterial sistêmica: conceituação**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (MALACHIAS et al, 2016).

É uma doença crônica determinada por elevados níveis pressóricos nas artérias, o que faz com que o coração exerça maior esforço do que o necessário para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos, ela representa sério problema de saúde pública, considerando a sua ampla incidência em indivíduos adultos. Deve ser acompanhada ao longo de seu curso com medidas de controle que visem à qualidade de vida do portador e a prevenção de complicações ela está relacionada com a força que o coração tem que fazer para impulsionar o sangue para o corpo todo. No entanto, para ser considerado hipertenso, é preciso que a pressão arterial além de mais alta que o normal, permaneça elevado (CICCO, 2007).

Smeltzer e Bare (2006) enfatizam que, uma vez identificada, a pressão arterial elevada deve ser monitorada a intervalos regulares, porque a hipertensão é uma condição para o resto da vida e a atenção à saúde tem como meta o tratamento, evitar a morte e as complicações, tendo como referência manter a pressão arterial mais baixa que 140/90 mmHg. Segundo os estudos realizados por Lessa (2001) e Hartmannetal (2007) foi verificado que no Brasil, no período de janeiro de 1998 a junho de 2001, ocorreram 204.227 internações hospitalares de mulheres por HAS, o que representou 11,6% das internações por doenças cardiovasculares específicas.

A cada ano, ocorrem 1,6 milhões de mortes causadas por doenças cardiovasculares na região das Américas, das quais cerca de meio milhão ocorrem em pessoas com menos de 70 anos de idade, o que é considerado morte prematura e evitável. A hipertensão afeta entre 20-40% da população adulta da região, o que significa que nas Américas cerca de 250 milhões de pessoas sofrem de pressão arterial (CICCO, 2014).

Globalmente, estima-se que 18% das mortes (9,4 milhões) e 162 milhões de anos de vida perdidos foram atribuídas ao aumento da pressão arterial em 2010. Cerca de quatro em cada 10 adultos com mais de 25 anos de idade tem hipertensão, e em muitos países 1 em cada 5 pessoas tem pré-hipertensão. Metade das doenças relacionada à hipertensão ocorre em pessoas com níveis mais elevados de pressão arterial, mesmo dentro da faixa normal e a hipertensão impacta desproporcionalmente países de baixa e média renda (BRASIL, 2014).

Quase um quarto dos brasileiros adultos tem de enfrentar a hipertensão, mas o maior controle da doença tem diminuído fortemente o número de complicações ligadas à doença, que chegaram a 2012 ao menor patamar dos últimos 10 anos. De acordo com a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico Vigitel (2012) 24,3% da população têm hipertensão arterial, contra 22,5% em 2006, ano em que foi realizada a primeira pesquisa.

Por outro lado, o número de pessoas que precisou ser internadas na rede pública caiu 25% nos últimos dois anos. Em 2010, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 154.919 internações decorrentes de complicações da hipertensão; em 2011, o número ficou em 136.633 e foi a 115.748 em 2012. Com isso, o Ministério da Saúde registrou a menor taxa de pessoas internadas para 100 mil habitantes nos últimos 10 anos. A taxa passou de 95,04 em 2002 para 59,67 no ano 2012. O Ministério da Saúde revela que mais de 30 milhões de brasileiros sofre de hipertensão arterial, a pressão alta, como é popularmente conhecida (BRASIL, 2015).

## **5.2 Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica**

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2006).

Oliveira (2004) enfatiza que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) somente passa a provocar sintomas quando os órgãos-alvo começam a não mais suportar as alterações que sofreram para se adaptar aos níveis tensionais elevados. Relata que, entretanto, tais alterações não são precoces, surgem geralmente após mais de dez anos de presença da doença através de complicações graves, fato justificado pela evolução assintomática que a HAS apresenta. Infere ainda o autor, que se deve ter como objetivo uma conduta preventiva que pode ser conseguida mediante o diagnóstico precoce e o tratamento da HAS. A adesão ao tratamento pode ser caracterizada como o grau em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas de acompanhamento, coincide com o conselho médico ou de saúde.

Dentre os fatores de risco que favorecem a aquisição desta patologia a idade e principalmente o estilo de vida sedentário contribuem significativamente para tal acontecimento (SOARES et al, 2009). Além disso, atinge cerca de 20% da população adulta podendo chegar a 50% em idosos e atinge mais o sexo masculino até a faixa dos 45 – 50 anos de idade sendo que depois desta faixa etária a prevalência é maior no sexo feminino e ainda cerca de 90% das pessoas em estágio final de doenças renais tem história de HAS (SCACHETTI et al, 2011).

Sabe-se que, toda mudança requer um processo educativo, e esse se dá de uma forma lenta e deve ser contínuo. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com esses pacientes, devem atender às

necessidades de cada um, à medida que se tenta manter o tratamento por longo período (ALMEIDA, 2004).

Para a implementação de ações, o profissional deve procurar conhecer a história do paciente individualmente, de forma a elaborar estratégias que possam contribuir para adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (SOUZA, 2003).

A elevação prolongada da pressão arterial lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos, além de provocar espessamento e perda de elasticidade das paredes arteriais e aumento da resistência vascular periférica nos vasos acometidos. As consequências usuais da hipertensão descontrolada prolongada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. O ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que age para bombear o sangue contra a pressão elevada (POTTER; PERRY, 2001; SMELTZER; BARE, 2006).

Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006, p. 10).

### **5.3 O trabalho da Estratégia Saúde da Família junto ao hipertenso**

O aumento da Pressão Arterial é um dos fatores de risco para doença coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal. Esses agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo social (ARAÚJO E GUIMARÃES, 2007).

Diante dessa necessidade vivenciada no setor saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Assim sendo, o PSF pretende promover a saúde através de

ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente (BRASIL, 2000).

O Programa Saúde da Família é uma estratégia que representa um dos principais eixos de ação do Ministério da Saúde para mudar o modelo de assistência à saúde no país. A estratégia prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e/ou contínua (MANO E PIERIN, 2005).

Diante da necessidade de um melhor atendimento a esses pacientes o elabora se umas questões sobre a anamnese, exame físico básico e as orientações recebidas, que devem ser realizados no momento da consulta. Considerou-se a abordagem desses aspectos tanto na consulta médica como na de enfermagem. Como podemos observar abaixo:

- Avaliação da anamnese: esse item foi composto por nove questões. Indagou-se ao paciente se, durante alguma das consultas realizadas, o profissional de saúde havia lhe pedido informações sobre a história familiar, progressão e atual da doença, uso de medicamentos, estilo de vida, hábito alimentar e características do trabalho. Criou-se um escore, no qual cada resposta positiva valia um ponto. Para a análise, foram criadas três categorias, referentes ao número de respostas afirmativas do paciente: anamnese *insatisfatória* (0 a 2 pontos), anamnese *incompleta* (3 a 6 pontos) e anamnese *ótima* (7 a 9 pontos);
- Avaliação do exame físico: o item exame físico foi composto por sete questões que englobaram, em qualquer das consultas efetuadas pela ESF, verificação da pressão arterial (mostrou-se o esfigmomanômetro ao paciente com demonstração da técnica), peso e altura, perímetro abdominal, ausculta cardíaca e pulmonar (mostrou-se o estetoscópio ao paciente, dramatizando a técnica), exame abdominal, vascular periférico e de fundo de olho. Contando um ponto para cada resposta positiva, foram criadas três categorias, referentes ao número de respostas afirmativas do paciente: exame físico *insatisfatório* (0 a 2 pontos), exame físico *incompleto* (3 a 5 pontos) e exame físico *ótimo* (6 a 7 pontos);

- Avaliação sobre orientações recebidas: medidas como proporções de orientações quanto à dieta adequada à sua condição física, prática de atividade física, medidas de redução de estresse, importância sobre parar de fumar e o consumo de bebidas alcoólicas, em qualquer das consultas médicas ou de enfermagem, palestras, aulas ou atividades de grupo organizadas pela ESF.
- Satisfação do paciente: medida como proporção dos que referiram estar satisfeitos com o programa.

O programa de saúde da família é de suma importância no cuidado a esses pacientes, visando um acompanhamento integral e multidisciplinar para melhores resultados nos tratamentos indicados.

## **6. PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Conforme dito na metodologia deste trabalho, o projeto de intervenção foi norteado seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional.

Podem ser observados, no Quadro 2, apresentado anteriormente, os problemas identificados no território em estudo e suas respectivas classificações de priorização quanto à importância para solução do objetivo proposto.

A proposta desse trabalho é apresentar algumas operações/projetos para resolver ou minimizar o problema prioritário, a “falta de um acompanhamento sistematizado de hipertensos atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Aguanil/MG”.

Para esse problema foram definidos quatro nós críticos, ou seja, situações que, executadas, ajudam a resolver ou minimizar o problema prioritário. Para cada nó crítico é definida uma operação/projeto, da qual se registram os resultados esperados e os produtos, as ações estratégicas necessárias para isso, com definição de responsável (eis), prazo, acompanhamento e avaliação, e viabilidade. A referência é proposta da Seção 3 Elaboração do Plano de Ação, do módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

Segundo o levantamento realizado pelos ACS na região de Aguanil por ocasião da atualização do cadastro das famílias, as principais causas de morbimortalidade foram identificadas alguns dos principais problemas enfrentados pela população de sua área adstrita, levando-se em consideração a realidade vivenciada pela equipe e a metodologia aplicada, o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Para um total de 2.680 pessoas de nossa área de abrangência, 579 pacientes (21,60%) sofrem de Hipertensão Arterial Sistêmica (SIAB, 2017).

Mediante os controles realizados e os atendimentos feitos pela equipe de saúde aos pacientes, muitos deles mantêm níveis pressóricos elevados, principalmente em pessoas com idade acima de 15 anos. Além disso, muitos não levam hábitos e estilos de vida adequados, o qual é um dos objetivos da equipe de saúde. Outras causas que implicam na aparição da doença é o sedentarismo, uma vez que os pacientes não conhecem a importância da execução de exercícios físicos de forma periódica.

Percebe-se que outro problema encontrado na área de abrangência foi a Diabetes Mellitus. É possível notar que 295 pacientes (7,22%) possuem esta condição, predominando também nestes pacientes a baixa adesão ao tratamento, uma vez que são sedentários e com máos hábitos alimentares.

## **6.2 Explicação do problema (quarto passo)**

A prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Brasil atinge altas taxas variando de acordo com a faixa etária. Em adultos a prevalência da HAS entre adultos é de 22% a 44%, em pessoas com 60 a 69 anos é de mais de 50%, atingindo 75% em pessoas com mais de 70 anos. Quanto ao sexo há um ligeiro aumento entre a população feminina (MALACHIAS, 2016).

Apesar dessa alta prevalência, as taxas de controle são baixas, embora seja notório que medidas simples podem controlar a pressão arterial, como modificações de hábitos e estilo de vida, além da adesão ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, na área de abrangência da equipe, observa-se que as pessoas apresentam dificuldades em mudar comportamentos e seguir os esquemas terapêuticos propostos.

A hipertensão arterial é uma doença silenciosa, por não apresentar sintomas no início, e também em algumas ocasiões que o paciente já apresenta altos níveis de pressão arterial (PA). Nota-se que as pessoas hipertensas não dão a devida importância à doença e a seu tratamento. Percebe-se na área de abrangência da equipe que muitas pessoas com HAS não seguem as orientações do médico e dos demais membros da equipe de

forma adequada, nem fazem o controle da PA, o que favorece o descontrole e a aparição de complicações em um menor período de tempo.

O estudo mostra que um grande número de pessoas com HAS, não controlada, se deve a fatores como: diagnóstico e identificação não oportunos, não estar cadastrado, não comparecer à unidade de saúde, não fazem uso de correto da medicação; muitos se automedicam desconhecendo desta prática, a gravidade da doença e complicações; resistem às mudanças dos hábitos alimentares e do estilo de vida, mantendo uma vida sedentária sem atividades físicas.

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

A identificação das causas é fundamental para a tomada de decisão, pois é necessário atacar os seus nós críticos do problema para alcançar uma melhor solução. Para Campos; Faria e Santos (2010, p. 63), “nó crítico é um tipo de causa do problema que, quando atacada é capaz de impactar o problema principal e efetivamente enfrentá-lo”. Portanto, é necessário analisar as várias causas, selecionando as mais importantes e que precisam ser enfrentadas, de acordo com a governabilidade da equipe de saúde.

Diante disso as causas que envolvem a problemática foram estudadas para a análise dos nós críticos, a qual pode ser observada no APÊNDICEA. Definem-se como os principais “nós críticos” do problema:

- Hábitos e estilos de vidas não saudáveis.
- Fatores culturais e carências que dificultam a adesão ao tratamento.
- Pouca informação sobre a doença, o que dificulta a forma do paciente conviver com ela.
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e atendimento.

#### **6.4 Desenho das operações sobre os nós críticos (sexto passo)**

Após a explicação do problema e identificadas as suas causas consideradas mais importantes, foi necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando assim a elaboração do plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Segundo os mesmos autores, o plano de ação destina-se a desenhar as operações ou conjunto de ações para o enfrentamento dos nós críticos do problema (Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica). O plano de operações proposto, como meio de solução para o problema em estudo, está representado no APÊNDICE A.

#### **6.5 Plano operativo e identificação dos recursos críticos (sétimo passo)**

A identificar os recursos críticos necessários à execução das operações se tornou essencial para analisar a viabilidade do plano. Recursos críticos são “aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os recursos críticos selecionados para a execução do projeto foram:

- Recursos Humanos: Médico, Equipe do NASF, Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de enfermagem.
- Materiais: esfigmomanômetro, caneta, folhas, quadro negro, giz, pasta para arquivo do planejamento da atividade, relação de pacientes hipertensos, computador.

## **6.6 Análise de viabilidade do plano: gestão do plano (oitavo passo)**

Para se analisar a viabilidade do plano deve-se ter em mente que a pessoa que controla a ação, não controla todos os recursos necessários para a sua execução. Portanto, é necessário identificar quem controla os recursos críticos e como se posiciona em relação ao problema para assim, “definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.68).

### **6.6.1 Plano operativo**

Na elaboração do plano operativo (APÊNDICE A) são designados os responsáveis pelos projetos e ações estratégicas, bem como definidos os prazos para o cumprimento das ações planejadas.

Neste contexto Campos, Faria e Santos (2017, p.71) exemplificam que “o plano necessita de um gerente para cada operação, sendo este o responsável pelo acompanhamento e execução da mesma”. Ainda ressaltam que é possível o auxílio de outras pessoas, junto ao gerente.

No plano operativo são determinadas atividades para diferentes profissionais. Como também há uma orientação sobre as atividades, seus quesitos e importância. Nota-se que o plano operacional é de baixa complexidade e fácil execução, o que viabiliza o projeto proposto.

O acompanhamento e avaliação do plano de intervenção para o problema alta incidência de hipertensão arterial sistêmica no território da ESF Maria Olivia Castro do Oliveira serão realizados por meio de indicadores do SIAB, pela equipe multidisciplinar e coordenadores da unidade. O acompanhamento será semanal e a avaliação mensal durante o fechamento do eSUS.

## **6.6. 2Avaliação e monitoramento**

Neste trabalho foi realizado o segmento do tratamento de pacientes hipertensos do PSF Maria Olivia de Castro Oliveira, situado no município de Aguanil-MG. Nesta iniciativa foi possível um melhor entendimento sobre a doença e meios para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Foi possível prover a adesão ao tratamento terapêutico e mudanças de estilos de vida, como proposta de melhor qualidade de vida.

As pessoas da comunidade, profissionais e pacientes com hipertensão arterial, foram motivadas, através de reuniões em grupos de pacientes hipertensos, a adotar conhecimentos sobre a HTA, principais fatores de risco, formas de prevenção, importância da prática de exercícios físicos e alimentação saudável, sensibilizando-os sobre a importância da prevenção da doença através da prática de estilos de vida saudáveis.

Propõe-se neste projeto que as propostas sejam reavaliadas uma vez na semana, nas reuniões da equipe do PSF Maria Olivia de Castro Oliveira.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial foram, em grande parte, relacionados a situações desgastantes do dia a dia, à falta de enfrentamento da doença pela desinformação e à desorganização do processo de trabalho do serviço de saúde.

A elaboração deste estudo contribuiu para reforçar a importância de se conhecer os fatores que dificultam a adesão da pessoa com hipertensão arterial sistêmica ao tratamento, considerando seus conhecimentos, suas características individuais e sua cultura, conhecendo melhor a sua maneira de ser, sentir e agir. Para isso a capacitação da equipe de saúde e o planejamento das ações em saúde tornam-se indispensáveis.

Espera-se com a implantação deste projeto de intervenção prover as pessoas da comunidade, em geral, e os profissionais de saúde, de conhecimentos sobre a hipertensão arterial sistêmica, principais fatores de risco, formas de prevenção, importância da prática de exercícios físicos e alimentação saudável.

E, também, sensibilizar as pessoas de toda a comunidade sobre a importância da prevenção da HAS através da prática de estilos de vida saudáveis e melhorar a qualidade de vida das pessoas hipertensas, adstritas à Unidade Básica de Saúde Maria Olívia de Castro Oliveira, Aguanil/MG.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.M.S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz- RN.** Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2004. Disponível em: [http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex\\_xienid/xi\\_enid/monitoriapet/ANAIS/Area6/6CCSDEMCMAMT05-P.pdf](http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/xi_enid/monitoriapet/ANAIS/Area6/6CCSDEMCMAMT05-P.pdf). Acesso em: 10 ago. 2018.

AGUANIL/MG. Secretaria Municipal de Saúde, **Relatório de Gestão.** 2017.

ARAUJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de saúde pública**, v. 41, p. 368-374. 2007.

BARBOSA, J. B. et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís - MA. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. v. 91, n.4, p. 260-266. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001600009>. Acesso em: 11 jul. 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Cadernos de Atenção Básica, n.16. Brasília, 2006. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad15.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad15.pdf). Acesso em: 6 maio 2018.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Saúde da Família.** Rev Saúde Pública. 2000.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE. Cidades. Minas Gerais. Aguanil.** IBGE, Brasília. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/aguanil/panorama>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453**, de 10 de maio de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html)  
Acesso em: 20 set 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Definições.** [online]. 2014. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>. Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS. DATASUS – Sistema de Informação de Atenção Básica**. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABCMG.def>>. Acesso em: 2 fev. 2018.

CICCO, L.H.S. **Hipertensão arterial-E agora?**. 2014. Disponível em: <[www.saudevidaonline.com.br/hipert.htm-15k](http://www.saudevidaonline.com.br/hipert.htm-15k)>. Acesso em: 05 de maio 2018.

GOOGLE Maps. **Unidade Básica de Saúde Maria Olivia de Castro Oliveira, no município de Aguanil**. Minas Gerais. 2018. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe\\_parte\\_3.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/pe_parte_3.pdf)>. Acesso em: 10 de jun 2018.

KEARNEY, P. M. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **The Lancet**. v. 365, n.9455, p.217-223, 2005. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2011/828797/>. Acesso em: 10 de maio 2018.

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 47-55. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2011.v21n3/1121-1138/>. Acesso em: 20 de maio 2018.

MALACHIAS et al. 7ª. **Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Associação Médica Brasileira. Revista Brasileira de Hipertensão Arterial. V.107, n.3. 2016. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>. Acesso em: 20 junho 2018.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. **Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola**. Acta Paul. Enferm., v. 18, n. 3, p. 269-75. 2005.

MOURA, E. C. et al. **Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006)**. Revista Brasileira de Epidemiologia. V.11(Supl1), p. 20-37. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000500003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000500003&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 de jun. 2018.

OLIVEIRA, N.M.C.M. **Prevalência e fatores de risco da hipertensão arterial numa comunidade de periferia urbana no município de João Pessoa**. PB. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000600004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600004). Acesso em: 20 de maio 2018.

ORQUIZA, S.M.C. **Hipertensão Arterial**. Disponível em: <[www.orientacoesmedicas.com.br/hipertesaoarterial3.asp-48k](http://www.orientacoesmedicas.com.br/hipertesaoarterial3.asp-48k)>. Acesso em: 15 de maio 2018.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Grande tratado de enfermagem prática**. São Paulo: Editora Santos livraria. 3ªed. 2001.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 10ª ed. v. 2. 2006.

SOUZA, E.R.F. **Vivência de hipertensos no município de Nazarezinho no que concerne ao seu tratamento**. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2003. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/jose-luis-arce-perdigon-controlerisco-complicacoes-hipertensao.pdf> acesso em: 10 de outubro de 2018.

SOUZA, J. C. **Avaliação da implementação da política participaSUS com foco na estruturação dos Conselhos Estaduais de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2012. Disponível em: Acesso em: 1 de ago. 2018.

SOARES, D. S. et al. Prevalência de hipertensão arterial com o avanço da idade em mulheres. **Revista Digital, Buenos Aires**, v. 14, n. 136. 2009. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Alta\\_prevalencia\\_incidentia\\_hipertensao\\_na\\_comunidade.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Alta_prevalencia_incidentia_hipertensao_na_comunidade.pdf). Acesso em: 1 de ago. 2018.

SCACHETTI, F. et al. **Incidência e prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em profissionais da área da saúde**. Cidade de Jaguapitã e Rolândia. Paraná. 2011.

## **APÊNDICE**

**APÊNDICEA - Operações para enfrentamento dos nós críticos relacionados ao problema prioritário “diminuir a incidência de hipertensos na população adstrita à Equipe de Saúde da Família Maria Olivia de Castro Oliveira, no município Aguanil - Minas Gerais”**

<b>Nós críticos I</b>	<b>Operações/ Projetos</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
1 - Hábitos e estilos de vida não saudáveis	<p>Modificar hábitos e estilos de vida não saudáveis.</p> <p>Criar um grupo de educação em saúde.</p>	Diminuição em um mínimo de 30% do número de obesos, sedentários e tabagismo no prazo de doze meses.	Distribuição de panfletos com orientação sobre alimentação, prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis, incorporação às academias e grupos.	<p>Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação;</p> <p>Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos,</p> <p>Organizacional: incorporação às academias e grupos.</p>
2 - Fatores culturais e carências que dificultam a adesão ao tratamento	<p>Identificar os fatores culturais que dificultam a adesão ao tratamento.</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.</p> <p>Inserir a população no seu autocuidado.</p>	Conscientização e adesão da população aos tratamentos propostos pela equipe.	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da doença. Capacitação das ACS, divulgação educativa da doença nas escolas.	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação;</p> <p>Político: articulação intersetorial das secretarias de: educação e saúde;</p> <p>Organizacional: organização de grupos e da agenda de trabalho da equipe.</p>
3 - Pouca informação sobre a hipertensão arterial sistêmica o que dificulta a forma do paciente conviver com a mesma.	<p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.</p> <p>Identificar os fatores culturais que dificultam a adesão ao tratamento.</p> <p>Melhorar a adesão ao tratamento</p> <p>Grupo de educação em saúde.</p>	Conscientização e adesão da população aos tratamentos, comparecimento às consultas e controle periódico da PA.	Avaliação do nível de conhecimento adquirido pela população sobre a doença e os riscos. Programa de saúde escolar.	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação;</p> <p>Político: articulação Intersetorial das secretarias de: educação e saúde;</p> <p>Organizacional: organização de grupos e de espaço para realização das atividades.</p>
4 - Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e atendimento.	<p>Implementar uma adequada linha de trabalho, baseado no cuidado aos hipertensos. Implementar uma adequada linha de cuidado.</p> <p>Criar um projeto terapêutico singular para cada hipertenso</p>	Cobertura de 80 a 85% da população com risco cardiovascular aumentado.	Linha de cuidado para as doenças crônicas não remissíveis em específico para o risco cardiovascular dos protocolos pessoal de saúde. Capacitação. Linha de cuidado para as doenças crônicas não remissíveis em específico para o risco cardiovascular dos protocolos pessoal de saúde capacitado.	<p>Organizacional: adequação de fluxo (referencias e contra referências);</p> <p>Cognitivo: elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos;</p> <p>Político: articulação entre os setores da saúde.</p>

Continua...

**APÊNDICE A - Operações para enfrentamento dos nós críticos relacionados ao problema prioritário “diminuir a incidência de hipertensos na população adscrita à Equipe de Saúde da Família Maria Olívia de Castro Oliveira, no município Aguanil - Minas Gerais” (continuação)**

<b>Nós críticos</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Control e - os recursos críticos</b>	<b>Ação Estratégica</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Monitoramento e avaliação</b>
1 - Hábitos e estilos de vidas não saudáveis	Cognitivo-Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Intersectorial: educação e saúde. Organizacional - organização de grupos.	Equipe de Saúde	Não é necessária.	Médico e técnica de enfermagem	Três meses para o início das atividades e avaliação anual.	2 em 2 meses  Equipe de Saúde
2 - Fatores culturais e carências que dificultam a adesão ao tratamento	Cognitivo-Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Intersectorial: educação e saúde. Organizacional - organização de grupos.	Equipe de Saúde	Não é necessária.	Médico e técnica de enfermagem	Início três meses e término em oito meses, início em seis meses e avaliações semestrais.	2 em 2 meses  Equipe de Saúde

3 - Pouca informação sobre a hipertensão arterial sistêmica o que dificulta a forma do paciente conviver com a mesma.	Cognitivo-Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Intersectorial: educação e saúde. Organizacional - organização de grupos.	Equipe de Saúde	Não é necessária.	Médico e técnica de enfermagem.	Início três meses e término em oito meses, início em seis meses e avaliações semestrais.	2 em 2 meses Equipe de Saúde
4 - Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e atendimento.	Cognitivo-Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Intersectorial: educação e saúde. Organizacional - organização de grupos.	Equipe de Saúde Secretaria de Saúde	Não é necessária.	Médico e técnica de enfermagem.	Início em três meses e finalização em doze meses.	6 meses Equipe de Saúde