

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

JÚLIA LINHARES BORGES GONZAGA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ABORDAGEM DOS PACIENTES**  
**COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA**  
**DE SAÚDE DE DIAMANTE DE UBÁ - MG**

UBÁ / MINAS GERAIS  
2015

JÚLIA LINHARES BORGES GONZAGA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ABORDAGEM DOS PACIENTES  
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE DE DIAMANTE DE UBÁ - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientador: Ms. Christian Emmanuel Torres Cabido

UBÁ / MINAS GERAIS  
2015

JÚLIA LINHARES BORGES GONZAGA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ABORDAGEM DOS PACIENTES  
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE DE DIAMANTE DE UBÁ - MG**

**Examinador:**

**Data da aprovação:**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pacientes e a Equipe da Unidade Básica de Saúde de Diamante de Ubá, sem os quais não seria possível realizar esta intervenção. Ao lado de vocês, meu conhecimento é enriquecido por suas lições de vida, carinho, cooperação, fazendo com que eu permaneça com vontade de ser uma melhor profissional.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus que sempre esteve ao meu lado nas horas de trabalho e estudo.

Aos meus pais, pelo exemplo de perseverança.

À Marcus, pelo companheirismo inabalável.

Aos funcionários e pacientes da Unidade Básica de Saúde de Diamante de Ubá que contribuíram imensamente para realização deste trabalho e para meu crescimento profissional.

## EPÍGRAFE

*“A imaginação é mais importante  
que a ciência, porque a ciência é  
limitada, ao passo que a  
imaginação abrange o mundo  
inteiro.”*

*(Albert Einstein)*

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é um problema crônico encontrado diariamente nas unidades básicas de saúde. Considera-se que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil, esteja variando entre 22 a 44%, aumentando consideravelmente com o aumento da faixa etária da população. No distrito de Diamante de Ubá, o controle da hipertensão arterial sistêmica é um problema desafiador para a atenção primária à saúde. Desse modo, este estudo teve como seu objetivo, elaborar um projeto de intervenção que levasse à reflexão dos integrantes do serviço de atenção básica e da população deste distrito, sobre o tema abordado. Para tanto, o trabalho foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica, utilizando como critérios de inclusão, publicações em inglês, espanhol e português, considerando as palavras-chave “Hipertensão”, “Saúde da Família” e “Promoção da saúde”. Foi realizado um diagnóstico situacional, em que foram levantados os seguintes nós críticos: hábitos e estilos de vida inadequado da população, baixo nível de informação e forte pressão cultural no distrito e processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentamento de doenças crônicas. Após análise dos nós críticos, a equipe de saúde traçou metas e elaborou os projetos “Viver Saúde”, “Saber Viver” e “Cuidando de Você”, para que estes, respectivamente, possam abordar os nós críticos citados acima. Espera-se com este projeto, alcançar um melhor controle pressórico de hipertensos, manter uma população informada sobre hipertensão, quebrando paradigmas culturais que dificultam a adesão da população. Também visamos atingir uma cobertura ampla dos pacientes hipertensos. Com as modificações de abordagem dos pacientes e do trabalho da equipe de saúde no distrito, esperamos modificar esta realidade, pois sabe-se que o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, no nível primário de atenção, evita complicações e seus agravos, o que tem por retorno uma diminuição de gastos pelo setor público e menor morbimortalidade da população sobre risco.

**Palavras-Chave: Hipertensão, Saúde da Família, Promoção da Saúde**

## **ABSTRACT**

Hypertension is a chronic problem encountered daily in the basic health units. It is considered that the prevalence of hypertension in Brazil, is ranging between 22-44%, increasing significantly with increasing age of the population. In Uba Diamond district, control of hypertension is a challenging problem for primary health care. Thus, this study had as its objective, develop an intervention project that led to the reflection of the members of the primary care service and the population of this district, on the relevant topic. Therefore, the work was done from a literature review, using as inclusion criteria, publications in English, Spanish and Portuguese, considering the keywords "Hypertension", "Family Health" and "Health promotion". A situational diagnosis was made, in which the following critical problems were raised: inappropriate habits and lifestyles of the population, low level of information and strong cultural pressure in the district and health team working process of inappropriate family to cope with chronic diseases . After analyzing the critical nodes, the health team outlined goals and developed the project "Living Health", "Saber Viver" and "Caring for You", so that, respectively, can address critical we mentioned above. It is hoped that this project, achieve better blood pressure control in hypertensive, maintain an informed public about hypertension, breaking cultural paradigms to the adherence of the population. We also aim to achieve a comprehensive coverage of hypertensive patients. With the patients and the health team work approach of changes in the district, we hope to change this reality, since it is known that treatment of hypertension in the primary care level, prevents complications and their injuries, which is return a decrease in spending by the public sector and lower morbidity and mortality of the population about risk.

**KEYWORDS: Hypertension, Family Health, Health Promotion**

## LISTA DE ABREVIATURAS

**AVE** – Acidente cerebral encefálico

**BVS** – Biblioteca Virtual da saúde

**DCV** – Doença cerebro-vascular

**DRC** –Doença Renal Crônica

**ESF** – Estratégia de saúde da família

**HAS** – Hipertensão arterial sistêmica

**JNC** – Joint National Committee

**PA** – Pressão arterial

**PAD** – Pressão arterial diastólica

**PAS** – Pressão arterial sistólica

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**LILACS**-Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**SIAB** – Sistema de informação da Atenção Básica

**SciELO** – Scientific Eletronic Library Online

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO-----	11
2- OBJETIVO-----	12
3- METODOLOGIA-----	13
4- REVISÃO DE LITERATURA-----	14
5- PLANO DE AÇÕES-----	21
6- CONCLUSÕES-----	28
REFERÊNCIAS-----	29

## 1. INTRODUÇÃO

O distrito de Diamante de Ubá, pertence a Ubá/MG. Possui pelo censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população de 2000 habitantes, incluindo a população de Ubeba, região também assistida pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) Rural 1. Diamante de Ubá foi criado pela Lei Estadual 1.039, de Dezembro de 1956, sendo inicialmente conhecido pelo nome de Pântano, por ter muitos açudes, matas e várzeas. Foi nomeado oficialmente como Diamante, pelo Imperador Dom Pedro II em 1880, em visita à região, por ocasião da inauguração da Estrada de Ferro Cataguases- Leopoldina.

Está sendo realizado um recadastramento das famílias vinculadas ao Programa de Saúde da Família (PSF), em Diamante de Ubá, em que foi estimada uma população de 1300 habitantes dentro do povoado, excetuando, áreas rurais e Ubeba, razão da diferença encontrada nos dados do IBGE.

Diamante é um distrito considerado rural, mas que tem características de uma cidade pequena devido sua localização muito próxima a um pólo moveleiro, sua cidade vizinha, Rodeiro. O distrito possui uma população que nos últimos anos tem crescido muito às custas de um considerável exôdo rural, devido a grande oferta de trabalho nas fábricas de móveis do distrito e do município vizinho. É um distrito ainda carente de infraestrutura como rede de esgoto e água tratada.

O distrito tem contado com poucos investimentos por parte da gestão atual, o que faz com que a população não tenha acesso a tratamento de esgoto e que a falta de água seja constante. Além disso, grande parte da população não conta com água tratada em suas casas, utilizando minas, ou águas de qualidade duvidosa, este fato faz com que a incidência de diarreia aguda na localidade seja alta. A pavimentação nas ruas é rara, e quando há, esta se encontra em péssimo estado de conservação.

A integração entre os vários níveis de atenção à saúde é precária, não havendo um sistema em rede, e sim um sistema fragmentado. Encontramos grande dificuldade nas referências de pacientes a serviços especializados, raramente recebendo contra-referência de colegas. No setor de urgência e emergência, o serviço é ainda mais precário, não contando com ambulância no distrito, sendo que o mesmo se localiza a mais de 14 quilômetros do centro do município.

Na área da saúde, o distrito passa por um momento de transição em dois setores: mudança de atendimento na comunidade, antes apenas atendidos através de demanda espontânea, passando hoje a ter atendimento que respeita às recomendações do Programa de Saúde da Família, fazendo a abordagem das demandas programadas e espontâneas. Outra mudança, é o recadastramento dos usuários para divisão da subregião Rural 1, do qual faz parte, para que este possa ser melhor atendido, levando-se em consideração a estrutura geográfica e número de população maior que a recomendada para uma equipe de saúde da família (mais que 4000 habitantes pertencentes a ESF Rural 1, já o IBGE estima 7000 habitantes pelo censo 2010).

A partir da primeira mudança, notou-se necessário estabelecer novas diretrizes para o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, já que estas não tinham atenção necessária na unidade, apenas sendo atendidas suas agudizações. Sabe-se hoje, que a prevenção e promoção da saúde são itens imprescindíveis na conduta destes pacientes, reduzindo sua morbimortalidade. Dentre estas doenças crônicas, a que possui maior impacto nesta comunidade e que necessita de intervenção é a abordagem e acompanhamento de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Na área de abrangência da ESF Rural 1, temos registrados 500 hipertensos. As receitas de medicações anti-hipertensiva, anteriormente, eram apenas renovadas sem nova avaliação dos pacientes. Os hipertensos não contavam com atividades de prevenção à saúde. Hoje contamos com visitas periódicas as casas destes pacientes e reavaliação dos mesmos de 6 em 6 meses. Além disto, desde outubro de 2013 realizamos atividades de promoção da saúde, como grupo de alongamento, caminhadas e reuniões periódicas com hipertensos, nas quais abordamos temas que frequentemente são motivos de dúvidas entre estes pacientes.

## **2. OBJETIVO**

Elaborar um Projeto de intervenção para melhorar a abordagem e o acompanhamento dos pacientes portadores de HAS.

### 3. METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica, que sustentou a elaboração do Plano de Ação, para a abordagem da hipertensão arterial sistêmica no distrito de Diamante de Ubá. Para esta revisão foram utilizados como critérios de inclusão, publicações em inglês, espanhol e português, considerando como palavras-chave “Hipertensão”, “Saúde da Família” e “Promoção da saúde”.

O período de publicações dos artigos, dissertações e teses consultadas compreende o período de 2009 a 2014 (últimos 5 anos), utilizando as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medline, Scientific Electronic Library Online (SciELO), além dos dados do município coletados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), textos considerados mundialmente relevantes ao estudo do assunto (2003 e 2008), além de informações fornecidas pelo Ministério da Saúde através de cadernos e linhas guia.

Além da revisão que fornece base teórica para implementações das propostas, também utilizamos o recurso de atividade em grupo, envolvendo toda a comunidade, como divulgação do assunto em campanhas em praça pública e conscientização do assunto na escola para que os alunos sejam portadores de informações à família e também estejam alertas aos fatores de risco para esta doença, já que a cada ano cresce o número de adolescentes hipertensos.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

Define-se HAS como uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (DBH-VI, 2010; CESARINO, 2008). Frequentemente, está associada a alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo, como: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. Apresenta também alterações metabólicas. Este somatório de alterações, gera aumento do risco de eventos cardiovasculares. Podemos considerar que a HAS apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um importante problema de saúde pública (DBH-VI, 2010; CUNHA, 2012).

A aferição da PA é elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS, sendo também imprescindível na avaliação da eficácia do tratamento estabelecido. Tal procedimento deve ser realizado em toda avaliação dos pacientes, por profissionais treinados da área da saúde. É importante evitar erros na aferição da PA, pois muitas vezes a aferição dá-se de forma inadequada. Deve-se orientar adequadamente o paciente, fazer uso de técnica padronizada de medida da pressão arterial e equipamento calibrado, evitando que ocorra erros no momento da aferição (DBH-VI, 2010).

De acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, o diagnóstico de HAS é baseado na média de duas ou mais medidas da PA, aferidas em duas ou mais visitas ao consultório, respeitando-se as recomendações para a aferição da PA (paciente sentado, sem ter se exercitado pelo menos há 60 minutos, sem estar de bexiga cheia, sem ter realizado refeição importante na última hora, sem ingestão de álcool ou fumado nos últimos 30 minutos, encontrar-se com os pés apoiados no chão e com o braço levemente fletido, com a palma da mão para cima, na altura de seu 4º/5º espaço intercostal. Na primeira consulta deve-se aferir a pressão arterial sentado, em ambos os braços, em posição ortostática e supina, principalmente em indivíduos idosos, que constituem uma população predisposta a hipotensão postural) (DBH-VI, 2010).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, através da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, propõe uma classificação diagnóstica para HAS, em que são considerados os níveis de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial

diastólica (PAD). O indivíduo é caracterizado normotenso (PA menor que 130 x 85 mmHg), normal limítrofe (PA menor entre 130 a 139 x 85 a 89 mmHg) ou hipertenso (PA igual ou superior que 140 x 90 mmHg ou o aumento isolado da PAS isolada com valor igual ou maior a 140 mmHg).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, pode-se classificar a HAS em estágios. Esta classificação é válida para indivíduos maiores que 18 anos.

Segue abaixo esta classificação:

- **Ótima:** PAS < 120mmHg e PAD < 80mmHg;
- **Normal:** PAS < 130mmHg ou PAD < 85mmHg;
- **Limítrofe:** PAS-130 a 139mmHg ou PAD- 85 a 89mmHg;
- **Hipertensão Arterial Grau 1:** PAS-140 a 159 mmHg ou PAD-90 a 99 mmHg;
- **Hipertensão Arterial Grau 2:** PAS- 160 a 179 mmHg ou PAD 100 a 109 mmHg;
- **Hipertensão Arterial Grau 3:** PAS ≥ 180 mmHg ou PAD ≥ 120 mmHg

Já VII- Joint National Committee (JNC), publicada em 2003, também classifica a HAS segundo valores de pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica. Esta classificação difere da classificação considerada pela diretriz brasileira. Nesta classificação, foi criado a classificação de pré-hipertensão, além de dividir a HAS em apenas 2 estágios. A classificação segue abaixo:

- **Normal:** PAS <120mmHG e PAD <80 mmHg
- **Pré-Hipertensão:** PAS- 120 a 139 mmHG ou PAD- 80 a 89mmHg
- **Hipertensão estágio 1:** PAS- 140 a 159 mmHg ou PAD-90 a 99 mmHg
- **Hipertensão estágio 2:** PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 100 mmHg

A VIII JNC, não modifica a forma de classificação da HAS adotada pela VII JNC, apenas inclui novas recomendações sobre o manejo da hipertensão em indivíduos idosos.

Geralmente, a HAS é uma síndrome assintomática, o que leva a frequente não adesão do tratamento pelos pacientes. Esta síndrome é influenciada por fatores genéticos como idade, raça, sexo, história familiar e de risco ambientais associados

como tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo, estresse e excesso de sal (CESARINO, 2008).

A Hipertensão afeta aproximadamente 1 bilhão de indivíduos em todo mundo e é considerada um fator de risco para doenças coronarianas, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular e insuficiência renal crônica. A alta incidência das doenças citadas acima e a alta prevalência de hipertensão na sociedade, faz com que esta última seja a mais importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo (CAMARGO, 2013; PEREIRA, 2009).

No Brasil, a doença atinge cerca de 17 milhões de indivíduos (CESARINO, 2008). Inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nas últimas duas décadas, apontam uma prevalência de HAS acima de 30% (prevalência variando entre 22% e 44% para adultos dependendo da região que se considera, com uma prevalência média de 32%, chegando a uma prevalência de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e até 75% em indivíduos com mais de 70 anos). Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países (DBH-VI, 2010; CUNHA, 2012).

As transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas no século XX e XXI, principalmente concentradas nas últimas décadas, têm gerado complexos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional (REZENDE, 2011). Estas modificações, resultaram em significativa diminuição das taxas de fecundidade/natalidade além do aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários da população. As principais consequências dessas “transições”, são a passagem de um perfil de elevada mortalidade em crianças, com predomínio das doenças infecciosas e parasitárias, para um perfil de elevada mortalidade em idades mais avançadas, provocadas por doenças crônicas não transmissíveis e por causas externa (COSTA, 2011; MALTA, 2006; CUNHA, 2012).

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a transição demográfica teve repercussões negativas nas áreas sociais, econômicas e na saúde, não ocorrendo adequada inserção das pessoas no mercado de trabalho, no campo educacional, habitacional e na alimentação (WONG; CARVALHO, 2006; CUNHA, 2012).

É imprescindível, na busca por um envelhecimento ativo, a observação atenta do crescimento da população idosa no país, que conseqüentemente levará ao

aumento da demanda de serviços de saúde na atenção básica voltada para esse segmento. Nesse sentido, a identificação da hipertensão arterial nos idosos e o estabelecimento do bom vínculo entre estes indivíduos e os profissionais da Estratégia Saúde da Família, são necessários ao sucesso do controle dessa doença (QUEIROZ, 2014).

O adequado manejo da HAS pode efetivamente reduzir o risco de AVE, infarto do miocárdio, doença renal crônica e insuficiência cardíaca. A prevenção primária envolve ações de prevenção em toda a comunidade, incluindo redução da obesidade, do consumo de álcool, sal e o incentivo a atividade física. O controle efetivo da HAS na população, demanda uma melhoria na consciência de ambas as partes (profissionais de saúde e da população em geral), um avaliação do risco de DCV absoluta global e um aumento na eficácia do tratamento não-farmacológico e farmacológico (DBH-VI, 2010; CUNHA, 2012; PEREIRA, 2010).

A adesão do indivíduo com HAS ao tratamento, é um desafio para a saúde pública, uma vez que o seu controle necessita da cooperação do paciente. Uma forma de conseguir essa adesão é facilitar o acesso às informações acerca da hipertensão arterial e detectar hipertensos precocemente, para aumentar o número de indivíduos com controle pressórico adequado, hábitos de vida saudáveis, melhorando, assim, a prevenção de doenças cardiovasculares (CESARINO, 2008).

Ações de prevenção da HAS são consideradas ações de nível 2, têm impacto na melhoria da qualidade de vida e no controle dos custos gerados pelo seu tratamento e de suas complicações. São baseadas nas mudanças do comportamento e estilo de vida, reduzindo a exposição individual e coletiva aos fatores de risco que favorecem no surgimento da HAS (DBH-VI, 2010).

A abordagem multidisciplinar em hipertensão, é grau de recomendação I e nível de evidência A (DBH-VI, 2010; BRASIL, 2012). Quando a equipe age sobre os fatores de risco modificáveis na população geral, a prevenção primária da HAS estará automaticamente sendo efetivada (BRASIL, 2012; 2013).

A HAS, possui alta prevalência, mas baixas taxas de controle, impactando como fator determinante na mortalidade por doença cardiovascular (DBH-VI, 2010). Sendo assim, todo adulto com mais de 18 anos, deve ter sua pressão arterial sistêmica verificada quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta,

atividades educativas, procedimentos, entre outros [Grau de Recomendação A] (BRASIL, 2012).

O Canadá é um exemplo mundial de como a mudança na intervenção de seus pacientes pode mudar a realidade destes indivíduos. Em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% destes não fazia tratamento para esse problema e apenas 16% dos hipertensos tinha a pressão arterial controlada. Um estudo de prevalência e manejo dos hipertensos realizado na província de Ontário fez sua realidade mudar. Este estudo, verificou uma prevalência de 22% de hipertensos na população geral, e 52% de hipertensos nos indivíduos acima de 60 anos. Durante este o estudo, aproximadamente, 87% dos hipertensos estimados pela prevalência, foram diagnosticados, constituindo-se o local com melhor indicador mundial neste quesito (MOHAN; CAMPBELL, 2008). Em 2013, os dados sobre a qualidade do acompanhamento surpreenderam, sendo que 82% dos pacientes hipertensos aderiram o tratamento e 66% dos indivíduos apresentaram a PA controlada. Estes dados representam o topo mundial na qualidade do acompanhamento dos usuários hipertensos. Essa melhoria surpreendente no diagnóstico e no tratamento das pessoas com hipertensão foi devido à implementação de um Sistema de Saúde baseado na Atenção Básica e ao *The Canadian Hypertension Education Program*, um programa de educação permanente, dirigido aos profissionais da atenção básica em saúde (CAMPBELL, 2003).

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta morbimortalidade, sendo que seu diagnóstico não prevê tecnologia sofisticada. Seu controle com mudança do comportamento e medicamentos é altamente eficaz. É necessário entretanto que se faça o diagnóstico precoce e o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da atenção básica, pois o controle da pressão arterial reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, problemas renais (DBH-VI, 2010)

Ainda hoje, em muitas unidades de saúde, tem-se como prática habitual, o atendimento voltado à demanda espontânea, sem planejamento do cuidado contínuo de indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, a falta de incentivo por gestores à qualificação dos integrantes da equipe de saúde, contribui para que os mesmos não tenham incentivo para implementar medidas que visem o atendimento integral do indivíduo e sua família (MALTA, 2009).

Este formato de assistência, produz custos elevados, pois utiliza como principais insumos, recursos tecnológicos centrados em exames e medicamentos, como se estes fossem capazes de restabelecer a saúde por si só. Atos desconexos são produzidos, sem que haja uma intervenção articulada, reduzindo-se a eficácia da assistência prestada (MALTA, 2004, 2010).

Afim de se implementar novas modelagens assistenciais, baseadas em diretrizes como a integralidade do cuidado, é essencial aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, como a natureza do processo de trabalho e importância na compreensão da organização da assistência à saúde (MALTA, 2004).

O processo saúde-doença, deve ser repensado quanto aos seus determinantes. A intervenção em toda a cadeia de produção de saúde, deve ser avaliada para sua devida implementação, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação. Para que essas ações possam ser efetivadas, a gestão deve articular a intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação, gerando tecnologias, instrumentos capazes de impactarem o processo saúde-doença. Para tanto, a atuação da macro e micropolítica deveriam ocorrer de forma articulada, buscando os melhores resultados. A perspectiva da construção do cuidado centrada nos usuários e suas necessidades, deveriam ser priorizadas ao invés do modelo que atenda aos interesses do mercado (MALTA, 2004, 2010).

No Brasil, entre as ações mínimas de responsabilidade dos municípios, que são de competência da atenção básica, encontram-se o manejo da hipertensão arterial, desenvolvido por meio do diagnóstico de indivíduos hipertensos, cadastramento de portadores, na busca ativa de novos casos, no tratamento e nas ações comunitárias educativas. Essas ações, executadas pela Estratégia de Saúde da Família e evidenciadas pelo Ministério da Saúde, visam à organização da assistência primária. A vigilância à saúde das famílias, visa estreitar o vínculo entre os portadores de hipertensão arterial e as unidades de saúde. Ressaltando que o atendimento de modo planejado e organizado deve prevalecer sobre os atendimentos emergenciais (CAMARGO, 2013).

Considera-se dessa forma, que os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações, são sobretudo, das equipes de Atenção Básica. Estas equipes possuem como diferencial em seu trabalho, o vínculo com a comunidade e clientela adscrita, levando-se em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores

sociais envolvidos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009; BRASIL, 2012). Essa equipe de saúde se caracteriza por ter um perfil ocupacional bastante distinto da equipe tradicional, sendo mais diversificada profissionalmente, podendo contribuir para o melhor desempenho do novo modelo. Também apresenta como característica, sua atuação inter e multidisciplinar, estimulando a organização da comunidade, para que ela se torne corresponsável pelas ações nos serviços de saúde. A família e a comunidade, devem ter como porta de entrada para os serviços de saúde, a UBS, que deve se propor a cuidar não apenas da doença, mas da população como um todo, considerando as reais necessidades da comunidade (CAMARGO,2013). Assim, reflete-se que o Ministério da Saúde, prioriza ações que levem as modificações de estilo de vida e a prevenção da hipertensão (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009; BRASIL, 2012).

Para que estas ações tornarem-se viáveis, faz-se necessário o trabalho em equipe multiprofissional, que inclui assistentes sociais, comunicadores, enfermeiros, educadores físicos, farmacêuticos, médicos, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem, secretárias e quaisquer profissionais que possam contribuir para o alcance dos objetivos do grupo. Estas equipes devem ser responsáveis por implementar tratamento não-farmacológico isolado ou associado ao tratamento farmacológico.

Diante destas colocações, este projeto teve como um de seus objetivos refletir por que os serviços de atenção básica, sabendo da importância de tal problema, não conseguem agir de forma efetiva na atenuação deste, analisando quais fatores dificultam o processo de rastreio, diagnóstico e acompanhamento destes indivíduos e finalmente sugerir mudanças efetivas na comunidade do Distrito de Diamante através de um trabalho multiprofissional que seguiu as recomendações de abordagem e tratamento do Ministério da Saúde para hipertensão arterial sistêmica.

## 5. PLANO DE AÇÕES

A ESF Rural 1 passa hoje por importantes modificações. A equipe de atenção básica realizava atendimentos voltados à demanda espontânea, através da livre demanda, fazendo com que paciente portadores de doenças crônicas não fossem acompanhados devidamente. As estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde, como por exemplo, consultas de pré-natal, cuidados com saúde do idoso, homem, mulher, puericultura, prevenção de câncer do colo e mama, HAS, diabetes mellitus e doença renal crônica (DRC), não faziam parte da rotina desta equipe. Notou-se porém, que o acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis era imprescindível ao cuidado adequado da população. Diante deste fato, hoje tem se dado cada vez mais importância a atitudes de promoção e prevenção em saúde, nas quais doenças crônicas se enquadram perfeitamente, pois através de sua abordagem adequada, diminuímos ou evitamos seus agravos.

Podemos citar como erro de abordagem destes pacientes, o subdiagnóstico e o subtratamento dos hipertensos. Estes não contavam com grupos de apoio, nem consultas periódicas, apenas com renovação de receitas. Hipertensos e diabéticos em tratamento, em uso inadequado de medicamentos e com seus índices de controle da PA totalmente fora das faixas admissíveis, são comuns à esta comunidade.

Outro ponto importante a ser considerado é a falta de estrutura nas UBS. As unidades são em sua maioria casas cedidas ou alugadas, adaptadas para o atendimento ao público. Portanto, os locais não são próprios a implantação dessas unidades, não apresentando sala de espera aos pacientes, sanitários adequados, salas de reuniões, lugar adequado para armazenar medicamento, consultório estruturado com lavatório, entre outros entraves.

Após o levantamento dos nós críticos, a equipe de saúde, concluiu que a abordagem das doenças crônicas, especialmente a HAS, é um item de suma importância para um atendimento efetivo e de qualidade aos usuários, já que a adaptação ao Programa de Saúde da Família passa a ser exigido em todas as Unidades Básicas de Saúde do Município. Abordaremos o acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, devido a relevância da doença no nosso país e devido a vivência nas unidades, que ainda possuem pacientes pouco

informados sobre a doença. Por se tratar de uma doença assintomática, muitas vezes, os pacientes não se dão conta o quanto esta doença é causa de morbimortalidade na população brasileira, sendo fator determinante em doenças coronarianas e cerebro-vasculares. A partir do diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde, fez-se a elaboração de um plano de ações.

Para a adequada construção de um plano de ação na atenção primária é necessário a análise da área de abrangência, identificando e dando ênfase aos problemas da comunidade abordada. Deve-se identificar o problema de maior relevância, levando-se em consideração sua urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde da família. Após a realização do diagnóstico situacional na comunidade e se levantar o problema central – “nó crítico” - abordagem e acompanhamento inadequados da HAS, deve-se fazer uma análise profunda do mesmo, minuciar suas peculiaridades, raízes socio-econômicas, bem como suas consequências indesejadas. Após esse período de identificação, são projetadas operações que visem atingir os resultados esperados, levando-se em conta para tal, os recursos críticos.

Para que este projeto seja viável é de extrema importância a gestão do projeto, que requer acompanhamento e coordenação do plano de operações.

Desta forma, foi elaborado um plano de ação para a atenção primária, a fim de melhorar o acompanhamento e conscientizar a população e a equipe de saúde sobre o tratamento e prevenção da hipertensão arterial, no município de Ubá, precisamente no distrito de Diamante de Ubá, parte integrante da Estratégia de saúde da Família Rural 1.

O desenho do plano de operações para solucionar o nó crítico, “abordagem e acompanhamento inadequados da HAS”, será apresentado nos quadros 1, 2 e 3.

**Quadro 1 – Operações sobre o projeto “Viver Saúde”.**

<b>Nó crítico</b>	Hábito e estilo de vida inadequados
<b>Operação</b>	<b>VIVER SAÚDE</b> Modificação do estilo de vida da população de Diamante de Ubá
<b>Projeto</b>	<b>VIVER SAÚDE</b>
<b>Resultados esperados</b>	Melhor controle pressórico dos pacientes
<b>Produtos esperados</b>	- Campanha na praça local e reuniões de grupo de hipertensos, abordando as modificações recomendadas do estilo de vida saudáveis. - Palestras em escolas públicas incentivando um estilo de vida saudável
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	População hipertensa e população em risco, junto a equipe de saúde
<b>Recursos necessários</b>	- Local para realização das atividades - Folhetos que visem a orientação da população - Treinamento de profissionais para orientação destes indivíduos
<b>Recursos críticos</b>	- Mobilização social, conseguir o local - Recursos financeiros para folhetos educativos e para dia de campanhas nas ruas
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Equipe de saúde junto à coordenação do Programa de Saúde da Família
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Campanha sobre HAS, aberta à população de Diamante, com aferição de PA e orientações sobre suas dúvidas, aproximando a UBS da população
<b>Responsáveis:</b>	Júlia Gonzaga (médica) e Adão Eudes (enfermeiro e coordenador da ESF Rural 1)
<b>Cronograma / Prazo</b>	- Programação da atividade junto a equipe de saúde: 3 meses - Execução: 1 vez no mês ao longo do ano de 2015
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	- O compromisso de gerenciar o projeto cabe à equipe de saúde junto a coordenação. - Sendo analisado no termino do mesmo.

Fonte: Elaborada pela própria autora.

**Quadro 2 – Operações sobre o projeto “Saber Viver”.**

<b>Nó crítico</b>	Nível de informação e pressão cultural
<b>Operação</b>	<b>SABER VIVER</b> Aumentar o nível de informação da população sobre HAS
<b>Projeto</b>	<b>SABER VIVER</b>
<b>Resultados esperados</b>	- População mais informada sobre HAS - Quebra de paradigmas culturais
<b>Produtos esperados</b>	- Avaliação do nível de informação da população durante as campanhas educativas - Programa de informações sobre HAS nas escolas
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	- Crianças da Escola Municipal de Diamante de Ubá. - Equipe de saúde da família. - Coordenação do Projeto Saúde na Escola
<b>Recursos necessários</b>	- Organizar a agenda em parceria com a coordenação do Projeto Saúde na Escola - Elaborar material de fácil atendimento a este público
<b>Recursos críticos</b>	Recurso financeiro para adquirir material didático a estes indivíduos
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Coordenação do projeto saúde na escola junto a equipe de saúde
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Reunião interativa com as crianças para que o aprendizado possa ser refletido no ambiente familiar
<b>Responsáveis:</b>	Júlia Gonzaga (médica), Adão Eudes, Simone Pacheco (agente de saúde), Marlene Talma (técnica de enfermagem)
<b>Cronograma / Prazo</b>	Organização da agenda e preparo do material didático: 3 meses Execução: 1 dia em 2 períodos (manhã e tarde)
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Coordenação do Projeto Saúde na escola, professoras da escola e equipe de saúde

Fonte: Elaborada pela própria autora.

**Quadro 3 – Operações sobre o projeto “Cuidando de Você”.**

<b>Nó crítico</b>	Processo de trabalho da equipe de saúde da família, inadequado para enfrentamento de doenças crônicas
<b>Operação</b>	<b>CUIDANDO DE VOCÊ</b> Formalizar a linha de cuidado para HAS Melhorar os mecanismos de referência e contra referência
<b>Projeto</b>	<b>CUIDANDO DE VOCÊ</b>
<b>Resultados esperados</b>	Atingir a cobertura adequada de pacientes hipertensos, preconizada pelo Ministério da Saúde
<b>Produtos esperados</b>	Qualificar profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidado de pacientes com HAS
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de saúde responsável pela unidade de Diamante de Ubá
<b>Recursos necessários</b>	- Recursos multiprofissionais com integração entre a equipe de saúde - Adequação de fluxos com padronização de referência e contra-referência
<b>Recursos críticos</b>	- Implementação de protocolos e linha guia, treinamento da equipe de saúde - Capacitação de pessoal - Compra de medicamentos - Compra de exames e consultas especializadas
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Coordenação da ESF junto à equipe de saúde
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Incentivo aos funcionários que adotarem as práticas estipuladas
<b>Responsáveis:</b>	Marcia Mizael (Coordenação do PSF), Roberta (enfermeira), Júlia, Adão, Marlene, Simone
<b>Cronograma / Prazo</b>	Duração de seis meses
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Coordenação da ESF e equipe de saúde de Diamante de Ubá

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Para a realização deste projeto não encontramos grandes obstáculos, pois contamos com a colaboração da gestão, equipe de saúde e setor de educação. O que representa maior dificuldade na implementação do mesmo, é a integração entre diferentes setores de saúde, pois é necessária uma articulação da gestão, equipes de saúde e especialidades atuantes no município, para que o sistema de referência e contra-referências possa funcionar de modo objetivo e real.

As pessoas que estarão diretamente envolvidas nesse projeto são:

- Coordenação do PSF: Marcia Mizael
- Coordenadora da Unidade de Diamante e enfermeira: Roberta
- Médica: Júlia Linhares Borges Gonzaga
- Técnica de enfermagem: Marlene Lamas
- Técnico de enfermagem e enfermeiro e coordenador da ESF Rural1: Adão Eudes
- Agente de saúde: Simone Pacheco

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Distrito de Diamante de Ubá, viveu vários anos com uma atenção em saúde voltada à demanda espontânea, sem acompanhamento adequado de seus pacientes portadores de doenças crônicas, inclusive os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. Isto fez com que a população apresente baixo nível de diagnóstico e inadequado controle de sua doença. Através do treinamento da equipe de saúde, orientação da população em geral, e acompanhamento mais eficaz dos hipertensos, que se dará com efetivação dos projetos citados no plano de ação, esperamos que em pouco tempo, possamos atualizar a prevalência e a incidência de HAS no distrito, para que medidas de gestão, como planejamento de verbas e material humano, possam ser mais efetivos e realmente possam suprir as necessidades da comunidade. Com estas modificações do modelo assistencial no distrito, esperamos modificar esta realidade, pois sabe-se que o tratamento no nível primário de atenção da HAS, evita complicações e seus agravos, o que tem por retorno uma diminuição de gastos pelo setor público e menor morbi-mortalidade da população sobre risco.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas na Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde,2012. 34p.:il. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CAMARGO, R.A.A. et al. **Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica**. Revista Mineira de Enfermagem,2013 out/dez 17(4): 864-872

CAMPBELL, Norman R. C. et al. **Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program**. J. Hypertension, USA, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, aug. 2003.

CAMPOS, F.C.C. *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG, 2º edição, Belo Horizonte,2010.

CESARINO, C.B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq. Bras. Cardiol. 2008; 91(1): 31–35

COSTA, J.M.B.S. et al. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, 16(2):623-633, 2011

CUNHA, N.M. A atenção ao hipertenso na estratégia saúde da família: um estudo das características clínico-epidemiológicas e de organização dos serviços em João Pessoa – Paraíba, 2012. 150 f. II

Diagnóstico situacional em saúde, Seção 2. Nescon/UFMG, Belo Horizonte

DIRETRIZES. Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95(1 supl.1):1-51.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC**. Porto Alegre: [s.n.], 2009.

IBGE, Ubá, Minas Gerais, Biblioteca do IBGE. Link: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/uba.pdf> , acesso em 10 de março de 2014.

MALTA, D.C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Cienc. Saude Colet.**, v.9, n.2, p.433-44, 2004

MALTA, D.C.; DUARTE, E.C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.3, p.319-30, 2007.

MALTA, D.C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.18, n.1, p.79-86, 2009.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v. 14, n. 34, p.593-605, jul./set. 2010.

MALTA, D. C. **Panorama atual das doenças crônicas no Brasil**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde, Datasus/ SIAB, Município de Ubá. Link: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>

MOHAN, Sailesh; CAMPBELL, Norm R. C. **Hypertension management in Canada: good news, but important challenges remain.** Canadian Medical Association Journal (CMAJ), Canada, v. 178, n. 3, p. 1458-1459, may, 2008.

PEREIRA, M. *et al.* **Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries.** Journal of Hypertension, vol.27, n.5, p. 963–975, 2009

Prefeitura Municipal de Ubá, Plano Municipal de Saúde, 2011-2013, Link:

[http://www.uba.mg.gov.br/salvar\\_arquivo.aspx?cdLocal=2&arquivo=%7BD3BCAE6E-677C-66BD-EA1A-17852A0DB54A%7D.pdf](http://www.uba.mg.gov.br/salvar_arquivo.aspx?cdLocal=2&arquivo=%7BD3BCAE6E-677C-66BD-EA1A-17852A0DB54A%7D.pdf)

QUEIROZ, R.F.; ALVAREZ, A. M.; ALACOQUE, L.E.; FRANÇA, A.L.M.; PEREIRA, C.B.S. Eventos cardiovasculares e risco adicional em idosos hipertensos. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 15, núm. 1, jan/fev, 2014, pp. 52-59 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Br.

REZENDE, A.M.B. Ação educativa na atenção básica à saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional. [Tese de Doutorado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2001.

SEVERINO, A.J. *et al.* **Metodologia do trabalho científico.** 22. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2002.

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC 7 report. JAMA 2003; 289:2560-72.

WONG, L. L.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras Est Popul.** 2006; 23 (1): 5-26.