

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

VICENTE RAMON VAZQUEZ FAJARDO

O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

NATALÂNDIA- MINAS GERAIS  
2016

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

VICENTE RAMON VAZQUEZ FAJARDO

O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

NATALÂNDIA- MINAS GERAIS  
2016

VICENTE RAMON VAZQUEZ FAJARDO

O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Estela Aparecida  
Oliveira Vieira

NATALÂNDIA- MINAS GERAIS  
2016

VICENTE RAMON VAZQUEZ FAJARDO

O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Banca Examinadora

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Estela Aparecida Oliveira Vieira - UFMG

Examinador:

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença que acomete grande parte da população brasileira e possui uma taxa muito baixa de controle. É um fator condicionante para as doenças cardiovasculares, a qual se classifica como a principal causa de morte no Brasil, também é responsável por grande parte das internações, causando grandes gastos para o país. A Equipe Saúde da Família constatou que a Hipertensão Arterial é um problema prioritário da área de abrangência, por vários quesitos como: a falta de acompanhamento adequado dos pacientes e pela importância desse problema para a saúde da população, que ocasiona vários outros problemas se não houver uma compensação adequada da doença, portanto, este trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para se obter o controle da Pressão Arterial da população. A hipertensão arterial dos hipertensos da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Fátima, da cidade de Natalândia, Minas Gerais. Primeiramente, fez-se pesquisa bibliográfica na base de dados do SciELO e no acervo da biblioteca virtual do NESCON, manuais, diretrizes, livros texto a partir dos descritores: hipertensão arterial, atenção primária à saúde e intervenção. Acreditando no potencial da Atenção Primária à Saúde, o plano de ação utilizou a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional com a finalidade de ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aos usuários. Isto será possível através da implantação de ações como diagnosticar precocemente e cadastrar os hipertensos, manter a população bem informada sobre o assunto, estratificar o risco cardiovascular de todos os usuários diagnosticados como hipertensos e organizar o serviço para melhor atender aos hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Atenção primária à saúde, Intervenção.

## ABSTRACT

The Hypertension is a disease that affects a large part of the population and has a very low rate control. It is a conditioning factor for cardiovascular disease, which ranks as the leading cause of death in Brazil, it is also responsible for much of hospitalizations, causing great expense to the country. The Family Health Team found that Hypertension is a priority problem of the coverage area for a number of issues such as: the lack of adequate patient follow-up and the importance of this issue for the health of the population, which leads to several other problems if there is no adequate compensation of the disease, therefore, this paper aims to propose an action plan to gain control of Arterial Pressure população. A blood pressure of hypertensive the area covered by the Family Health Strategy of Nossa Senhora de Fátima, the City Natalândia, Minas Gerais. First, there was literature in the SciELO database and virtual library collection of NESCON, manuals, guidelines, textbooks from descriptors: hypertension, primary health care and intervention. Believing in the potential of primary health care, the action plan following the methodology of the Situational Strategic Planning in order to help the team to improve its performance with users. This will be possible through the implementation of actions such as early diagnosis and register hypertensive, keep the population well informed on the subject, stratify the cardiovascular risk of all users diagnosed as hypertensive and organize the service to better serve hypertensive.

Keywords: Hypertension, Primary health care, Intervention.

## LISTA DE ABREVIATURAS

|         |  |
|---------|--|
| ACS     | Agentes Comunitários de Saúde                          |
| CODEMIG | Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais |
| ESF     | Estratégia de Saúde da Família                         |
| FPM     | Fundo de Participação dos Municípios,                  |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística        |
| IDEB    | Índice de Desenvolvimento da Educação Básica           |
| IDH     | Índice de Desenvolvimento Humano                       |
| IPI     | Imposto Sobre Produtos Industrializados                |
| IPVA    | Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores      |
| IRRF    | Imposto de Renda Retido na Fonte                       |
| ITR     | Imposto sobre Propriedade Territorial Rural            |
| NASF    | Núcleos de Apoio à Saúde da Família                    |
| PES     | Planejamento Estratégico Situacional                   |
| PIB     | Produto Interno Bruto                                  |
| PNUD    | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento      |
| SIAB    | Sistema de Informações da Atenção Básica               |
| UBS     | Unidade Básica de Saúde                                |
| ALC     | Alcóltras  |
| CHA     | Chagas   |
| DEF     | Deficiente Físico                                      |
| DIA     | Diabetes   |
| DME     | Deficiente Mental                                      |
| EPI     | Epilético  |
| HA      | Hanseníase   |
| HAN     | Hipertensão Arterial                                   |
| MAL     | Malária  |
| TB      | Tuberculose  |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Demonstrativo de Localização das Escolas no Município -----   | 14 |
| Tabela 2 - Tipos de abastecimento de água -----  | 16 |
| Tabela 3 - Tipos de tratamento de água -----   | 16 |
| Tabela 4 - Destino das fezes e urina-----  | 17 |
| Tabela 5 - Tipos de moradia -----  | 17 |
| Tabela 6 - Famílias cadastradas na ESF do ano de 2013-----   | 21 |
| Tabela 7 - Distribuição da População por Faixa etária e sexo-----  | 21 |
| Tabela 8 - Principais doenças por faixa etária-----  | 22 |
| Tabela 9 - Gestações por faixa etária-----   | 22 |
| Tabela 10 - Índices de Natalidade-----   | 22 |
| Tabela 11 - Índices de Mortalidade-----  | 22 |
| Tabela 12 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos. ----- | 32 |
| Quadro 1: Priorização de problemas da área de abrangência ESF Nossa Senhora de Fátima-----                                 | 36 |
| Quadro 2: Proposta de ações para a motivação dos autores-----  | 40 |
| Quadro 3- Plano de Intervenção-----  | 41 |

## SUMÁRIO

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 1 INTRODUÇÃO.....  | 10                                   |
| 2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....                                   | 11                                   |
| 2.1 A cidade e sua história.....                                 | <b>Erro! Indicador não definido.</b> |
| 2.2 Atividades econômicas.....                                   | 13                                   |
| 2.3 Caracterização da infraestrutura .....                       | 14                                   |
| 2.4 Meio ambiente .....  | 16                                   |
| 2.5 Situação sanitária, organizacional e gerencial de saúde..... | 17                                   |
| 2.6 Diagnóstico Epidemiológico.....                              | 18                                   |
| 2.7 Ações e Serviços de Saúde Existentes.....                    | 21                                   |
| 3 NÓS CRÍTICOS E A ESCOLHA DO OBJETO DE INTERVENÇÃO.....         | 23                                   |
| 4 JUSTIFICATIVA.....   | 25                                   |
| 5 OBJETIVOS.....   | 26                                   |
| 5.1. Objetivo geral:.....  | 26                                   |
| 5.2. Objetivos específicos:.....                                 | 26                                   |
| 6 METODOLOGIA .....  | 27                                   |
| 7 REVISÃO DE LITERATURA .....                                    | 29                                   |
| 8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....                                   | 33                                   |
| 8.1 Primeiro passo: definição dos problemas .....                | 33                                   |
| 8.2 Segundo passo: priorização de problemas.....                 | 33                                   |
| 8.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado .....      | 34                                   |
| 8.4 Quarto passo: explicação do problema.....                    | 34                                   |
| 8.5 Quinto passo: seleção dos nós críticos.....                  | 35                                   |
| 8.6 Sexto passo: desenho das operações .....                     | 35                                   |
| 8.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos .....      | 36                                   |
| 8.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano .....          | 37                                   |
| 8.9 Nono passo: elaboração do plano operativo .....              | 39                                   |
| 8.10 Décimo passo: gestão do plano .....                         | 40                                   |
| 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                                      | 41                                   |
| REFERÊNCIAS .....  | 42                                   |

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora de Fátima no controle da Hipertensão Arterial, dos hipertensos cadastrados, é realizado de maneira multiprofissional. A equipe procura intervir de modo preventivo realizando os procedimentos de maneira diferenciada para os pacientes compensados e os que apresentam algum tipo de descompensação. Assim, é feito o acompanhamento mensal daqueles que estão compensados, e para os descompensados uma ação mais intensa. Na realização de suas atividades individuais podemos destacar o papel desempenhado pelos Agentes Comunitários de saúde (ACS) que é de suma importância, pois a captação dos pacientes e as orientações sobre a doença são realizadas por esses profissionais. No que diz respeito à Equipe de enfermagem - enfermeiras/enfermeiros, técnicas/técnicos e auxiliares de enfermagem - cabe a esses a orientação e administração de medicamentos quando necessário e ao médico da equipe cabe, além das orientações, as prescrições de medicamentos para a prevenção e manutenção da estabilidade da doença. Deste modo, com esta organização, a ESF se propõe a garantir a qualidade de vida dos pacientes hipertensos adscritos na área de sua responsabilidade.

## **2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

Os primeiros habitantes desse povoado queriam plantar sua lavoura, construir uma pequena casa para abrigar a si e os seus, enfim, viver em paz com a mãe natureza. Aos poucos começavam a firmar seus costumes, suas crenças. Cada qual, na sua aptidão natural, dando início à edificação da comunidade. O povoado de Natalândia foi inicialmente transformando em Vila, depois Distrito e então teve sua Emancipação.

A história do município se solidificou por volta de 1968. Época que se tornou mais acentuado o grande afluxo de pessoas, que eram na maioria lavradores atraídos pelas terras férteis existentes na região. Registra-se nesse período a 1ª casa comercial no povoado de propriedade do Senhor José Xavier Marra, que juntamente com Saul Antônio dos Santos doou os primeiros lotes para a construção da capela e primeiras casas. Em decorrência de alguns incidentes internos o povoado passou a se chamar Cacete Armado.

Com o passar do tempo, novas casas comerciais são construídas e o povoado começa a adquirir características de uma pequena vila. Nessa época o povoado passou a se chamar Flor de Minas, nome que veio expressar a certeza de um futuro cada vez mais promissor. A comunidade vai progredindo e passa então a se chamar Bela Vista. Somente mais tarde em homenagem ao seu primeiro benfeitor José Xavier Marra conhecido com José Natal, passa a se chamar Natalândia. Foi em 15 de novembro de 1976 que a comunidade conseguiu eleger o 1º vereador para representar o povoado; o senhor Joaquim de Oliveira Campos (Soquim), (Plano Municipal de Saúde 2014/2017, 3-2 – Histórico do município).

Foi no dia 08 de outubro de 1982, que o distrito de Natalândia é instituído, através da Lei 8.225/82. A partir daí Natalândia continuou a crescer e com ela também crescia a necessidade de conseguir a sua autonomia, para isso foi formada uma comissão para conseguir os seus objetivos. Natalândia foi emancipada em 21 de dezembro de 1995, pela Lei Estadual 12.030/95. Separando-se do município de Bonfinópolis de Minas – MG, seu município de origem. E no dia 21 de junho de 1997 foi promulgada a lei Orgânica da 1ª Legislação do município.

## **2.1 Características atuais**

O município de Natalândia, cidade onde a ESF Nossa Senhora de Fátima atua, localiza-se na Mesorregião Noroeste de Minas, sua Microrregião e Gerência Regional de Saúde (GRS) é Unaí, a uma distância de 92 km e 270 km de Brasília. É uma cidade de aproximadamente 3.280 Habitantes, densidade demográfica de 7,00 hab/Km<sup>2</sup> e uma área de 468,660 Km<sup>2</sup> (IBGE 2010), taxa de urbanismo é de 78,44% (SIAB 2013). Tendo também como vizinhos os municípios Dom Bosco e Bonfinópolis de Minas. A região possui um relevo plano, com 05 rios e alguns córregos que se encontram no perímetro municipal, havendo 03 poços artesianos que abastecem a cidade.

O município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano segundo os dados do IBGE (2010) de 0,671 e 10,74% da população total de maiores de 15 anos são analfabetos (SIAB 2013), ou seja, 262 pessoas. Em relação à estrutura de ensino, o município conta com uma escola estadual com ensino fundamental e médio, uma escola municipal com ensino fundamental, há também a pré-escola, creche, Escola Família Agrícola (EFA), sete associações, Biblioteca Pública, e quatro tele centros. Existem 02 campos de futebol, duas quadras poliesportivas cobertas na zona urbana e 01 quadra poliesportiva na zona rural sem cobertura, 04 comunidades rurais; Projeto de Assentamento Saco do Rio Preto a 22 km, Projeto de Assentamento Mamoneiras a 12 km, Projeto de Assentamento Mangal a 6 km e Fazenda Riacho dos Cavalos a 03 km de Natalândia.

Em 2013 a receita corrente líquida do município foi de 8.808.950,96, sendo 22, 04% destinados aos gastos da saúde. As principais fontes de emprego e renda a agricultura (plantio de milho, feijão e arroz), pecuária (produção de leite e criação de gado corte), comércio e serviço público. Sendo as principais fontes de receitas do município os impostos pagos pela população, como Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR), Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI), Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF). O acesso a Natalândia pode se dar via Bonfinópolis de Minas, Unaí ou João pinheiro, as estradas são parte de terra e parte de asfalto, em alguns trechos há dificuldade de tráfego devido as condições das estradas.

Em relação aos aspectos físicos e sociais do município de Natalândia, é uma cidade situada em terreno plano, com numerosas ruas e bem traçadas em horizontal e vertical. A cidade possui rede de esgoto em quase toda a sua totalidade, aproximadamente 70% das ruas asfaltadas. A cidade recebe energia elétrica e possui água encanada em condições favoráveis para o consumo e transporte urbano.

Alguns órgãos merecem destaque em relação ao progresso de Natalândia, entre eles podemos citar a Emater-MG – (Empresa Mineira Assistência Técnica Extensão Rural do Estado de Minas Gerais), presta assistência técnica aos produtores rurais, IEF – (Instituto Estadual de Florestas) - exerce vigilância sobre a flora e a fauna dando guarita à ecologia e Comunicação, no âmbito da comunicação a cidade é boa receptora das ondas de rádio e televisão. A cidade conta com alguns serviços sociais e de recreação: Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Natalândia, Associação dos pequenos produtores do Assentamento Saco do Rio Preto, Associação dos pequenos produtores do Assentamento Mamoneiras, Associação dos pequenos produtores do Assentamento Mangal, Associação dos pequenos produtores da Fazenda Riacho dos Cavalos, Associação de Moradores de Natalândia, Associação dos Pequenos Produtores Rurais do Lamedor, Abrigo São Francisco de Assis da Sociedade São Vicente de Paulo, Associação Atlética de Natalândia. Também a Polícia Militar, Posto de Correios, Conselho Tutelar, Associação das Fiandeiras, Associação das Bordadeiras, Associação dos Tropeiros e Carreiros e Escola Família Agrícola. Fonte: (Prefeitura Municipal de Natalândia – Secretaria de Agricultura).

## **2.2 Atividades econômicas**

A economia do Município é basicamente a agropecuária, com cultura do milho, arroz de sequeiro, feijão e pecuária mista, sendo a principal atividade pecuária do município a bovinocultura. Como o município é eminentemente agropecuário pode-se concluir que este processo influi diretamente em todas as relações sociais, quer na área de emprego ou comercial, uma vez que o comércio gira em torno da produção local. Na maioria dos casos a mão de obra empregada é a familiar, são os grandes e médios produtores que empregam mão de obra mais especializada, tais como operadores, gerentes, e em alguns casos, quando há demanda é contratada mão de obra temporária.

A Zona Rural do Município de Natalândia, conta com três Assentamentos da Reforma Agrária com 178 famílias assentadas que vivem da agricultura familiar e empregam, na própria produção, aproximadamente quatro pessoas por família, sendo num total de 712 empregos em Regime Familiar. A região conta com outra área rural, fora da Reforma Agrária, denominada Riacho dos Cavalos, com aproximadamente 57 famílias de agricultores familiares, igualmente com média de quatro pessoas por família, somando um total de aproximadamente 228 pessoas.

- Estrutura Fundiária: município conta com 235 Propriedades Rurais de 10 a 200 ha, 20 Propriedades Rurais de 200 a 500 ha, 12 Propriedades Rurais de 500 a 1000 ha, 08 Propriedades Rurais acima de 1000 ha.
- Comércio: complexo regular de armazéns, lojas, açougues, oficina mecânica, marcenarias, serralherias, posto de gasolina e máquinas de beneficiar arroz.

### 2.3 Caracterização da infraestrutura

#### Educação

O município de Natalândia/MG conta apenas com rede de ensino público que oferece desde o pré-escolar até o Ensino Médio.

Tabela 1 - Demonstrativo de Localização das Escolas no Município.

| Escola  | Modalidade                                  | Nº Alunos Matriculados |
|---|---|------------------------|
| Escola Municipal Major Jefferson Martins Ferreira | Ensino Fundamental (1ª ao 5ª)               | 333                    |
| Escola Municipal Antônio Geraldo Pereira          | Ensino Fundamental (1ª ao 5ª e pré-escola)  | 22                     |
| Centro educacional Planeta Criança                | Pré-Escola                                  | 93                     |
| Centro Educacional Planeta Criança                | Maternais I e II, e Berçário                | 85                     |
| Escola Estadual Alvarenga Peixoto                 | Ensino Fundamental (6ª a 9ª) e Ensino Médio | 508                    |
| Escola Municipal Major Jefferson Martins Ferreira | Programa de Educação de Jovens e Adultos    | 8                      |

Fonte: Secretaria de Educação

## Saneamento básico

### Água

O sistema de abastecimento de água do município é de poço artesiano e coordenado pela prefeitura. A água não é tratada e não é cobrada nenhuma taxa à população pelo seu uso. A água distribuída na zona urbana é proveniente de três poços artesanais localizados na sede do município.

Como a água não recebe tratamento coletivo, as famílias utilizam meios domésticos para melhorar a qualidade da água que consomem, segundo dados colhidos no SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica – 2013) aproximadamente 55,% (cinquenta e cinco por cento) dos lares utilizam a filtração, menos de 0,1% (um décimo por cento) utilizam fervura, menos de 0,1% (um décimos por cento) utilizam cloração e pouco mais de 45% (quarenta e cinco por cento) das famílias consomem a água sem nenhum tratamento, o que tem ocasionado um grande número de morbidade por verminose.

Tabela 2 - Tipos de abastecimento de água

| Abastecimento de Água         | %     |
|-------------------------------|-------|
| Rede Pública (poço artesiano) | 78,79 |
| Cisterna ou nascente          | 21,21 |
| Outros                        | 0     |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SIAB 2013).

Tabela 3 -Tipos de tratamento de água

| Trat. Água no Domicílio | %     |
|-------------------------|-------|
| Filtração               | 54,69 |
| Fervura                 | 0,09  |
| Cloração                | 0,09  |
| Sem tratamento          | 45,14 |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SIAB 2013).

### Esgoto

O sistema de esgoto é feito pela prefeitura municipal e segundo dados colhidos no SIAB (2013), atinge aproximadamente 57% das residências, e aproximadamente 39% das

famílias utilizam fossa e menos de 04% dos lares tem seus dejetos lançados diretamente a céu aberto.

Tabela 4 - Destino das fezes e urina

| Destino Fezes/Urina | %     |
|---------------------|-------|
| Sistema de Esgoto   | 57,41 |
| Fossa               | 38,65 |
| Céu Aberto          | 3,94  |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SIAB 2013)

### Habitação

No município pouco mais de 78% da população reside na zona urbana e quase 22% reside na zona rural. O principal tipo de moradia utilizado é o de tijolo/adobe – que representa mais de 99% dos tipos de moradia, e menos de 1% utilizam outros tipos de moradia tais como taipa, madeira ou material aproveitado. Sendo que 99,47% possuem rede elétrica.

Tabela 5 - Tipos de moradia

| Tipo de Casa         | Nº   | %     |
|----------------------|------|-------|
| Tijolo/Adobe         | 1134 | 99,39 |
| Taipa revestida      | 0    | 0     |
| Taipa não revestida  | 0    | 0     |
| Madeira              | 3    | 0,26  |
| Material aproveitado | 2    | 0,18  |
| Outros               | 2    | 0,18  |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SIAB 2013).

O município possui 03 (três) Projetos de Assentamentos: Saco do Rio Preto, Mangal e Mamoneiras. Todos os assentamentos foram beneficiados com o PAC – Projeto de Autossuficiência e emancipação de assentamentos, que levará água encanada e energia elétrica a 100% das famílias assentadas. O PAC prevê ainda outros projetos tais como melhoria das estradas de acesso aos assentamentos, construção de fábricas para confecção de ração, doces, farinha, etc., plantio de hortas e construção de uma Escola Agrícola equipada.

## 2.4 Meio ambiente

### Hidrografia

- Recursos Hídricos: Rio Preto e Rio Mamoneiras
- Principal Recurso Hídrico: Rio Preto
- O Município pertence à Bacia do Rio São Francisco

#### Problemas Ambientais

- Assoreamento dos corpos d'água
- Ausência de proteção das nascentes
- Ausência ou rarefação de mata ciliar/topo
- Caça e pesca predatória
- Desmatamento
- Destino inadequado das embalagens utilizadas de agrotóxicos
- Drenagem inadequada das estradas
- Focos de erosão
- Lançamento de efluentes nos corpos d'água
- Pastagens degradadas
- Queimadas
- Uso inadequado de agrotóxicos.

### **2. 5 Situação sanitária, organizacional e gerencial de saúde**

#### Organização Social

A administração da saúde no município é feita pela Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a lei 009/97, de 07 de fevereiro de 1997, e o fundo Municipal de Saúde instituído pela Lei nº 0010/97, de 07 de fevereiro de 1997 (Secretaria Municipal de Saúde, 2014).

## Organização do Sistema de Saúde Municipal

De acordo com a Lei Orgânica Municipal em seus Artigos 206 e 207 (Lei Orgânica Municipal, 21 de junho de 1997).

“A saúde é direito de todos, assegurado pelo poder Público. O Município, com a participação da comunidade, garantirá o direito à saúde, mediante”:

I – políticas que visem ao bem estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, à redução e à busca da eliminação do risco de doenças e outros agravos, abrangendo o ambiente natural, os locais públicos e de trabalho;

II – Acesso Universal e igualitário às ações e serviços de saúde, abrangendo promoção, preservação e recuperação da saúde”.

Para garantir a todos os cidadãos o direito à saúde o município conta com o Centro de Saúde de Natalândia que atende em média 1.000 (mil) consultas médicas mensais, possui a Farmácia Básica que distribui remédios gratuitamente a população, conta com 05 ambulâncias que transportam os pacientes que necessitam de um tratamento mais especializado para os municípios de Unaí-MG, Brasília-DF e outras localidades que for necessário e ainda conta com o TFD – Auxílio para tratamento fora do Domicílio, que fornece recursos para custear passagens e alimentação para pacientes que precisam se ausentar do município para localidades mais distantes. Quando são necessárias consultas especializadas, as mesmas são encaminhadas para Unaí, Brasília, Paracatu, João Pinheiro, Barretos, Belo Horizonte, Uberaba e Patos de Minas, entre outras.

O município possui Laboratório Municipal de Análises Clínicas que oferece grande parte dos exames convencionais solicitados pelos Médicos. O município também fornece aos pacientes ajuda de custo para realização de exames de Ultrassonografias, Raios-x, Tomografias e outros. No município não há unidade de Saúde Privada.

## **2.6 Características Epidemiológicas**

### Vigilância Epidemiológica e Ambiental

A Equipe de Vigilância Epidemiológica e Ambiental é composta por um Coordenador e 06 agentes de Endemias. As ações de controle da Dengue são realizadas por 04 agentes

de Endemias, realizam 06 ciclos de tratamento focal e pesquisa nos domicílios da área urbana que totalizam 1372 imóveis. As ações de controle da Doença de Chagas são realizadas por 02 agentes de Endemias, que atendem as notificações de triatomíneos, realizam campanha anualmente visitando no mínimo 50% das 13 localidades existentes na área rural do município, totalizando cerca de 444 domicílios.

As demais ações incluem realização de campanhas de vacinação contra poliomielite, influenza, antirrábica canina e felina, educação em saúde e palestras nas escolas, rádio e em eventos, vigilância das emergências ambientais, leishmaniose tegumentar e visceral, febre amarela, água para consumo humano, investigação de óbito materno infantil, fetal, mulher em idade fértil, causa mal definida e notificação, investigação e fechamento dos casos de doenças de notificação compulsória. A vigilância Epidemiológica e Ambiental trabalham de forma integrada com a Equipe ESF, VISA e Odontologia.

#### Particularidades epidemiológicas da população

##### Doenças Prevalentes:

- Diabetes Melittus I e II
- Hipertensão Arterial
- Chagas (crônica)
- Alcoolismo
- Deficiência neurológica e mental
- Verminose
- Dengue (endêmico)
- DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)
- Tabagismo
- Diarréia
- Depressão

Principais fatores de risco:

- Desemprego ou subemprego
- Sedentarismo
- Consumo de álcool, cigarros e outras drogas.
- Falta de informações.

Tabela 6 - Famílias cadastradas na ESF do ano de 2013

| N. de Famílias Estimadas        | 1120 | %      |
|---------------------------------|------|--------|
| N. de Famílias Cadastradas      | 1141 | 101,88 |
| 7 a 14 anos na escola           | 470  | 94,19  |
| 15 anos e mais alfabetizados    | 2177 | 89,26  |
| Pessoas cobertas c/ plano saúde | 359  | 11,11  |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SIAB 2013)

Diagnóstico local

Tabela 7 - Distribuição da População por Faixa etária e sexo

| Faixa etária | Masculino | Feminino | População total |
|--------------|-----------|----------|-----------------|
| <1 ano       | 14        | 17       | 31              |
| 1 a 4 anos   | 86        | 85       | 171             |
| 5 a 9 anos   | 143       | 111      | 254             |
| 10 a 14 anos | 179       | 158      | 337             |
| 15 a 19 anos | 157       | 131      | 288             |
| 20 a 39 anos | 507       | 492      | 999             |
| 40 a 49 anos | 233       | 220      | 453             |
| 50 a 59      | 152       | 152      | 304             |
| 60 anos e >  | 212       | 183      | 395             |
| Total        | 1683      | 1549     | 3232            |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SIAB 2013)

Tabela 8 - Principais doenças por faixa etária

| Faixa etária    | Doenças Referidas |     |     |     |     |     |     |     |     |    |
|-----------------|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
|                 | ALC               | CHA | DEF | DIA | DME | EPI | HA  | HAN | MAL | TB |
| 0 a 14          |                   |     | 3   | 2   |     |     |     |     |     |    |
| 15 anos ou mais | 42                | 70  | 65  | 79  |     | 17  | 338 | 1   |     | 1  |

|       |    |    |    |    |    |     |   |   |
|-------|----|----|----|----|----|-----|---|---|
| Total | 42 | 70 | 68 | 81 | 19 | 338 | 1 | 1 |
|-------|----|----|----|----|----|-----|---|---|

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SIAB 2013)

Tabela 9 - Gestações por faixa etária

| Faixa etária   | Gestação |
|----------------|----------|
| 10 a 19 anos   | 3        |
| 20 anos e mais | 17       |
| Total          | 20       |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SIAB 2013)

Tabela 10 - Índices de Natalidade

| ANO               | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------------|------|------|------|------|
| Nº de nascimentos | 30   | 29   | 44   | 14   |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SIAB 2013)

Tabela 11 - Índices de Mortalidade

| ANO          | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|------|------|------|------|
| Nº de mortes | 20   | 17   | 14   | 9    |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SIAB 2013)

## 2.7 Ações e Serviços de Saúde Existentes

No atendimento Ambulatorial do Centro de Saúde é disponibilizado consultas nas seguintes especialidades médicas: Clínica Geral, Cardiologia, Pediatria, Ortopedia, Psicologia e Fisioterapia. Também é ofertado assistência ao pré-natal, prevenção do câncer e doenças sexualmente transmissíveis. Os Hipertensos, cardiopatas e diabéticos são acompanhados pelo clinico geral, e enfermeira da Equipe Estratégia Saúde da Família (ESF). O Programa de imunização é executado no centro Municipal de Saúde por duas técnicas de enfermagem sob a coordenação da Enfermeira.

O Serviço de Vigilância Sanitária conta com uma equipe formada por um coordenador e um Fiscal Sanitário que fiscaliza e orienta o comércio local. Realiza as atividades de emissão de alvará sanitário; acolhe as denúncias locais e encaminha para órgão responsável dentre outras ações. O controle de Zoonoses é desempenhado por 04 agentes de saúde, que monitoram todo o município.

O Programa Farmácia de minas possui cerca de 257 medicamentos sendo que destes, 51

são medicamentos controlados. Variedades de medicamentos para realização de atendimentos no centro de Saúde e para distribuição aos pacientes mediante apresentação da receita médica.

Existem dois consultórios odontológicos no Centro de Saúde onde são realizados serviços preventivos e curativos. Sendo um consultório de Saúde Bucal modalidade 2 da Equipe Estratégia Saúde da Família com um Odontólogo, um THD e um ACD. O Técnico em Higiene Dental faz aplicação de flúor nas escolas municipais mensalmente onde são realizadas palestras e são dadas orientações para uma correta escovação dos dentes. Realizam aproximadamente 850 Escovações Supervisionadas por mês, mais 850 aplicações tópicas de Flúor e aproximadamente 182 atendimentos individuais no consultório por mês.

O trabalho na equipe ESF Nossa Senhora de Fátima que juntamente com outra equipe do município de Natalândia abrangem 100% da população. A Unidade Básica de Saúde (UBS) localiza-se na rua São José, número 730, bairro Centro. Minha equipe atende hoje um total de 515 famílias e 1377 pessoas. O total geral de pessoas cadastradas nas duas equipes é de 3281, havendo cadastrado 356 Hipertensos, destes a equipe em que atuo atende 179. A doença ou condição referida das pessoas mais prevalente é, sem dúvida, de longe, a Hipertensão Arterial, seguida por Diabetes Mellitus e Doença de Chagas.

Durante o período inicial de atuação na Equipe de Saúde da Família Nossa Senhora de Fátima e, após várias reuniões com a equipe e fechamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES), levantamos uma lista de problemas da área de abrangência. Diante de tantos problemas, decidiu-se pela priorização de alguns, na seguinte ordem: grande número de hipertensos mal controlados, fichas A desatualizadas, falta de um sistema de triagem no acolhimento aos pacientes, estrutura física inadequada para comportar duas equipes de saúde e grande número de tabagistas.

Os principais problemas, de ordem geral, apresentados pelo município foram: saneamento básico (água e esgoto), escassez de área de lazer, desemprego ou subemprego e falta de meios de comunicação. De ordem específica a hipertensão é um problema prevalente nessa região. Assim, por causa do grande número de hipertensos mal

controlados, este foi escolhido como principal problema a ser trabalhado. Além da necessidade eminente, marcada pela urgência de se trabalhar a hipertensão para evitar suas consequências deletérias e pelo fato de a própria equipe de saúde ter capacidade para enfrentamento desse problema.

### **3 NÓS CRÍTICOS E A ESCOLHA DO OBJETO DE INTERVENÇÃO**

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um importante problema de saúde pública. É responsável por mais ou menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

De acordo com dados do SIAB (2013), a área de abrangência em que atuo (ESF Nossa Senhora de Fátima), no mês de abril de 2013 havia um total de 3232 pessoas cadastradas e, aplicando a porcentagem da prevalência esperada, de 30%, teríamos em média 970 hipertensos. Entretanto, os dados revelavam 338 hipertensos cadastrados. Isso mostra quase no município há um percentual bem abaixo comparado ao do país que é de 25% da população brasileira, o que daria 950 habitantes do município de Natalândia, podendo haver uma defasagem em relação ao cadastramento destes hipertensos e muitos nem sequer ainda foram diagnosticados. Pela análise dos prontuários de alguns hipertensos até o momento, nenhum deles teve seu risco cardiovascular estratificado.

O fato de haver grande número de hipertensos mal controlados pode ser justificado por vários fatores, muitos deles interligados. Um hipertenso é mal controlado primeiramente por não ser identificado, não ter sido diagnosticado adequadamente, não ter sido cadastrado (SIAB, 2013). Sendo assim, esse paciente não tem contato com o serviço de saúde, não é examinado, não faz uso de medicação ou o faz incorretamente e não é submetido exames de rastreamento. A dificuldade de se conseguir uma consulta

médica e retornos periódicos leva à perda da continuidade do acompanhamento. Outra causa seria a falta de informação sobre a doença, a importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida incluindo alimentação apropriada e atividade física. Após análise da situação, a equipe de saúde selecionou os chamados “nós críticos”, ou seja, uma causa de um determinado problema que, quando "atacada" é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. (Caderno de Atenção Básica, 2006).

#### **4 JUSTIFICATIVA**

A hipertensão arterial sistêmica é um importante problema de saúde pública, apresentando alta taxa de prevalência em todo o mundo (Caderno de Atenção Básica, 2006), o que também é observado na área de abrangência da ESF Nossa Senhora de Fátima. Dados do SIAB (2013) apontam uma prevalência média de 10,45% de hipertensos cadastrados, o que não está em concordância com a prevalência mundial de 30%. Isso nos leva a questionar a possibilidade de não estar havendo um diagnóstico correto nem cadastramento adequado dos usuários hipertensos. A hipertensão é um fator de risco modificável para doenças cerebrovasculares e, por isso, deve ser continuamente controlada para evitar consequências deletérias tais como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio.

Na área de abrangência da ESF Nossa Senhora de Fátima, observam-se muitos hipertensos descontrolados, sem acompanhamento ou informações adequadas, muitos ainda a serem identificados. O acompanhamento não é feito de forma sistematizada, a maioria dos pacientes nunca tiveram seus riscos cardiovasculares estratificados e não há grupos operativos organizados. O que nos leva a concluir que algumas ações podem ser feitas no âmbito da Atenção Primária a fim de diminuir a morbidade e mortalidade relacionada à Hipertensão Arterial Sistêmica. Todos esses fatores motivaram a realização deste estudo e um plano de intervenção para a busca de solução de tal problema.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1.Objetivo geral:**

Propor um plano de intervenção para reorganizar o atendimento dos hipertensos da área de abrangência da ESF Nossa Senhora de Fátima.

### **5.2.Objetivos específicos:**

- Diagnosticar todos os hipertensos da área de abrangência
- Cadastrar todos os hipertensos da área de abrangência;
- Desenvolver atividades educativas à população sobre a hipertensão arterial sistêmica;
- Estratificar o risco cardiovascular de todos os hipertensos da área;
- Reorganizar o serviço para melhor atender os hipertensos da área.

## 6 METODOLOGIA

Inicialmente, para o diagnóstico do território de intervenção e conhecimento dos problemas enfrentados pela comunidade, foi realizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), sendo utilizada a metodologia da Estimativa Rápida (Caderno de Atenção Básica, 2006). Foram realizadas entrevistas com informantes-chaves, indicados pelos agentes comunitários de saúde (ACS), sendo abordados temas como: história da comunidade, aspectos sociais e econômicos, principais problemas de saúde, perfil de mortalidade e atividades de cultura e lazer. Foram devidamente respeitados os critérios éticos nas entrevistas. Como parte do diagnóstico foi realizada uma observação ativa da área, tanto nos momentos de ida ao território para as entrevistas, quanto durante as visitas domiciliares. Foi feita ainda uma coleta de dados a partir das fichas A dos ACS, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), notificações epidemiológicas e relatório de produção mensal da equipe.

Foram estabelecidos os problemas mais importantes para a comunidade naquele momento, sendo priorizado um deles, a Hipertensão Arterial Sistêmica. A partir daí, foram definidos os nós críticos do problema selecionado e, para cada um foram identificados resultados e produtos esperados assim como os recursos necessários em todas as situações. Posteriormente, foram definidos os atores que controlam cada um dos recursos críticos selecionado se o prazo para que isso ocorra. Por fim, definiu-se o plano operativo, com a eleição de responsáveis por cada uma das operações e o estabelecimento de prazos para execução das mesmas.

Após a priorização do problema, foi feita uma revisão de literatura sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica, com pesquisa bibliográfica, considerando as revistas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO) bem como no acervo da biblioteca virtual do NESCON, manuais, diretrizes, livros texto e materiais oferecidos no Curso de Especialização em Atenção Básica disponibilizados na Plataforma Ágora, dados pesquisados nos registros da própria Unidade Básica de Saúde. Os descritores utilizados foram: Hipertensão Arterial, Atenção Primária à Saúde e Intervenção. A partir do diagnóstico e revisão da

literatura foi possível a realização de um plano de intervenção para os pacientes atendidos pela ESF Nossa Senhora de Fátima.

## 7 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se muitas vezes a alterações dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É considerado o principal fator de risco para complicações tais como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica. Dados estatísticos revelam que, no Brasil, a prevalência geral é de 35,8 % nos homens e 30 % nas mulheres, semelhante a outros países. Um total de 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em todo o mundo, sendo que cada vez mais pessoas morrem anualmente dessas doenças em relação a qualquer outra causa e, no Brasil, são a primeira causa de morbimortalidade em adultos. Destaca-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica, ao mesmo tempo em que é uma doença cardiovascular, multiplica o risco para adquirir outras doenças cardiovasculares (SILVA, CADE, MOLINA, 2012). A mortalidade por doenças cardiovasculares aumenta com a elevação da Pressão Arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg (milímetros de mercúrio) de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. Considera-se com o hipertenso aquele com pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006a). O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, sem condições ideais, em, pelo menos, três

ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Tabela 12 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos.

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

Observação: Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

\* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Os procedimentos de medida da pressão arterial são simples e de fácil realização, mas nem sempre são realizados de forma adequada. É necessário haver o preparo adequado do paciente, uso de técnica padronizada e de equipamentos calibrados. A aferição pode ser realizada pelo método indireto com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide devidamente calibrados, ou com técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Muitos estudos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Por ser geralmente

assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado e a adesão ao tratamento é menor que a esperada, o que determina um controle muito baixo da Hipertensão Arterial Sistêmica em todo o mundo (BRASIL, 2006a).

De acordo com o Ministério da Saúde, deve-se considerar no diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. Na avaliação do paciente hipertenso, a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo. A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada pelo cálculo do escore de Framingham (BRASIL, 2006a). Trata-se de conhecimento importante a ser aplicado pelas equipes da estratégia de saúde da família, pois conhecer o risco coronariano dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica pode auxiliar no planejamento e na avaliação das ações de saúde, melhor direcionando os planos de cuidados a esses portadores e melhor definindo os intervalos de vigilância e a intensificação das ações de saúde (SILVA, CADE, MOLINA 2012).

O controle da Hipertensão Arterial Sistêmica depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Estima-se que apenas um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis adequados, e isso é justificado pela insuficiente adesão às mudanças nos hábitos de vida. Estudos revelam uma redução estatisticamente significativa nos valores das pressões arteriais naqueles que adotaram tais mudanças. Os grupos operativos se configuram como uma ferramenta positiva nesse contexto, incentivando a adequação de alguns comportamentos, o que promove melhoria dos níveis pressóricos (OLIVEIRA et al., 2013).

O desafio do controle da Hipertensão Arterial Sistêmica é da Atenção Básica, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que conta com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho inclui vínculo com a comunidade, favorecendo as ações de

prevenção e promoção de saúde. É importante registrar que a adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis exige (BRASIL, 2006b). As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e, dessa forma, possibilitam as discussões e orientações quanto a adoção de mudanças no estilo de vida (OLIVEIRA et al., 2013).

A equipe multiprofissional pode ser formada por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma síndrome multifatorial, contar com uma equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável sempre que possível (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A implementação de medidas de prevenção no manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica representa um desafio para os profissionais e gestores de saúde. No Brasil, aproximadamente 75% da assistência à saúde da população é feita pelo Sistema Único de Saúde, enquanto que o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser consideradas metas prioritárias dos profissionais de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

## **8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Após o estudo bibliográfico sobre a hipertensão arterial sistêmica, a sistematização de conceitos e discussões com a equipe de saúde foi possível a elaboração de um projeto de intervenção para os usuários hipertensos da ESF Nossa Senhora de Fátima. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, de acordo com os 10 passos a seguir.

### **8.1 Primeiro passo: definição dos problemas**

Por meio da Estimativa Rápida, foi possível identificar os principais problemas da área de abrangência da ESF Nossa Senhora de Fátima:

- Grande número de hipertensos mal controlados
- Fichas A desatualizadas
- Falta de um sistema de triagem no acolhimento aos pacientes
- Estrutura física inadequada para comportar e equipes de saúde
- Grande número de tabagistas

### **8.2 Segundo passo: priorização de problemas**

Após a identificação dos problemas foi necessário priorizar um deles, pois dificilmente todos poderiam ser solucionados ao mesmo tempo. Como critérios para a priorização considerou-se a importância do problema, sua urgência e capacidade para enfrentamento, conforme descrito no quadro 1:

Quadro 1: Priorização de problemas da área de abrangência ESF Nossa Senhora de Fátima

| Principais problemas  | Importância | Urgência<br>De 1 a 10 | Capacidade<br>de enfrentamento | Seleção<br>de prioridade |
|---|-------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Hipertensos mal controlados                                   | Alta        | 7                     | Parcial                        | 1                        |
| Fichas A desatualizadas                                       | Alta        | 3                     | Parcial                        | 5                        |
| Falta de um sistema de triagem no acolhimento                 | Alta        | 5                     | Fora                           | 3                        |
| Estrutura física inadequada para comportar 3 equipes de saúde | Alta        | 5                     | Fora                           | 2                        |
| Grande número de tabagistas                                   | Alta        | 4                     | Parcial                        | 4                        |

Fonte: Equipe de saúde da família Nossa Senhora de Fátima

### 8.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um importante problema de saúde pública. A partir de inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos, chegou-se a uma taxa de prevalência da hipertensão arterial sistêmica acima de 30%. De acordo com dados do SIAB da minha área de abrangência do mês de Abril de 2013 há um total de 3232 pessoas cadastradas e, aplicando a porcentagem da prevalência esperada, teríamos em média 970 hipertensos. Entretanto os dados revelam 338 hipertensos cadastrados, sendo que todos são atualmente acompanhados. Isso mostra que há muitos hipertensos ainda não cadastrados, o que é evidenciado pelas estatísticas dos últimos atendimentos que foram realizados até o presente momento, pude constatar hipertensos ainda não cadastrados e outros sem diagnóstico. Pela análise dos prontuários de alguns hipertensos até o momento, nenhum deles teve seu risco cardiovascular estratificado.

### 8.4 Quarto passo: explicação do problema

O fato de haver grande número de hipertensos mal controlados pode ser justificado por vários fatores, muitos deles interligados. Um hipertenso é mal controlado primeiramente por não ser identificado, não ter sido diagnosticado adequadamente, não ter sido

cadastrado. Sendo assim, esse paciente não tem contato com o serviço de saúde, não é examinado, não faz uso de medicação ou faça incorretamente, não é submetido exames de rastreamento. A dificuldade de se conseguir uma consulta médica e retornos periódicos leva à perda da continuidade do acompanhamento. Outra causa seria a falta de informação sobre a doença, a importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida incluindo alimentação apropriada e atividade física.

### **8.5 Quinto passo: seleção dos nós críticos**

O nó crítico pode ser identificado como parte da causa de um problema que, quando “atacada”, será capaz de gerar impacto no problema e transformá-lo. Assim, dentre as causas mais pertinentes, foram selecionados:

- Processo de trabalho da equipe de saúde;
- Informação da população;
- Estratificação de risco cardiovascular;
- Organização do serviço de saúde

### **8.6 Sexto passo: desenho das operações**

Foi realizado o desenho das operações para os “nós críticos” do problema, com a identificação dos produtos e resultados e recursos necessários para a concretização de cada item:

- Processo de trabalho da equipe de saúde: aprimorar o processo de trabalho da equipe de saúde no sentido de identificar os hipertensos que fazem parte de área de atuação. Importante realizar aferição da pressão arterial em todas as consultas médicas, treinamento para técnica correta de aferição da pressão arterial busca ativa dos hipertensos não acompanhados, cadastramento de todos os hipertensos e atualização dos que já estão cadastrados.
- Informação da população: a informar da população sobre a hipertensão arterial sistêmica através da organização de grupos operativos pelos integrantes da equipe.

Tais grupos devem utilizar recursos interativos, dinâmicas, multimídia para chamar a atenção dos pacientes, ouvir o que eles sabem a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para melhor adesão ao tratamento. Realizar os grupos operativos com datas fixas a cada 15 dias, palestras fora da UBS sobre os temas mais questionados.

- Estratificação de risco cardiovascular: Todo hipertenso deve ter seu risco cardiovascular estratificado a fim de que aqueles com risco aumentado tenha um seguimento mais rigoroso e retornos mais frequentes. Aplicar o escore de Framingham a todos os hipertensos uma vez por ano em consulta individual.
- Organização do serviço de saúde: organizar o serviço de saúde para melhor atender os hipertensos para que eles tenham facilidade de acesso ao serviço. Facilitar marcação de consultas e retornos, tendo um turno por semana para atender apenas hipertensos, com horário marcado e maior tempo disponibilizado para consulta, garantir retorno no tempo adequado sem necessitar de pegar filas, cobrar do gestor sobre medicações anti-hipertensivas em falta.

### **8.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos**

Recursos Críticos são os possíveis problemas identificados após os nós críticos serem estabelecidos e com estes dados em mãos pode se propor as ações e colocar em prática o Plano de ação.

Processo de trabalho da equipe de saúde:

- Cognitivo: saber reconhecer um hipertenso e se está controlado ou não
- Organizacional: cadastrar todos os hipertensos
- Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

#### Informação da população:

- Cognitivo: conhecimento sobre o tema e formas de transmitir tal conhecimento;
- Organizacional: organizar grupos operativos com os hipertensos
- Financeiro: adquirir recursos de multimídia, folhetos informativos
- Político: articulação Inter setorial com o setor de educação

#### Estratificação de risco cardiovascular:

- Cognitivo: conhecimento sobre o escore de framinghan e como aplica-lo
- Organizacional: fazer busca ativa dos hipertensos, separar um turno de atendimento para realizar a estratificação
- Financeiro: providenciar tabelas impressas do escore para anexar ao prontuário dos pacientes

#### Organização do serviço de saúde

- Cognitivo: elaboração do projeto de adequação
- Financeiro: aumento da oferta de exames, medicamentos, consultas
- Político: recursos para melhor estruturação do serviço
- Organizacional: padronizar a oferta de serviço

### **8.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano**

Com a formulação de um Plano de Ação, pode se analisar as ações propostas e prever alguns possíveis transtornos que poderão inviabilizar tais ações, e assim corrigi-lo até mesmo antes de colocá-lo em prática.

Quadro 2: Proposta de ações para a motivação dos autores

| Operações/<br>projetos   | Recursos críticos   | Ator que<br>controla        | Motivação | Ação<br>estratégica  |
|--|---|-----------------------------|-----------|----------------------|
| Identificar os hipertensos   | Cognitivo: saber reconhecer um hipertenso e se está controlado ou não   | Secretaria da Saúde         | Favorável | Apresentar o projeto |
|  | Organizacional: cadastrar todos os hipertensos  | ESF Nossa Senhora de Fátima | Favorável |                      |
|  | Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais  | Secretaria de Saúde         | Favorável |                      |
| Informar a população sobre a hipertensão                             | Cognitivo: conhecimento sobre o tema e formas de transmitir tal conhecimento                                      | Setor de comunicação social | Favorável | Não é necessária     |
|  | Organizacional: organizar grupos operativos com os hipertensos  | ESF Nossa Senhora de Fátima | Favorável |                      |
|  | Financeiro: adquirir recursos de multimídia, folhetos informativos  | Secretaria de Saúde         | Favorável |                      |
|  | Político: articulação Inter setorial com o setor de educação  | Secretaria de Educação      | Favorável |                      |
| Estratificar o risco cardiovascular de todos os hipertensos da área. | Cognitivo: conhecimento sobre o escore de framingham e como aplica-lo   | Secretaria de Saúde         | Favorável | Não é necessária     |
|  | Organizacional: fazer busca ativa dos hipertensos, separar um turno de atendimento para realizar a estratificação | ESF Nossa Senhora de Fátima | Favorável |                      |
|  | Financeiro: tabelas impressas do escore para anexar ao prontuário dos pacientes                                   | Secretaria de Saúde         | Favorável |                      |
| Organizar o  | Cognitivo: elaboração do  | Prefeito                    | Favorável | Apresentar           |

|   |  |                         |             |
|---|--|-------------------------|-------------|
| serviço de saúde para melhor atender os hipertensos | projeto de adequação   | Municipal               | projeto     |
|   | Financeiro: oferta de medicamentos, aumento de exames, consultas | Secretaria de Saúde     | Favorável   |
|   | Político: recursos para melhor estruturação do serviço           | Fundo Nacional de Saúde | Indiferente |
|   | Organizacional: padronizar a oferta de serviços                  | Secretaria de Saúde     | Favorável   |

Fonte: Equipe de saúde da família Nossa Senhora de Fátima

### 8.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

No Plano Operativo estarão contidas todas as ações que irão ser colocadas em prática, juntamente com quem irão desenvolvê-las, até mesmo o prazo para a ação ser realizada, e com isso poderá ser avaliado antes mesmo de ser colocado em prática, podendo ser modificado conforme necessidade.

Quadro 3- Plano de Intervenção

| Operações/<br>projetos     | Resultados  | Produtos   | Responsáveis   | Prazo      |
|----------------------------|---|--|--|------------|
| Identificar os hipertensos | Ter todos os hipertensos da área abrangência reconhecidos e cadastrados | Realizar aferição da pressão arterial em todas as consultas médicas, treinamento para técnica correta de aferição da pressão arterial busca ativa<br><br>dos hipertensos não acompanhados, cadastramento de todos os hipertensos e atualização dos que já estão cadastrados. | Agentes comunitários de saúde, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem | 4 meses    |
| Informar                   | a População mais  | Grupos operativos com  | Médico,  | Apresentar |

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| população sobre a hipertensão                                       | bem informada sobre sua condição de saúde  | datas fixas a cada 15 dias, palestras fora da UBS sobre os temas mais questionados, material didático para distribuir para as famílias  | enfermeiro, técnico de enfermagem  | projeto em 1 mês.                               |
| Estratificar o risco cardiovascular de todos os hipertensos da área | o Seguimento mais rigoroso e retornos mais frequentes daqueles com risco aumentado | Aplicar o escore de Framingham a todos os hipertensos uma vez por ano em consulta individual  | Médico, Enfermeiro   | 6 meses   |
| Organizar o serviço de saúde para melhor atender os hipertensos     | o Facilitar o acesso ao serviço de saúde pelos hipertensos                         | Facilitar marcação de consultas e retornos, tendo um turno por semana para atender apenas hipertensos, com horário marcado e maior tempo disponibilizado para consulta, garantir retorno no tempo | Coordenador da Atenção Básica em Saúde, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem. | Apresentar o projeto em 2 meses. Prazo: 3 meses |
|   |  | Adequado sem necessitar de pegar filas, cobrar do gestor sobre medicações anti-hipertensivas em falta   |  |   |

Fonte: Equipe de saúde da família Nossa Senhora de Fátima

### 8.10 Décimo passo: gestão do plano

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais fixas e reuniões extras sempre que alguém perceber algum problema ou tiver alguma ideia diferente. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos em menor tempo possível. Deve ser observado se os prazos estão sendo cumpridos e se os integrantes da equipe estão participando da forma como foi determinado. Importante também realizar reuniões com a população, através do Conselho Municipal de Saúde, para saber se estão satisfeitas com as mudanças e se apresentam alguma sugestão.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante as etapas de elaboração do projeto, a equipe pôde realizar um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência da ESF Nossa Senhora de Fátima e refletir sobre como seu processo de trabalho pode ser melhorado a fim de buscar uma solução para tais problemas.

A escolha do Planejamento Estratégico Situacional se deu pela sua estratégia que permite a formulação de propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem resolutivas. Uma vez que o grande número de hipertensos, controlados de maneira insatisfatória, foi eleito pela equipe como nó crítico, este consistiu em ponto de partida do Plano de Intervenção. Esta maneira de reorganizar a intervenção é uma boa estratégia para a equipe pensar e realizar outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados. Sendo a utilização do Planejamento Estratégico Situacional uma boa ferramenta para reorganizar o processo de trabalho da equipe.

Assim, este Plano de Intervenção se propôs a colaborar para a redução da morbidade e mortalidade relacionada aos hipertensos da ESF Nossa Senhora de Fátima acreditando poder contribuir com a melhora na qualidade de vida dos mesmos. Acreditamos que também a equipe de saúde será beneficiada, pois ao repensar seu processo de trabalho, sua relação com os usuários e sobretudo a revisão no manejo dos casos mais complicados, também poderá responder de maneira mais eficiente as demandas da comunidade adscrita.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica nº.15. 2006a.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais -Brasília: Ministério da Saúde, - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).2006b.
3. CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.
4. <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/04/saude-anuncia-dados-da-hipertensao-no-pais>. >Acesso em: 25 de out. 2014.
5. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico de 2010. Disponível em: <[http:// www.scielo.br.com.br](http://www.scielo.br.com.br)>. Acesso em: 24 dez. 2013
6. OLIVEIRA, Thatiane Lopes. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso no tratamento da hipertensão arterial. Acta Paul Enferm, v. 26, n.2, p.179-84. 2013
7. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATALÂNDIA - MG, 2014/2016.
8. SILVA, Viviane Rassele., CADE, Nagela Valadão.; MOLINA, Maria Del Carmen Bisi. Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. v. 20, n. 4, p.439-44. out/dez. 2012.
9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE

NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: SBC; SBH; SBN, 2010. Disponível em <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>> Acesso em: 14 dez. 2011.