

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

**ARNALDO GUILLERMO RODRIGUEZ MARTINEZ**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O CONTROLE ADEQUADO DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
CÔNEGO LUÍS CIRILO DA SILVA NO MUNICÍPIO DE OLIVENÇA -  
ALAGOAS**

**MACEIÓ - ALAGOAS  
2015**

**ARNALDO GUILLERMO RODRIGUEZ MARTINEZ**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O CONTROLE ADEQUADO DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
CÔNEGO LUÍS CIRILO DA SILVA NO MUNICÍPIO DE OLIVENÇA -  
ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de  
Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade  
Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2015**

**ARNALDO GUILLERMO RODRIGUEZ MARTINEZ**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O CONTROLE ADEQUADO DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
CÔNEGO LUÍS CIRILO DA SILVA NO MUNICÍPIO DE OLIVENÇA -  
ALAGOAS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte. Em: 05/01/2016.

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus filhos que se encontram longe das minhas mãos,  
mas bem perto em meu coração.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me abençoar sempre e por não me deixar desanimar diante das dificuldades.

À Equipe da Unidade de Saúde Cônego Luís Cirilo da Silva por me acolher e acompanhar o tempo todo no trabalho.

Aos meus familiares, que me deram apoio sempre mesmo de longe.

Ao pessoal da Secretaria Municipal de Saúde do município de Olivença

À minha orientadora Professora Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo por ser paciente e prestativa durante esse período de construção do TCC.

## RESUMO

Considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis, a Hipertensão Arterial Sistêmica atinge prevalências alarmantes em muitos países, representando um dos mais importantes problemas de saúde pública. Apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle. É também o principal fator de risco para complicações mais comuns, como: Acidente Vascular Cerebral, Doenças Cardiovasculares e Insuficiência Renal Crônica. A morbidade e mortalidade das doenças do aparelho circulatório geram impactos socioeconômicos, elevando a ocupação de leitos hospitalares e os custos médicos. Por ser na maior parte do seu curso crônica e assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados. Somada à baixa taxa de adesão ao tratamento medicamentoso, exige maiores esforços para ampliar as ações de prevenção e controle da doença. Este trabalho tem como objetivo propor um Plano de Intervenção com ações educativas para controle da hipertensão arterial dos pacientes residentes no território da Unidade Básica de Saúde “Cônego Luís Cirilo da Silva” do município Olivença. Foi realizada uma revisão bibliográfica para subsidiar a elaboração do referido projeto. Espera-se que com o projeto de intervenção haja uma melhora no controle da pressão arterial dos pacientes residentes no território da nossa unidade.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Fatores de Risco. Atenção Básica à Saúde.

## **ABSTRACT**

Considered as one of the major modifiable risk factors, Hypertension prevalence reaches alarming in many countries, representing one of the most important public health problems. It has high prevalence and low control rates. It is also the main risk factor for the most common complications, such as stroke, cardiovascular disease and chronic renal failure. The morbidity and mortality of cardiovascular diseases generate socio-economic impacts, increasing the occupancy of hospital beds and medical costs. Because it is in most of their chronic course and asymptomatic, its diagnosis and treatment is often overlooked. Coupled with the low rate of adherence to drug treatment requires greater efforts to expand prevention and control of disease. This paper aims to propose an intervention plan with educational initiatives to control high blood pressure of patients living within the Basic Health Unit "Cônego Luis Cirilo da Silva" the city Olivença. Was conducted a literature review to support the development of the intervention project. It is expected that with the intervention project there is improvement in blood pressure control of patients residing in the territory of our unity.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>14</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA</b>	<b>16</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>22</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>32</b>
<b>8 REFERÊNCIAS</b>	<b>34</b>



## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Descrição sucinta do município**

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Olivença para o quadriênio 2014 – 2017, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (OLIVENÇA, 2014), o município situa-se no sertão alagoano, distante cerca de 240 km de Maceió, capital do estado.

A população de Olivença, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) é 11.594 habitantes. Olivença ocupa uma área de 173,99 km<sup>2</sup> com uma densidade demográfica de 66,64 hab./km<sup>2</sup>.

### **1.2 Sistema de Saúde do município**

Olivença, como um todo, dispõe de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas com Equipes de Saúde da Família (ESF). Os serviços de média e alta complexidade são referenciados para o Hospital Regional no município Santana do Ipanema de Arapiraca e também para a capital do estado.

A UBS de Cônego Luis Cirilo, onde atuo, está localizada no centro da cidade atendendo uma população referenciada formada de 4.318 habitantes, conforme demonstrado na Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica Municipal, sendo 2.061 do sexo masculino e 2.257 do sexo feminino, isto é, a população é formada na sua maioria (52%) por mulheres e cuja população é 100% SUS dependente.

Para entender melhor essa população, passamos a caracterizar esse território, com base na Ficha A do SIAB/2015 e na quantidade de 1.521 famílias cadastradas. Iniciando pela questão do abastecimento de água, quando 81,22% dessa população tem acesso à rede pública, 6,95% usam água de poço ou nascente e 11,82% dizem usar outras fontes de água. O tratamento de água no domicílio cobre 92,65% dos domicílios, esta água é clorada, e os 7,35% restantes, dizem que filtram, fervem ou que não tratam a água (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL, 2015).

Em relação ao tipo de casa, 99,20% são domicílios são construídos por tijolos ou adobe e 0,80% das famílias possuem casas de taipa revestida, não revestida e de outros materiais. Quanto ao destino dos dejetos, 96,32% das famílias utilizam fossas para o destino dos dejetos e 3,68% jogam suas fezes e urinas a céu aberto. Em contrapartida, 99,44% possuem energia elétrica, existindo apenas sete domicílios sem acesso à energia elétrica, o que pode contribuir no problema da hipertensão arterial, uma vez que necessitam salgar mais seus alimentos, porque não possuem geladeiras. No tocante à questão do destino do lixo, 0,80% das famílias joga seus lixos a céu aberto, 23,26% afirmam que enterram ou queimam seus lixos e 75,94% possuem acesso à coleta pública (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL, 2015).

A questão do lixo é algo que chama atenção, pois há no município uma área, às margens da principal via de circulação, um “grande lixão”, onde a Prefeitura retira da cidade e joga as margens da via pública.

Com esse contexto sócio sanitário, percebe-se a existência de muitos problemas de saúde. Entretanto, quando se identificam as doenças referidas pela população durante o cadastramento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), verifica-se que 281 pessoas de 15 anos e mais já estão diagnosticadas com hipertensão arterial, ou seja, tem-se um quantitativo de 8,30% da população.

Em relação ao perfil epidemiológico, conforme dados do SIAB/2014, há nessa área em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): 66 Diabéticos (a prevalência Nacional é de 11%); 260 Hipertensos (Prevalência Nacional: 22-43%); 8 pacientes com Asma Bronquial; 45 com Cardiopatas e 36 eram-obesos. Em relação às Doenças Crônicas Transmissíveis (DCT): dois pacientes com Hanseníase, 25 com Chagas e dois com *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL, 2014).

As principais causas de internação de pacientes em 2014, segundo o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS-DATASUS), foram: complicações da Hipertensão Arterial, AVC e IAM. Em relação à mortalidade em 2014, segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em Olivença ocorreram 22 óbitos, devido à Doença do Aparelho Circulatório e desses, 15 ocorreram no território da ESF do Centro de Saúde Cônego Luís Cirilo.

Ao chegar à UBS de Olivença, em 2013, iniciando os atendimentos, verificou-se que o maior problema de saúde era referente à falta de informações a respeito da Hipertensão Arterial.

É nesse contexto que será desenvolvido o Projeto de Intervenção educativa para o controle da hipertensão arterial, tendo em vista ser esse o primeiro problema identificado como de maior relevância, na população de 15 anos e mais. Inclusive essa população é formada por 3.388 pessoas, ou seja, 76% da população da equipe de saúde da família.

## 2 JUSTIFICATIVA

Após realizar a estimativa rápida na população, foi possível identificar que uma das principais doenças que afetam as pessoas com mais de 15 anos, é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), influenciando negativamente na morbimortalidade.

De acordo com os dados do Plano Municipal de Saúde de 2014 a 2017, a HAS demanda altos custos, para o município e por este motivo exige protocolos de atendimento mais eficazes e acessíveis a população (OLIVENÇA, 2014).

A hipertensão arterial, em sua grande maioria, é assintomática e quando o paciente chega ao consultório, já está apresentando algum dano, inclusive muitos pacientes são diagnosticados após um Acidente Cardiovascular. Por este motivo a hipertensão arterial é conhecida como “assassina silenciosa”.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2013), são imprescindíveis o tratamento e controle dessa doença e, para isso, as medidas não farmacológicas são também ferramentas essenciais no tratamento desta doença. Além disso, é preciso realizar uma intervenção educativa, para que os usuários tenham maior conhecimento da doença e, portanto, maior controle da mesma em relação à própria saúde, ou seja, exerçam o cuidado da sua saúde.

O trabalho da equipe deverá ser voltado para ação coletiva de Educação em Saúde, “se constitui como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser compartilhada pelos trabalhadores” e pela população. “É uma prática social, cujo processo contribui para a formação de uma consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade”, e deve estimular “a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva” (BRASIL, 2007, p. 19).

A educação em saúde, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p.21), deve ser compreendida como:

[...] um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social.

A Promoção de Saúde enquanto paradigma ganhou visibilidade com a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002), ao definir que a melhoria da qualidade de vida é resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e, também, biológicos (BRASIL, 2007).

Este estudo justifica-se pela elevada prevalência de hipertensão arterial na população da comunidade da UBS Cônego Luís Cirilo da Silva com níveis pressóricos não controlados e pela baixa adesão ao medicamento. A equipe após analisar os problemas levantados, considerou que é possível no nível local, com os recursos materiais e humanos realizar um projeto de intervenção para minimizar o problema priorizado.

Do ponto de vista social este trabalho é válido devido à frequência com que os portadores de pressão arterial elevada estão sujeitos a riscos cardiovasculares e a morte súbita.

### **3 OBJETIVO**

Propor um Plano de Intervenção com ações educativas para controle da hipertensão arterial dos pacientes residentes no território da Unidade Básica de Saúde “Cônego Luís Cirilo da Silva” do município Olivença.

## 4 METODOLOGIA

Para a elaboração do Projeto de Intervenção foram utilizados os dados colhidos quando realizamos o diagnóstico situacional da população residente no território da unidade. Neste momento foram identificados os problemas existentes na comunidade e priorizado aquele que seria o objeto deste estudo.

Para tal, utilizaremos os passos do Planejamento Estratégico Situacional trabalhado no módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde conforme determinado por Campos, Faria e Campos (2010), identificando assim, os principais “nós críticos” a serem trabalhados para trabalhar com o problema selecionado.

Finalmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde nos bancos de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Foram também utilizados os manuais publicados pelo Ministério da Saúde sobre o tema deste trabalho.

A busca das publicações foi feita por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Fatores de Risco.

Atenção Básica à Saúde.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é conhecida como a mais frequente das doenças cardiovasculares. “É também o principal fator de risco para complicações mais comuns como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal” (BRASIL, 2006a, p.7).

“A pressão arterial é um parâmetro que deve ser avaliado continuamente, mesmo em face de resultados iniciais normais” (BRASIL, 2006a, p.15). A partir do diagnóstico de HAS o seguimento clínico de pacientes portadores de HAS, deve ser realizado conforme os níveis pressóricos detectados.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a investigação clínico-laboratorial do paciente hipertenso objetiva explorar as seguintes condições:

- Confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico.
- Avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo.
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global.
- Diagnosticar doenças associadas à hipertensão.
- Diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial.

Para atingir tais objetivos, é fundamental a realização das seguintes etapas: história clínica do paciente, exame físico apurado e avaliação laboratorial inicial do paciente hipertenso.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p. 5) define hipertensão arterial como “pressão sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo o uso de medicação anti-hipertensiva”.



Os limites de PA considerados normais são arbitrários. Se aceita como normal para indivíduos adultos valor inferior de 85mmHg de pressão diastólica e inferior a 130 mmHg de pressão sistólica conforme os parâmetros apresentados pela Sociedade Brasileira de Hipertensão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial em indivíduos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão Sistólica(mmHg)	Pressão Diastólica(mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 -139	85– 89
Hipertensão estágio1	140 -159	90– 99
Hipertensão estágio2	160 -179	100–109
Hipertensão estágio3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2013).

O diagnóstico da HAS, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.31), consiste:

[...] na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.31):

A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão. Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições (BRASIL, 2013, p.31).

Reforçando esse mesmo posicionamento:

[...] O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriadas. Por tanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 1999, p. 257).

Podem ocorrer durante o momento da realização do procedimento de aferição distorções nos valores de PA em indivíduos considerados normotensos. O profissional de saúde deve realizar esse procedimento com bastante atenção e estar bem capacitado para identificar esses fenômenos para evitar um falso diagnóstico de hipertensão arterial. Hipertensão sistólica isolada é definida como comportamento anormal da PA sistólica com PA diastólica normal (NAKAMOTO, 2012).

Nobre *et al.* (2010) definem que a HAS é uma afecção clínica multifatorial, que se caracteriza por elevados níveis de PA, sendo um dos principais fatores de risco modificáveis relacionado às Doenças Cardiovasculares (DCV).

A redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares está associada ao controle efetivo da pressão arterial independente da classe de medicamentos utilizada. A abordagem do paciente, adesão ao tratamento e as outras medidas como alimentação atividade física são os pilares de sustentação para o controle da hipertensão (MEIRELES *et al.* 2013 e NOBRE *et al.*, 2010).

O tratamento medicamentoso e não medicamentoso exige um envolvimento ativo do paciente, responsável pela tomada de medicamentos e pela mudança do seu estilo de vida (GUSMÃO *et al.*, 2009), comprometendo sua qualidade de vida, caso não haja orientação correta quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância

das consequências. Muitas vezes esses pacientes encontram-se assintomáticos, o que dificulta ainda mais o entendimento da necessidade de um tratamento contínuo (MACHADO, 2008).

A equipe Saúde da Família, alimentando corretamente o banco HIPERDIA, poderá acompanhar os pacientes, fazer a prevenção de agravos das complicações e da não adesão ao tratamento, através do monitoramento e controle dos agravos e seus fatores de risco e da assistência farmacêutica (MIRANZI *et al.*, 2008).

Estima-se uma adesão entre 50 e 70% e, aproximadamente 75% dos hipertensos não alcançam níveis adequados da pressão arterial (UNGARI, 2007; WHO, 2003).

Considerando a HAS como um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1999, p.257) afirma que:

[...] seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio. Devido à magnitude do problema, tem sido constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar os métodos para diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p.7) destaca que para o êxito do processo terapêutico e da prevenção da hipertensão é necessário que o estilo de vida seja modificado no que se refere aos hábitos de vida inadequados, afirmando que:

Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

Entretanto, pode-se dizer que atualmente,

[...] esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. A despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores

que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares (BRASIL, 2006a, p.7).

## 5.2 Educação em Saúde

No que se refere ao trabalho de prevenção, detecção e tratamento existe a necessidade de aplicar estudos epidemiológicos visando estipular medidas de controle e prevenção, no sentido de diagnosticar precocemente e melhorar a canalização de recursos humanos e financeiros. Dentre essa proposta encontra-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, o qual estabelece as diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa maneira, com o objetivo de reduzir a mortalidade associada, o Ministério da Saúde assume parcerias com os estados, municípios e sociedade, dando suporte para uma melhor estruturação e incremento na atenção aos pacientes hipertensos. Em contrapartida, é de fundamental importância que os municípios, instituições e Programa Saúde da Família (PSF) vinculada às suas Coordenadorias Regionais de Saúde invistam em estratégias para maior acompanhamento dos pacientes após o diagnóstico e cadastro no PSF (INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS, 2001).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como uma forma de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, superando a atenção centrada no curativo em detrimento do cuidado preventivo. Este trabalho se dá através de uma equipe multidisciplinar que atua em um território delimitado com população adscrita e se corresponsabiliza pela saúde dessa comunidade (BRASIL, 2006b).

Para Chirelli *et al.* (2009, p. 4), citando Machado *et al.* (2007), dentre os princípios fundamentais de integralidade, equidade, universalidade e hierarquização que norteiam a Estratégia Saúde da Família, destaca-se a integralidade, pois acredita-se que:

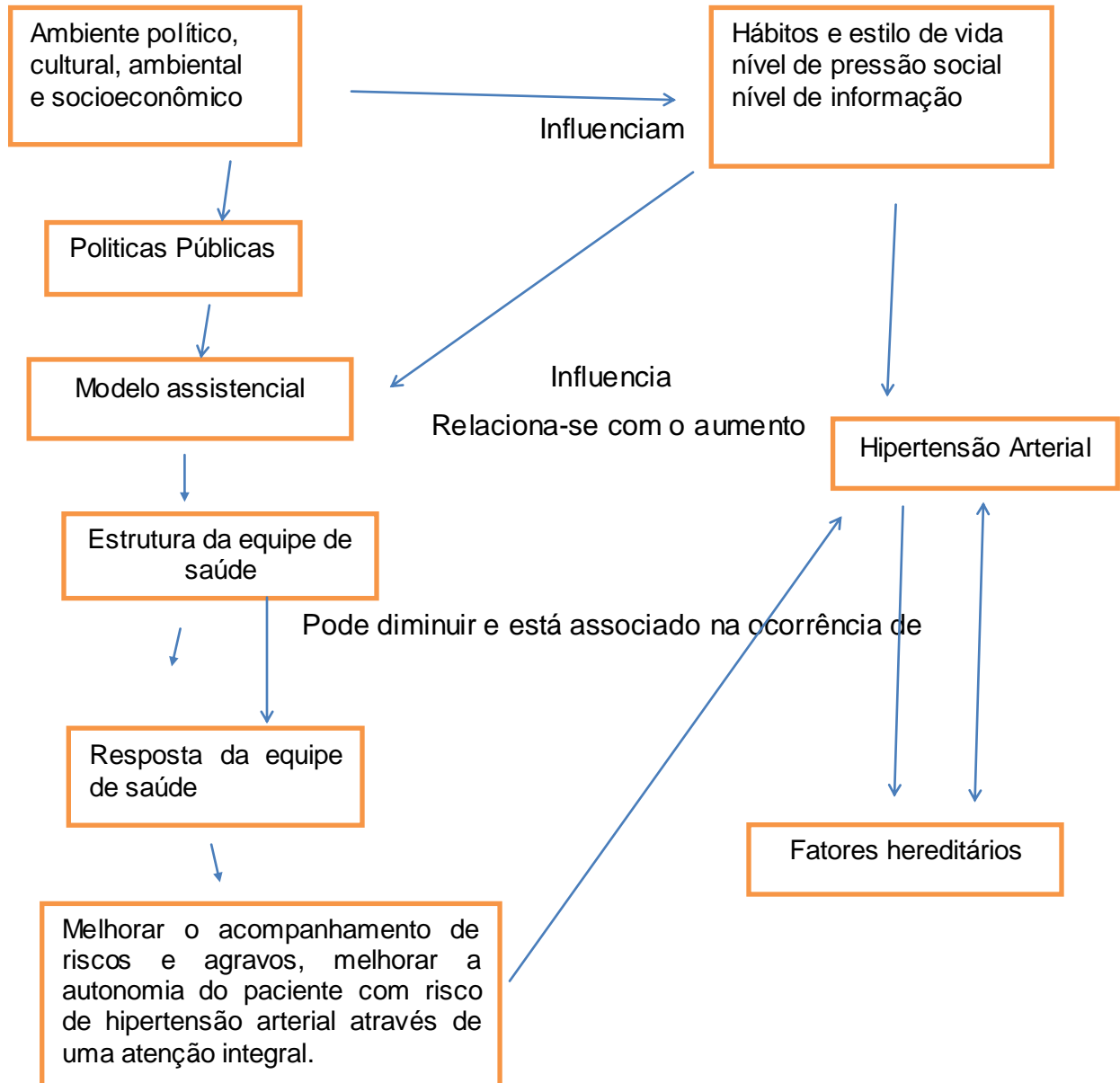
[...] promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação de doenças e agravos não podem ser compartimentalizadas, mas se trabalhadas em todos os seus aspectos de forma dinâmica, na perspectiva de uma abordagem integral, autônoma e resolutiva podem modificar o processo de saúde e doença de um indivíduo, família e comunidade.

A abordagem integral à saúde dos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica é fundamental pelos agravos que acarreta tanto para o cidadão como para o serviço público. No cotidiano dos cidadãos hipertensos persistem os hábitos inadequados e ainda o predomínio da medicalização como se essas resolvesse sozinha as questões relacionadas a doença hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2006),

O uso de medicalização é vista como um método intervencionista quando não trabalha com uma reflexão do paciente sobre a sua saúde e o autocuidado. Isso não exclui a importância da medicalização, mas ela isolada é maléfica porque sozinha não ajuda no controle da doença hipertensiva (COSTA, 2004).

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

### Esquema explicativo da Alta incidência de hipertensão arterial



Fonte: autoria própria

Com base na área explicativa da alta incidência da HAS, foi proposto o plano de ação para trabalhar as ações de intervenção neste problema.

### **6.1 Plano de Ação**

A elaboração do plano de ação seguiu os passos no planejamento estratégico situacional trabalhado por ocasião do desenvolvimento do módulo planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA. SANTOS. 2010).

#### **Primeiro Passo: Identificação dos problemas**

Após fazer uma análise ao respeito da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Cônego Luís Cirilo da Silva, foi realizada uma reunião com toda a equipe da saúde e alguns líderes comunitários, onde foram levantados os principais problemas, que na visão dos mesmos, atingem as famílias sendo apresentado os seguintes problemas:

Alta incidência de hipertensão arterial.

Falta continuada e qualidade da água do consumo.

Alta incidência de enfermidades diarreicas agudas.

Alta incidência de diabetes mellitus.

Quantitativo de lixo a céu aberto, ou seja, a questão do lixão às margens da principal rodovia.

## Segundo Passo: Priorização dos Problemas

### Planilha de Priorização dos Problemas pela Equipe

Principais Problemas	Importância	Urgência (Escala em número de prioridade)	Capacidade de enfrentamento	Seleção Prioridade
Alta incidência de hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	1
Falta continuada e qualidade da água de consumo	Alta	5	Parcial	2
Alta incidência de enfermidades diarreicas agudas	Alta	5	Parcial	3
Elevado número de pacientes com diabetes mellitus	Alta	4	Parcial	4
Considerada porcentagem de lixo a céu aberto.	Alta	4	Parcial	5

## Terceiro Passo: Descrição do Problema

A Hipertensão Arterial é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incluindo o AVC e o infarto do miocárdio, que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país (NOBRE *et al.*, 2010).

A equipe utilizou dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/2015) que serviram para diagnosticar as discrepâncias das informações no consolidado de doenças crônicas, utilizou ainda a Ficha A e os cadastros de hipertensão, além dos prontuários de acompanhamento ambulatorial.



**Descritores do problema elevado índice de hipertensão arterial. Dados 01/ 2015  
A 10/2015.**

<b>Descritores</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Fonte</b>
Hipertensos esperados	386	Estudos Epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	304	SIAB 2015
Hipertensos confirmados	304	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	287	Registro da equipe SIAB 2015
Hipertensos controlados	186	Registro da equipe
Complicações de HAS	38	Registro da equipe
Portadores Dislipidemia (1)	97	Registro da equipe
Tabagistas (2)	38	Registro da equipe
Consumidores de álcool (1)	18	Registro da equipe
Sobrepeso (1)	56	Registro da equipe
Óbitos por causas Cardiovasculares (1)	15	Registro da equipe SIAB 2015

#### **Quarto Passo: Explicação do problema**

O problema escolhido, hipertensão arterial, é de alta incidência e entre as causas principais, estão os fatores hereditários, os maus hábitos higiênicos, dietéticos, a falta de capacitação das pessoas que integram a equipe, dificuldade do acesso dos pacientes que moram no sítio para avaliação e acompanhamento da doença crônica no centro de saúde e baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

São fatores que podem causar complicações cardiovasculares como infarto do miocárdio, AVC, doença renal crônica, provocando aumento da mortalidade, invalidez, conseqüentemente aposentadoria e desemprego. A hipertensão arterial relaciona-se com outras doenças como a diabetes, obesidade, dislipidemias que a sua vez aumenta o risco de hipertensão arterial. Um melhor planejamento no trabalho da equipe de saúde pode melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes e uma diminuição dos riscos e agravos.

#### **Quinto passo: Identificação dos “nós críticos”**

Definiu-se como “nós críticos” fundamentais para o problema a alta incidência de Hipertensão Arterial nos residentes no território da unidade, devido:

- Hábitos e estilo de vida.
- Acessibilidade aos serviços de saúde.
- Instabilidade da equipe básica de saúde.
- Processo de trabalho da equipe.
- Nível de informação da população.

Sexto passo: desenho das operações

### Operações Necessárias para Solução dos Problemas.

<b>Nós críticos</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Hábitos e estilo de vida	<b>Viver com Saúde:</b> Modificar hábitos e estilos de vida. Oferecer ensino de qualidade incluindo educação e saúde	Diminuir em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano. Diminuição do índice de analfabetismo da população.	Programa de caminhada orientada; Campanha educativa pela equipe de saúde. Implementação de escola para adultos e idosos.	<u>Organizacional</u> - para organizar as caminhadas; <u>Cognitivo</u> - informação sobre o tema e estratégias de comunicação; <u>Político</u> - conseguir o espaço Na mobilização Social e articulação intersectorial com a rede de ensino; <u>Financeiros</u> - para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos educativos, etc.
Acessibilidade aos serviços de saúde	Oferecer meios de transporte para a população rural	Acesso da população à unidade de saúde, principalmente os idosos.	Minivans credenciadas para transportar pacientes cadastrados no SUS até à unidade de saúde	Apresentar o projeto de estruturação do rodízio
Instabilidade da equipe básica de saúde	<b>Cuidar melhor:</b> Capacitar a equipe da saúde sobre as complicações da hipertensão arterial.	Capacitação da equipe de saúde da família e os agentes comunitários de saúde.	11 agentes de saúde capacitados sobre hipertensão e atuantes.	Apresentar projeto de capacitação dos agentes comunitários de saúde sobre os cuidados com os hipertensos.
Processo de trabalho da equipe de saúde	Obter informações gerais sobre cada hipertenso	Elaboração de um livro de cadastro dos hipertensos, com informações pessoais, sobre sua doença, seu tratamento, atividades de lazer.	Capacitação de pessoal; elaboração dos dados de cadastro no livro; contabilização do total de hipertensos cadastrados.	Elaboração do livro
Nível de informação	<b>Viver melhor</b> Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da HAS.	População mais informada sobre sua doença e seus riscos.	Avaliação do nível de informação da população sobre a HAS; campanha educativa na comunidade; capacitação dos ACS e de cuidadores	Elaborar um questionário sobre HAS; Elaborar palestras educativas sobre HAS e seus riscos

### Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

#### Recursos críticos da equipe de saúde.

Operação / Projeto	Recursos Críticos
<b>Viver com Saúde</b>	Político - conseguir o espaço na mobilização social; Financeiros - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Viver Melhor</b>	Organizacional - mobilização social em torno das questões da cultura sanitária; Políticos - articulação intersetorial e aprovação dos projetos; Financeiros - financiamento dos projetos.
<b>Cuidar melhor</b>	Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).

## Oitavo passo: elaboração do plano operativo

### Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsáveis	Prazo
<b>Viver com Saúde:</b> Modificar hábitos de vida	Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 1 ano	Programa de Caminhada orientada; Campanha educativa pela equipe de saúde.		Enfermeira e médico.	3 meses para o início das atividades
<b>Viver Melhor:</b> Fomentar a cultura sanitária.	Aumentar os conhecimentos sobre a cultura sanitária.	Rede Saúde		Agente comunitário de saúde, Enfermeira e médico.	Início das atividades 9 meses. 3 meses para início das <b>atividades</b>
<b>Cuidar melhor:</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco de hipertensão arterial.	Oferta aumentada de consultas, exames e medicamentos.	Capacitação pessoal; Contratação de compra de exames e consultas especializadas; Compra de medicamentos.	Apresentar o projeto de estruturação da rede.	Secretaria de Saúde.	4 meses para apresentação do projeto e 8 meses para aprovação e liberação dos recursos e 4 meses para compra dos equipamentos. Início em 4 meses e finalização em 8 meses.

## Nono passo: Gestão do plano

### Acompanhamento e gestão no plano.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada orientada.	Médico	3 meses	Programa implantado e Implementado em todas as Microáreas.		
Campanha educativa pela equipe de saúde.	Enfermeira e equipe de saúde.	3 meses	atrasada	Formato e duração do programa definidos; Conteúdos definidos;	2 meses

### Resumo dos passos anteriores

Problema	Operações	Resultados	Produto	Responsável
Alta incidência da hipertensão arterial.	<p>Modificar hábitos e estilos de vida.</p> <p>Fomentar a cultura sanitária.</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço.</p>	<p>Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 1 ano.</p> <p>Aumentar os conhecimentos sobre a cultura sanitária.</p> <p>Oferta aumentada de consultas, exames e medicamentos.</p>	<p>Programa de caminhada orientada;</p> <p>Campanha educativa pela equipe de saúde.</p> <p>Rede Saúde.</p> <p>Capacitação pessoal;</p> <p>Contratação de compra de exames e consultas especializadas;</p> <p>Compra de medicamentos</p>	<p>Enfermeira e médico.</p> <p>Agente comunitário.</p> <p>Enfermeira e médico.</p> <p>Secretaria de Saúde.</p>

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS, como já relatada anteriormente, é vista como a doença cardiovascular mais frequente no Brasil e em outros países. Sendo também, a responsável por uma infinidade de complicações como, por exemplo, AVC, Infarto Agudo do Miocárdio e Doenças Renais Crônicas. Devido a sua alta prevalência e baixas taxas de controle é considerada um problema de saúde pública com altas taxas de mortalidade e internações.

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Conego Luís Cirilo da Silva” essa realidade pode ser comprovada pela grande proporção de pacientes hipertensos na unidade básica de saúde, de óbitos por doenças cardiovasculares e de internações por doenças circulatórias. Todas essas informações justificam a idealização desse trabalho de conclusão de curso.

Para obter melhores resultados na busca do controle e da prevenção de agravos, no caso de doenças crônicas como a HAS, é necessário reformar o processo de trabalho em vigor, enfatizando o planejamento local. Para isso, torna-se necessário o conhecimento de território, dos fatores determinantes ou condicionantes, da epidemiologia, do sistema de informação e da gestão regular das estratégias de promoção de saúde, incentivando a promoção de saúde, especificamente, a prevenção e o controle de doenças crônicas não transmissíveis.

É importante que o Processo de trabalho seja mais organizado, baseado nos princípios da Eficiência, Equidade, integralidade, com participação da comunidade e atendimento humanizado.

Deve-se estimular a modificação dos estilos de vida, comprovados na redução da pressão arterial como: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução de ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo.



A participação da família no tratamento é essencial para incentivar o paciente com relação ao uso de medicamento e estilo de vida corretos, diminuindo assim, as recaídas decorrentes da baixa adesão ao tratamento.

Portanto, espera-se realizar um trabalho baseado no princípio da interdisciplinaridade contando com os diferentes conhecimentos científicos e experiências dos profissionais da Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando a promoção de saúde documento base** - documento 1. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2007, p. 19-24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n.15).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 648**, de 28/03/2006b – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas de Promoção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Políticas Públicas. Informes Técnicos Institucionais. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.6, p 585-588, 2001.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paideia**. São Paulo: HUCITEC, 2003, 185p.

CESARINO, C.B. *et al.* Prevalência e fatores sócio demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 91, n.1, p.31-35, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0066-782x2008001300005&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0066-782x2008001300005&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 22 fev. 2012.

CHIRELLI, M. Q. *et al.* **Educação em saúde com usuários hipertensos: Integralidade no cuidado**. Marília - SP: FANEMA, 2009. 11p. Disponível em: <https://www.fanema.br/ensino/pos-lato/docpetsaude/pet6educacaohipertensos.pdf>

COSTA, M. C. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e sociedade**, v.13, n.3, p.5-15, set-dez. 2004.

GUSMÃO, J. L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev bras hipertens**. v.16, n. 1, p.38-43, 2009.

III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**. v. 43, n.4,p. 257-286, 1999.

INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS. Secretaria de Pública do Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**. v.35, n.6, p. 585-588, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico de 2013 <http://cidades.ibge.gov.br/http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico>.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.26, n.8, p. 1470-71 (Editorial), 2010.

MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento. Tema cada vez mais atual. **Rev bras hipertens**. v. 15, n. 4, p. 220-221, 2008.

MACHADO, M.F.A. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 335 – 342, 2007.

MEIRELES, A. L. *et al.* **Atenção à saúde do adulto**. Conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

MIRANZI, S.S.C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto & Contexto Enferm**. v. 17, n. 4, p.672-679, 2008.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 4, Ago. 2012.

NAKAMOTO, A. Y. K. Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial sistêmica **Revista Brasileira de Medicina**. v. 69, n. 4, p 78-86, 2012. Disponível em:<[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5009](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009)>. Acesso em:18 fev. 2012.

NOBRE, F.*et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro. v.17, n.1, p. 57, 2010.

OLIVENÇA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano **Municipal de Saúde para o quadriênio 2014 a 2017**. Documento impresso, 2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL. Dados da Ficha A do SIAB. 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL. Dados da Ficha D do SIAB. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.10, n 1, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo (SP): SBH; 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Revista Brasileira de Hipertensão [www.sbh.org.br/mobile/pdf/Revista\\_SBH\\_2013](http://www.sbh.org.br/mobile/pdf/Revista_SBH_2013): v. 20.numero3.p. 104-105, 2013.

UNGARI, A.Q. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos núcleos de saúde da família no município de Ribeirão Preto, SP**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long term therapies: evidence for. Geneva, 2003.