

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

GYLMARA MAIA BARRETO

**GRUPO “VIVA COM SAÚDE”: UMA NOVA ABORDAGEM NO
ATENDIMENTO AOS PACIENTES HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE
CAMPO GRANDE/AL.**

MACEIÓ - AL

2015

GYLMARA MAIA BARRETO

**GRUPO “VIVA COM SAÚDE”: UMA NOVA ABORDAGEM NO
ATENDIMENTO AOS PACIENTES HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE
CAMPO GRANDE/AL.**

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

Orientadora: Profa. Patrícia de Cássia da Silva Bezerra

**MACEIÓ - AL
2015**

GYLMARA MAIA BARRETO

**GRUPO “VIVA COM SAÚDE”: UMA NOVA ABORDAGEM NO
ATENDIMENTO AOS PACIENTES HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE
CAMPO GRANDE/AL.**

Banca examinadora

Prof.^a. Patrícia de Cássia da Silva Bezerra- orientadora

Prof.^a Milene Arlinda de Lima Mendes

Aprovado em Belo Horizonte, 17 de dezembro de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra aos meus familiares e todas as pessoas que direta ou indiretamente estiveram envolvidas neste trabalho e que sempre acreditaram em meu potencial. Especialmente aos meus pais, **Otília Maia Barreto** e **Antônio dos Santos Barreto**, que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando em cada momento; ao meu filho **André Gustavo Barreto Mamede**, pela compreensão nos momentos de ausência; aos colegas de turma pelo companheirismo; tutores online, e a orientadora **Prof^a. Patrícia de Cássia da Silva Bezerra**, por todos os ensinamentos e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** e **UFMG** por esta oportunidade de ingressar no curso de pós-graduação Estratégia Saúde da Família, pelos momentos de superação com sabedoria no enfrentamento das dificuldades encontradas no decorrer do curso, e pela oportunidade de concluir mais uma etapa de crescimento profissional.

Aos **professores/ tutores** pelos ensinamentos em todo o processo da nossa formação.

Aos **familiares** que me apoiaram de uma forma ou de outra.

A **orientadora** que me ajudou a superar as dificuldades da elaboração do trabalho de conclusão de curso.

Aos **amigos** pelos momentos e apoio e companheirismo. Enfim, agradeçamos a TODOS.

EPÍGRAFE

“Educar é crescer. E crescer é viver. Que educação é assim, vida no sentido mais autêntico da palavra.”

(Anísio Teixeira)

RESUMO

Este projeto de intervenção propõe a criação de um grupo de trabalho com os usuários hipertensos do município de Campo Grande/AL, visando incentivar a adoção de mudanças no estilo de vida e incorporação de atividades físicas por intermédio de ações educativas sob orientação de equipe multiprofissional. O Grupo denominado “viva com saúde” busca integrar junto à assistência curativa dos pacientes, um acompanhamento com a equipe multiprofissional: médico, enfermeiro, técnico, agente comunitário de saúde, odontólogo, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, numa abordagem integrativa das necessidades, buscando uma lógica de cuidados de prevenção de doenças, onde o portador está inserido no processo de cuidado, como contribuinte ativo de sua reabilitação, que se dará através da educação em saúde. A organização da proposta permitirá uma melhor qualidade de vida aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS), por meio da motivação para práticas de hábitos saudáveis, práticas de atividade física, adesão adequada ao tratamento e acompanhamento holístico pela equipe multiprofissional. Ademais, contribui para a melhoria da condição física, mental e psicológica, através de dinâmicas de grupo integrativo que permitirá uma inserção social dos mesmos, preparando o corpo para reagir às instabilidades que a doença impõe.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Educação em Saúde. Prevenção.

ABSTRACT

This intervention project proposes the creation of a working group with hypertensive users in the city of Campo Grande/AL, aimed at encouraging the adoption of changes in the lifestyle and incorporating physical activity for through educational activities under multidisciplinary team orientation. The group called "living healthy" seeks to integrate with the curative care of patients, follow up with a multidisciplinary team of doctors, nurses, technical, community health worker, dentist, physical educator, physiotherapist, nutritionist and psychologist, an integrative approach necessities, seeking a logical care disease prevention, where the bearer is inserted in the care process, as active contributor of his rehabilitation, which will be through health education. The organization gives a proposal which will allow a better quality of life for users with high blood pressure (hypertension), through motivation to healthy habits practices, physical activity practices, proper adherence to treatment and holistic care by the multidisciplinary team. Furthermore, it contributes to the improvement of physical condition, mental and psychological through integrative group dynamics which provides a social insertion of the same, preparing the body to react to instabilities that the disease imposes.

Keywords: Arterial Hypertension. Health Education. Prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1- Desenho de operações para o “nó crítico” - Hábitos e estilo de vida inadequado, para o problema: Alta prevalência de hipertensão arterial e baixo acompanhamento pelas equipes..... p.24
- Quadro 2- Desenho de operações para o “nó crítico” – Tratamento inadequado, para o problema: Alta prevalência de hipertensão arterial e baixo acompanhamento pelas equipes..... p.25
- Quadro 3- Desenho de operações para o “nó crítico” – Acompanhamento ineficaz, para o problema: Alta prevalência de hipertensão arterial e baixo acompanhamento pelas equipes..... p.26
- Quadro 4- Desenho de operações para o “nó crítico” – Nível de informação restrito, para o problema: alta prevalência de hipertensão arterial e baixo acompanhamento pelas equipes..... p.28
- Quadro 5- Desenho de operações para o “nó crítico” – Estrutura do serviço de saúde inapropriado, para o problema: Alta prevalência de hipertensão arterial e baixo acompanhamento pelas equipes..... p.29
- Quadro 6- Desenho de operações para o “nó críticos” – Processo de trabalho inadequado, para o problema: Alta prevalência de hipertensão arterial e baixo acompanhamento pelas equipes..... p.30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CASAL	Companhia de Abastecimento de Água do estado de Alagoas
CEO	Centro de especialidade Odontológica
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSE	Programa Saúde na Escola
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Sistema municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Contextualizando o município de Campo Grande – AL, ele tem sua história iniciada com a chegada dos primeiros colonizadores por volta de 1.800, que aos poucos foram habitando o território, fazendo surgir pequenos sítios e casas na região, entremeados por planícies que garantiam boas pastagens, ideais para a criação de gado e ovelhas. Os campos tinham grandes proporções, motivo pelo qual se deu a nomeação, tendo o seu desenvolvimento impulsionado posteriormente com a chegada dos trabalhadores e a implantação do acampamento para a criação da estrada de ferro que passava pelo local em 1939. Mais tarde intensificava-se com a vinda de outros visitantes por meio da feira que acontecia aos sábados para o comércio de reses abatidas, que atraía comerciantes de várias localidades e foi o início de grande progresso (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Ainda de acordo com pesquisas no Plano Municipal de Saúde (2014), para a emancipação política, destacaram-se João Paulo Moura, Enoque Barbosa Ramos, José Raimundo dos Santos, Leocádio Soares da Silva, José Bráulio dos Santos, Manoel Egídio de Lima e João Ferreira Cavalcante e em maio de 1960, houve a autonomia administrativa, com o desmembramento do município de São Braz.

Conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (2013) *apud* Plano Municipal da Saúde (2014) o município possui uma concentração habitacional de 9.868, com uma área de abrangência de 167 Km², totalizando 2.711 domicílios distribuídos entre a zona urbana (1.469) e rural (1.242), possuindo uma densidade demográfica de 53,98 (hab./Km).

Geograficamente está localizado no sudeste do Estado de Alagoas, limitando-se ao norte com o município de Lagoa da Canoa, ao sul com o município de Olho d'Água Grande, a leste com os municípios de Feira Grande e Porto Real do Colégio e a oeste com os municípios de Girau do Ponciano e Traipú (BRASIL, 2014).

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2014) revelam que as atividades agropecuárias do município são voltadas para a criação de asininos, bovinos, caprinos, equinos, galinhas, ovinos e suínos. Existe pequeno desenvolvimento agrícola, sendo basicamente agricultura familiar e de subsistência. Os principais produtos agrícolas são: cana de açúcar, mandioca, feijão e milho.

As famílias sobrevivem do serviço público municipal, que é o principal empregador, da produção agrícola e do pequeno comércio local, formado por

diversas unidades comerciais de pequeno porte, localizadas na zona urbana (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

De acordo com o SIAB (2013) *apud* Plano Municipal de Saúde (2014), o abastecimento de água do município é provido pela Companhia de Abastecimento de Água do Estado de Alagoas – CASAL, em 84,80% (2.327) domicílios, 10,20% (280) utilizam água de poço ou nascente e 4,99% (137) de outras fontes. Quanto ao tratamento de água no domicílio 10,93% (300) fazem uso de água por filtração, 0,84% (23) por fervura, 85,97% (2.359) por cloração e 2,26% (62) não realizam nenhum tipo de tratamento. Por não dispor de sistema de esgotamento, a zona rural do município apresenta a seguinte situação: 67,63% das fezes e urinas destinam-se às fossas, 31,88% a céu aberto e 0,48% ao sistema de esgoto. Na zona urbana 95,78% das fezes e urinas destina-se às fossas, 2,11% ficam ao céu aberto e 2,11% destina-se ao sistema de esgoto.

De acordo com a Data Escola Brasil (2014) *apud* Plano Municipal de Saúde (2014), ao que se refere à escolarização o município de Campo Grande possui 26 escolas, das quais vinte e cinco pertencem à rede municipal e 1 à rede estadual de ensino. Do total, quatro estão localizadas na zona urbana e vinte e duas na zona rural.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2014), o município vem desenvolvendo o modelo de atenção à saúde através das Estratégias de Saúde da Família (ESF), a partir do ano de 1996, existindo atualmente 04 ESF, estruturada na seguinte rede de serviços: centro de saúde (área urbana) funcionando com duas Equipes de Saúde da Família (ESF I e ESF IV), e na área rural a Unidade Básica de Saúde da Gruta Funda funcionando com uma Equipe Saúde da Família, (ESF II), Unidade Básica de Saúde Poço da Lagoa funcionando com uma Equipe Saúde da Família (ESF II).

O Sistema Municipal de Saúde (SMS) conta ainda com 03 Equipes de Saúde Bucal de modalidade I e 01, Equipe de Saúde Bucal de Modalidade II, 01 (um) Centro de Especialidade Odontológica (CEO), um Laboratório de Patologia Clínica, onde são feitas as coletas das amostras biológicas e enviados para análise na cidade de Arapiraca – AL, município de referência. As ações de reabilitação são oferecidas através do Fisioterapeuta, que compõe a Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Os pacientes que necessitam de procedimentos de média e alta complexidade não ofertados na localidade, são encaminhados para os municípios de Maceió, Arapiraca entre outros, seguindo a Programação Pactuada e Integrada (PPI), e também o Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente, que estabelece o pólo Regional Arapiraca e Macrorregião Maceió (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

O SIAB (2014) aponta que o número de hipertensos totaliza 331, que corresponde a 17, 20% da população, e se encontram na faixa etária entre 15 anos e mais. Apresenta ainda, as doenças do aparelho circulatório como principal causa de óbitos entre os moradores do município.

Considerando o total da população, o número de hipertensos é muito alto, e paralelo a este problema, foi possível vivenciar durante o Programa de Aperfeiçoamento da Atenção Básica (PROVAB) que as equipes não possuem uma agenda de trabalho que contemple um atendimento programado a este grupo, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Este por sua vez, promoveu dentre os aspectos prioritários a ser trabalhado na atenção básica, o programa de hipertensão e diabetes (HIPERDIA) como estratégia de controle aos problemas de saúde pública que podem ocorrer consequentes a estes agravos.

O HIPERDIA é um dos sistemas implantado pelo Ministério da Saúde criado em 2001, com a finalidade primordial de construir um sistema que reorganizasse os serviços, a partir das necessidades dos usuários, buscando viabilizar o monitoramento mediante consultas, uso de medicação e o controle dos fatores que influênciam o seu agravamento, o que torna uma ferramenta essencial para o atendimento (ARAÚJO, 2013).

Em decorrência do município não dispor de hospitais e as ESF (I e IV) estarem inseridas no centro de saúde, acabam por realizar um atendimento de livre demanda. O médico da Estratégia de Saúde da Família fica responsável tanto pelo atendimento diário à população em demanda espontânea, quanto aos grupos prioritários, o que acarreta dificuldade na organização da agenda da enfermeira para sistematizar o atendimento programado.

Além do mais, a estrutura física do centro de saúde, bem como das Estratégias de Saúde da Família (ESF) de um modo geral, não possuem uma área adequada que favoreça a acessibilidade dos usuários, não dispondendo também de

espaço físico para reunir os grupos para desenvolver atividades de educação em saúde, conforme relatos e vivências dos profissionais do PROVAB.

Contudo, há uma problemática que exige resolução imediata, haja vista o grande quantitativo de hipertensos no município (331 casos diagnosticados) que não possuem um acompanhamento adequado (SIAB, 2014).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da hipertensão arterial sistêmica - HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica. “A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial maior ou igual a 140 x 90 mmHg” (BRASIL, 2013).

Apesar de apresentar redução significativa nos últimos anos, ainda demanda custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações que está frequentemente associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas com aumento de eventos cardiovasculares, representando o maior problema de saúde pública do mundo (ARAÚJO, 2013).

A HAS possui relação direta com o desenvolvimento de cardiopatias, pela associação com o desenvolvimento de fator de risco para doença isquêmica cardíaca e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal, além de, ser fator etiológico de insuficiência cardíaca. A partir de 115 mmHg de pressão sistólica e de 75 de pressão diastólica, o risco para eventos cardiovasculares aumenta de forma constante (BRASIL, 2013).

Embora se trate de uma doença crônica degenerativa, caracterizada como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos, o controle e tratamento adequado configuram-se como medida de redução de riscos e agravos, exigindo tratamento adequado e para toda a vida (ALMEIDA *et al.*, 2011).

O tratamento está baseado na mudança no estilo de vida podendo estar associado ao uso de medicamentos. O primeiro é feito por meio do controle de peso, modificação do padrão alimentar, redução do consumo de sal, da moderação do consumo de bebidas alcoólicas, bem como da prática regular de exercício físico e da abstenção do tabagismo. O tratamento medicamentoso tem por base o uso de

medicamentos prescrito pelo médico, conforme exigência de cada caso (ASAKURALL; FIGUEIREDO, 2010).

É neste contexto que a equipe multiprofissional tem participação importante, exercendo o incentivo a adoção de tratamento adequado, seja baseado somente no estilo de vida, ou em associação ao uso de medicações. A educação em saúde entra para fortalecer o programa HIPERDIA, contribuindo para a formação do conhecimento e adoção de estilo de vida saudável (DILÉLIO *et al.*, 2011).

Conforme afirma Oliveira *et al.*, (2013) “As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida”.

Levando em consideração os fatos expostos, este projeto de intervenção propõe a criação de um grupo de trabalho com os usuários hipertensos do município de Campo Grande/AL, visando incentivar a adoção de mudanças no estilo de vida e incorporação de atividades físicas por intermédio de ações educativas sob orientação de equipe multiprofissional.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha deste tema se justifica, mediante a urgência que se expressa no sistema de informação do município (SIAB 2014), que apresenta um número elevado (331) de portadores de hipertensão entre os seus habitantes, cadastrados nas estratégias de saúde da Família que compõe o sistema de saúde, com especial destaque para as ESF (I e IV). Em consonância, encontra-se um número baixo de atendimento a estes pacientes nos registros de produção mensal das equipes de um modo geral, representado por baixos índices de atendimentos específicos ao hipertenso no SIAB/2014, referentes ao período de janeiro a junho distribuídos da seguinte forma: ESF I: 12,76%; ESF IV: 10,24%; ESF II: 8,81%; ESF: 10,40%.

É necessário intervir nesta problemática, pela magnitude do que é a hipertensão arterial para a saúde pública, suas consequências e complicações, e a importância de manter um tratamento adequado para garantir qualidade de vida aos seus portadores. Sabe-se que é uma doença de alta prevalência nacional e mundial, que representa elevado custo financeiro a sociedade, associado principalmente aos agravos cerebrais, vasculares, cardíacos e renais. (BRITO *et al.*, 2009)

A HAS é um problema que muito tem avançado em termos de pesquisa e progresso científico, porém ainda permanece como sendo a principal causa de morte mundialmente por provocar complicações aos órgãos alvos (cérebro, vasos sanguíneos, coração e rins) quando não controlada, acompanhada e tratada adequadamente. (ÁVILA *et al.*, 2010).

De acordo com Asakurall e Figueiredo (2010), outro fator relevante sobre este tema diz respeito à dificuldade dos indivíduos para mudar o estilo de vida, uma vez que prevalece uma cultura, que foi construída por muitos anos, acarretando resistências destes para seguir às orientações e recomendações dos profissionais.

Pondera-se que a formação de um grupo de pessoas que compartilham o mesmo problema e que passam a trabalhar junto suas singularidades, com apoio de uma equipe multiprofissional, pode contribuir para uma melhor adesão a mudança no estilo de vida e tratamento dos mesmos, evoluindo assim, para alteração do atual perfil epidemiológico de saúde da comunidade. (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

OBJETIVOS:

3.1 Objetivo geral

Desenvolver um projeto de intervenção, contribuindo para o atendimento integral e resolutivo aos portadores de hipertensão arterial, cadastrados no sistema de saúde do Município de Campo Grande, Alagoas.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Sensibilizar os atores sociais sobre a importância do projeto;
- ✓ Promover o autocuidado por intermédio de ações educativas;
- ✓ Proporcionar meios para organizar um atendimento programado aos portadores de HAS;
- ✓ Fortalecer a promoção da saúde no atendimento aos hipertensos.

4 METODOLOGIA

Pretende-se atingir os objetivos por meio da criação do grupo interativo “vida com saúde”, com a proposta de manter um acompanhamento dos níveis pressóricos, incentivo a adoção do estilo de vida saudável e adesão ao tratamento, orientado pela equipe multiprofissional, formada pelo agente comunitário de saúde (ACS), técnico de enfermagem, médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, psicólogo e dentista.

Em decorrência da demanda elevada do profissional enfermeiro, esta intervenção propõe que semanalmente o trabalho seja executado pelos ACS e Técnicos em Enfermagem, devendo as equipes multiprofissionais incluir o atendimento conforme agenda programada e necessidades dos usuários.

É proposto que a aplicabilidade ocorra em ambiente físico fora da unidade de saúde, que disporá de espaço para prática de atividade física, orientações, dinâmica de grupo e verificação da pressão arterial. Para esta proposta, será utilizado o espaço da biblioteca pública municipal, que possui estrutura física para a realização das ações educativas e quadras de esportes para as atividades físicas, uma vez que no município não possui academia da saúde.

O levantamento do problema foi fundamentado pelo Método de Planejamento Estratégico Situacional, que após o diagnóstico situacional foi possível conhecer os nós críticos que necessitam ser solucionados. Para tal, foi realizado um levantamento no sistema de informação da saúde, assim como no Plano Municipal de Saúde.

A análise situacional ocorreu intermediada por uma atividade sugerida no módulo “Planejamento e Avaliação em Saúde” da pós-graduação, onde o levantamento dos fatos foi oportunizado pelo Plano Municipal de Saúde, entrevistas e vivências dos funcionários e usuários do sistema de saúde, e base de dados dos sistemas de informação.

Foram diversas atividades sugeridas no decorrer do curso que sequenciava as etapas para o levantamento dos nós críticos e formulação de estratégias de ações para os problemas selecionados. Deste modo, a construção da análise situacional se deu com a participação dos tutores online, profissionais das

Estratégias de Saúde das Famílias, profissionais da Secretaria de Saúde e usuários do sistema de saúde.

Para fundamentar a construção do projeto, fez-se pesquisa bibliográfica na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca virtual em Saúde (BVS), além do sistema de informações da Secretária Municipal de Saúde de Campo Grande. Foram utilizados os descritores: hipertensão arterial, educação em saúde, prevenção.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos entre 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

A HAS caracteriza-se como um dos fatores implicadores para as Doenças cardiovasculares (DCV), em geral é uma doença silenciosa, constituindo-se um importante determinante de morbidade e mortalidade cardiovascular. (BRASIL, 2013).

De acordo com o documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus”, de 2002, elaborado pelo Ministério da Saúde, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares (principal causa de risco de mortalidade na população brasileira), contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional.

A publicação de uma matéria no Caderno de Atenção Básica sobre a hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde (2006, p. 9), define a HAS como:

(...) um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo 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.

Como se pode observar a hipertensão é considerada um problema grave, além de um problema de saúde pública não apenas no Brasil, mas no mundo inteiro. Através da hipertensão arterial, outros diversos problemas podem se desenvolver, como os problemas cardiovasculares e endócrinos.

Segundo Duncan, Schmidt e Giugliani (2006), a hipertensão arterial além de ser a causa direta de cardiopatia hiperativa é considerada também fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.

De acordo com Martinez (2004), a HAS modifica a função endotelial, diminuindo a vasodilatação do endotélio e aumentando a interação de placas coronarianas e monócitos com as células endoteliais.

A HAS pode ser desenvolvida por multifatores, mas é importante ter em mente que a mesma é uma condição clínica decorrente de fatores genéticos, em geral associados às alterações de estilo de vida e a fatores socioeconômicos (MEDEIROS, 2002).

O Caderno de Atenção Básica, dedicado à Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde (2006), mostra que é preciso levar em consideração no diagnóstico da hipertensão arterial, os níveis tensionais e também o risco cardiovascular global, que é estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesão nos órgãos-alvo, além de comorbidades associadas.

Outro fator de risco que pode ocasionar uma hipertensão é a obesidade. O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idade jovem e nos últimos anos vêm acometendo crianças com menos de doze anos de idade. Nos Estados Unidos da América (EUA), a obesidade contribui em até 75% para os casos de HAS. (COTTA *et al.*, 2009)

Segundo o Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para Atenção Primária em Saúde (Ministério da Saúde, 2009), no Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Sendo assim, o Ministério da Saúde adverte que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo da prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, principalmente a diminuição no consumo de sal, a prática de atividade física, o controle do peso e a redução do uso excessivo de álcool são fatores determinantes que precisam ser abordados e controlados, pois, sem esses cuidados os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo o paciente recebendo doses progressivas dos medicamentos necessários (Ministério da Saúde, 2009).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg

de forma linear, contínua e independente. De acordo com Williams (2010) no ano de 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo à maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos.

Conforme cita Oliveira *et al.*, (2011), a doença pode ser controlada com tratamento não farmacológico, ou seja, sem medicamentos químicos. O tratamento sem medicamento inclui a restrição de alimentos ricos em sódio, lipídios e carboidratos simples; abandono do tabagismo e do consumo álcool, controle do peso e do estresse, bem como a realização de atividade física e ainda o aumento da ingestão de potássio, controle das dislipidemias, suplementação de cálcio e magnésio e atividade antiestresse.

As mudanças de hábitos devem acontecer na vida dos pacientes que são propícios à hipertensão ou aqueles que já apresentam os sintomas, mas para que isso realmente aconteça e beneficie à população hipertensa, é fundamental que os profissionais da saúde abracem essa causa, buscando a cada momento motivar os indivíduos a procurar viver de forma mais agradável e saudável (FENSTERSEIFER, GASPERIN, 2006).

É imprescindível que os profissionais da saúde adotem programas de prevenção e de promoção à saúde, prestando informações à população e desenvolvendo ações educativas que venham instigar, estimular os indivíduos a cuidar mais da sua saúde, observando possíveis mudanças de hábitos (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Para Oliveira *et al.*, (2011) uma das maneiras mais eficientes para estimular a adesão ao tratamento da hipertensão arterial é a educação em saúde. Isso porque no momento em que a população se conscientiza da necessidade de cuidado, torna-se bem mais viável as campanhas e o tratamento.

A atenção básica tem papel central na rede de serviços no que diz respeito à implementação do cuidado à hipertensão arterial, uma vez que as diretrizes clínicas para o cuidado à hipertensão recomendam que ações de prevenção e de promoção de estilos de vida mais saudáveis sejam realizados. Estas estratégias evitam o surgimento da doença e também as identificam precocemente, minimizando os danos, incapacidades, riscos e gastos (BRITO *et al.*, 2009).

Estudos foram realizados com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança de medicamentos na prevenção da HAS. Para o manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da pressão arterial (PA) recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular (ÁVILA *et al.*, 2010).

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto 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 metas prioritárias dos profissionais de saúde (ÁVILA *et al.*, 2010).

A hipertensão é algo que traz complicações à saúde de qualquer indivíduo, mas quando a mesma é diagnosticada e tratada dentro da proposta que o sistema de saúde vem propagado, torna-se bem mais fácil de obter um controle satisfatório (BRITO *et al.*, 2009).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Relacionado ao problema principal, os “nós críticos” foram selecionados conforme possibilidades de ação mais direta das equipes e que pode ter importante impacto sobre o problema selecionado. Os problemas considerados “nós críticos” pelas equipes foram:

- ✓ Hábitos e estilo de vida inadequado;
- ✓ Tratamento inadequado;
- ✓ Acompanhamento ineficaz;
- ✓ Nível de informação restrito;
- ✓ Estrutura dos serviços de saúde inapropriada;
- ✓ Processo de trabalho das equipes de saúde inadequado para enfrentar o problema

Quadro 1- Desenho de operações para o “nó crítico” - Hábitos e estilo de vida inadequado, para o problema: Alta prevalência de hipertensão arterial e baixo acompanhamento pelas equipes.

Nó crítico	Hábitos e estilo de vida inadequado
Projeto/operação	+ Saúde: Modificar hábitos inadequados que influenciam diretamente no tratamento.
Resultados esperados	Reduzir a incidência de sedentarismo, tabagismo e obesidade entre os pacientes hipertensos.
Produtos esperados	Formação de grupo operativo, palestra, orientações.
Atores sociais/Responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profissionais dos Setores de Comunicação Social ✓ Secretaria de Educação Municipal ✓ Equipe Multiprofissional ✓ Secretaria de Saúde

Recursos necessários	Organizacional: Desenvolver programas de educação em saúde. Cognitivo: informação sobre o tema e articulação intersetorial com a educação e os setores de comunicação.
Recursos críticos	Organizacional- Efetivar a educação em saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Favorável
Ações estratégicas	Plano de cuidado de prevenção para os portadores de hipertensão arterial.
Responsáveis	✓ Equipe das USB
Prazo	Três meses após o início das atividades.

Quadro 2- Desenho de operações para o “nó crítico” – Tratamento inadequado, para o problema: Alta prevalência de hipertensão arterial e baixo acompanhamento pelas equipes.

Nó crítico	Tratamento inadequado
Projeto/operação	+ Adesão: Fortalecer bases terapêuticas com adequação periódica ao tratamento.
Resultados esperados	Tratamento adequado, em conformidade com a progressão da doença, para os pacientes acompanhados no programa.
Produtos esperados	Análise sistemática pela equipe multiprofissional quanto às ações orientadas aos pacientes.
Atores sociais/responsabilidades	✓ Equipe Multiprofissional das UBS. ✓ Secretaria Municipal de Saúde
Recursos necessários	Organizacional: Maior número de consultas médica programada. Financeiro: Aquisição de medicamentos.

Recursos críticos	Organizacional: Trabalho efetivo de acompanhamento pela equipe. Financeiro: Fornecimento adequado dos medicamentos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto para adequação dos medicamentos e profissionais médicos.
Responsáveis	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipe das UBS ✓ Secretaria Municipal de saúde
Prazo	Início três meses antes da apresentação do projeto, término dois meses da execução.

Quadro 3- Desenho de operações para o “nó crítico” – Acompanhamento ineficaz, para o problema: Alta prevalência de hipertensão arterial e baixo acompanhamento pelas equipes.

Nó crítico	Acompanhamento ineficaz
Projeto/operação	+ Conhecimento: Intervir quando necessário, diante do conhecimento das mudanças orgânicas promovida pela doença.
Resultados esperados	Proporcionar intervenção imediata frente à detecção de qualquer anormalidade.
Produtos esperados	Consulta médica e de enfermagem programada
Atores sociais/responsabilidades	Equipe Multiprofissional das UBSs.
Recursos necessários	Organizacional: Trabalhar grupos prioritários em demanda programada. Financeiro: Suprimento adequado de transporte para os profissionais efetivarem o trabalho na zona rural, medicamentos em

	quantidade satisfatória para atender a demanda, adesão dos profissionais.
Recursos críticos	Organizacional: Avaliação periódica dos pacientes pela equipe multiprofissional.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Favorável
Ações estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação do projeto; ✓ Propor às equipes a formulação da agenda de serviços e formação de grupo para trabalhar os hipertensos.
Responsáveis	Equipe das UBS
Prazo	Três meses antes do início das atividades.

Quadro 4- Desenho de operações para o “nó crítico” – Nível de informação restrito, para o problema: alta prevalência de hipertensão arterial e baixo acompanhamento pelas equipes.

Nó crítico	Nível de informação restrito
Projeto/operação	+ Saber: Aumentar o nível de informação sobre a doença, seus efeitos deletérios, tratamento e medidas de prevenção.
Resultados esperados	Promover o autocuidado, ampliar o nível de conhecimento sobre a doença.
Produtos esperados	Educação em saúde
Atores sociais/responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profissionais dos setores de comunicação social ✓ Secretaria de Educação Municipal ✓ Equipe Multiprofissional ✓ Secretaria de Saúde
Recursos necessários	Organizacional- Formação de Grupo interativo e articulação com a escola e os meios de comunicação social.

	<p>Político: mobilização social, articulação intersetorial.</p> <p>Financeiro: recursos audiovisuais, panfletos, medicamentos, equipamentos (tensiômetro).</p>
Recursos críticos	Organizacional- Efetivar a educação em saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Favorável
Ações estratégicas	Plano de cuidado de prevenção para os portadores de hipertensão arterial.
Responsáveis	Equipe da UBS
Prazo	Início com a execução do projeto.

Quadro 5- Desenho de operações para o “nó crítico” – Estrutura do serviço de saúde inapropriado, para o problema: Alta prevalência de hipertensão arterial e baixo acompanhamento pelas equipes.

Nó crítico	Estrutura dos serviços de saúde inapropriada
Projeto/operação	Cuidar melhor: Identificar e articular o espaço físico para promoção da educação em saúde, bem como, os recursos materiais e tecnológicos necessários ao desenvolvimento da ação.
Resultados esperados	Promover atividade física, promoção em saúde, e controle dos níveis pressóricos com frequência.
Produtos esperados	Garantia de espaço físico adequado; educação e saúde para os profissionais; suprimento medicamentoso e atendimento em rede nos diversos níveis de complexidade.
Atores sociais/responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Secretaria municipal de Saúde ✓ Equipe Multiprofissional
Recursos necessários	<p>Político: articulação em rede, para garantir a integralidade da assistência.</p> <p>Financeiro: recursos materiais e tecnológicos.</p>

Recursos críticos	Organizacional: Inclusão do atendimento na agenda programada. Político: carga horária satisfatória de atendimento do profissional médico.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Favorável
Ações estratégicas	Trabalhar em espaço físico amplo, para intensificar as práticas de atividade física, acompanhamento e orientações.
Responsáveis	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Secretaria Municipal de Saúde ✓ Equipes das UBS
Prazo	Início três meses antes do início das atividades.

Quadro 6- Desenho de operações para o “nó críticos” – Processo de trabalho inadequado, para o problema: Alta prevalência de hipertensão arterial e baixo acompanhamento pelas equipes.

Nó crítico	Processo de trabalho das equipes de saúde inadequado para enfrentar o problema.
Projeto/operação	Linha de cuidado: Implantar organização no cuidado introduzindo-o na agenda programada da equipe, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.
Resultados esperados	Aumentar os atendimentos agendados e programados, para uma cobertura mais satisfatória em torno de 90% a este grupo.
Produtos esperados	Inclusão do HIPERDIA na agenda programada da equipe, vigilância dos agravos da hipertensão através do SIAB; monitorar semanalmente a pressão arterial dos hipertensos e acompanhamento mensal pela equipe multiprofissional.

Atores sociais/responsabilidades	✓ Equipe Multiprofissional das UBSs.
Recursos necessários	Organizacional: Organização da agenda de trabalho das equipes.
Recursos críticos	Organizacional: Organização da agenda pelas equipes e formulação do cronograma para as atividades. Político: articulação em rede, para garantir a integralidade da assistência.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Favorável
Ações estratégicas	Atendimento programado pela atenção básica e complementação pactuada da integralidade da assistência pela referência.
Responsáveis	✓ Equipe das UBS ✓ Secretaria de Municipal de Saúde
Prazo	Três meses antes do início da apresentação do projeto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o trabalho de prevenção das patologias na história atual do processo saúde-doença tem uma importância significativa, pela capacidade de prever os possíveis problemas e intervir precocemente para evitá-los. A proposta de intervenção engloba-se nesta perspectiva, principalmente quando se trata de doença crônico-degenerativa, onde na condição de portador do agravo, o indivíduo pode sofrer sérios prejuízos a sua saúde, decorrente de uma abordagem ineficaz de tratamento.

A formulação do grupo “Viva com Saúde” é uma proposta de abordagem diferenciada, possibilitando melhor adequar o processo de trabalho das equipes de saúde da família do Município de Campo Grande, que vem apresentando um enfrentamento fragmentado do problema, imposto pela falta de estrutura física e integração política, bem como pela desarticulação intersetorial e multiprofissional na assistência ao paciente hipertenso, retratando uma realidade que culmina com uma alta incidência de hipertensos no município frente a um tratamento basicamente curativo.

É neste contexto que o projeto de intervenção pode contribuir significamente, trazendo uma proposta que reorganiza o processo de trabalho das equipes, para o enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica, colocando a prevenção como prioridade, formulada através da educação em saúde de maneira permanente, junto à reabilitação da saúde.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. *Plano Municipal de Saúde*. Campo Grande, AL; 2014.

ARAÚJO, I. M.; PAES, N.A. Qualidade dos dados antropométricos dos usuários hipertensos atendidos no programa de saúde da família e sua associação com fatores de risco. *Texto Contexto Enferm.* v. 22, n. 4, p. 1030-40, Out-Dez, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000400020&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 out. 2014.

ASAKURALL, L.; FIGUEIREDO, N.N. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de enfermagem*, São Paulo, v.23, n.6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/11.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2014.

ÁVILA, A. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J. Bras. Nefrol.* São Paulo. V. 32 supl. 1. Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000500003&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 mar. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 21 mai. 2014.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 27 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica – caderno de Atenção Básica nº 15, 1º edição. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 15 a 53. 2009. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/protocolodehipertensao.pdf>>. Acesso em: 18 de Junho 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 16 de jan. 2014.

BRITO C, *et al.* Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica hipertensão arterial. *Cad. Saúde Pública.* V. 25, n. 9, p. 2001-2011, set. 2009.

Disponível

em:http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2009000900014&script=sci_arttext. Acesso em: 05 set. 2014.

COTTA, R.M.M. *et al.* Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: represando o cuidado a partir da atenção primária. *Rev. Nutr.* Campinas. V. 22, n. 6, nov./dez., 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000600004&script=sci_arttext. Acesso em: 22 mar. 2015.

DILÉLIO AS, *et al.* Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil:diferenças por modelo de atenção. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva.* v.16, n.11, p.4395-4404, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200012&script=sci_arttext. Acesso em: 18 abr. 2015.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: *Artmed*, 2006.

FERREIRA, G.L.A. *et al.* Plano Municipal da Saúde 2014/2017. Campo Grande – AL, fev. 2014.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 14 abr.2015.

MEDEIROS, G.B.J. Hipertensão arterial em relação a outros fatores de riscos em Pacientes adultos. Dissertação (Pós-graduação em Ciências da Nutrição). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

MARTINEZ, E.C. Fatores de risco de doença aterosclerótica coronariana em militares da ativa do exército brasileiro com idade superior a 40anos. Abr 2004. Disponível em: <<http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/martinezecm.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

OLIVEIRA, E.A.F. *et al.* Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. APS.* V.14, n.3, p. 319-326, jul/set. 2011. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1191/510>>. Acesso em 10 nov. 2014.

OLIVEIRA, T.L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paulista de enfermagem.* V.26, n.2, São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200012&script=sci_arttext. Acesso em 04 mar. 2015.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – Secretaria de assistência a Saúde/ DAB- DATASUS. Secretaria de Saúde de Campo Grande. Alagoas, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.asp. Acesso em: 17 abr.2015.