

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

AÇÕES DE SAÚDE PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF # 3 DO MUNICÍPIO DE
BALDIM-MG: PLANO DE INTERVENÇÃO.

YOANNIS GONZÁLEZ MONTERO

BALDIM/MINAS GERAIS
2015

YOANNIS GONZÁLEZ MONTERO

**AÇÕES DE SAÚDE PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF # 3 DO MUNICÍPIO DE
BALDIM-MG: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Tutor: Prof. Katia Lucia Moreira Lemos.

BALDIM/MINAS GERAIS

2015

YOANNIS GONZÁLEZ MONTERO

**AÇÕES DE SAÚDE PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF # 3 DO MUNICÍPIO DE
BALDIM-MG: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

Banca examinadora:

Prof. Katia Lúcia Moreira Lemos (orientador)

Prof. (examinador)

Aprovada em Belo Horizonte: ___ / ___ / ___

DEDICATÓRIA

Dedico este, bem como todas as demais conquistas, aos meus queridos pais, Maria e Aníbal, meus maiores e melhores presentes...

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que iluminou os meus pensamentos durante a criação deste trabalho.

Aos meus pais, irmã, sobrinhos e a toda minha família que com muito carinho e apoio não mediram esforços para que eu vencesse mais uma etapa da minha vida.

A minha esposa pela dedicação, incentivo e perseverança.

Aos amigos e colegas pelo apoio constante.

A nossa tutora Prof. Katia Lúcia Moreira Lemos por compartilhar conhecimentos e nos direcionar ao objetivo proposto.

“Os seres humanos são capazes de conceber as ideias mais nobres, que hospedam a maioria dos sentimentos generosos, e é capaz de dar a vida por isso que sente e o que pensa”.

Fidel Castro Ruz.

RESUMO

A hipertensão (HAS) é a condição mais comum de saúde de indivíduos adultos em populações em todo o mundo, juntamente com a obesidade tem sido classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a pandemia do século, representa por si só uma doença e um importante fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis. A prevenção da hipertensão arterial é a medida terapêutica mais importante e menos dispendiosa da saúde universal, sendo um grande desafio para todos os países e deve ser uma prioridade das instituições de saúde, pessoas e governos. Este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial no PSF#3 Baldim, Minas Gerais. O presente trabalho foi realizado através de três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. A revisão da literatura foi feita a partir de uma pesquisa *online* através do acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) acerca dos fatores de risco para HAS em adultos. Foram utilizados livros e revistas que fazem referência do tema em estudo que incluíam artigos publicados a partir do ano 2000 e que se refiram aos descritores hipertensão arterial e fatores de risco para hipertensão. Após a revisão, elaborou-se um plano de intervenção baseado na hipertensão arterial e os fatores de risco, bem como dos principais resultados do diagnóstico situacional. As principais propostas apresentadas foram aumentar o conhecimento acerca da HAS, adoção de modos e estilos de vida saudáveis pelos pacientes hipertensos, e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica, Fatores de riscos.

ABSTRACT

Hypertension (SH) is the most common condition of health adults in populations throughout the world, along with obesity has been classified by the World Health Organization (WHO) as the pandemic of the century, is in itself a disease, and a major risk factor for other chronic diseases. Preventing Hypertension is the most important measure and less expensive therapy universal health being a major challenge for all countries and should be a priority of health institutions, individuals and governments. This work aims to present a proposal for intervention to decrease the incidence of hypertension in PSF # 3 Baldim, Minas Gerais. This work was carried out through three steps: situational diagnosis, literature review and drafting of the intervention plan. A literature review was made from an online survey through access to the information center of the Virtual Health Library (VHL) through the database: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) about the risk factors for hypertension in adults. Books and magazines have been used to make theme references in a study that included articles published from 2000 and referring to the descriptors high blood pressure and risk factors for hypertension. Upon review, we prepared an action plan based on the blood pressure and the risk factors as well as the main findings of situational diagnosis. The main proposals were to increase the knowledge of hypertension, adoption of healthy lifestyles and modes for hypertensive patients, and increase the implementation of health promotion and prevention activities.

Keywords: Hypertension, Risk factors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População – Perfil demográfico da população estimada de 2015, por gêneros e faixa etária, município de Baldim, MG.	13
Tabela 2: Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água.	14
Tabela 3: Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo.	14
Tabela 4: Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária.	15
Tabela 5: Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF#3 Baldim, MG, 2015.	23
Tabela 6: Nós críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF#3 Baldim, MG, 2015.	24
Tabela 7: Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da incidência de hipertensos na UBS Baldim, MG, 2015.	25
Tabela 8: Recursos críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF#3 Baldim, MG, 2015.	26
Tabela 9: Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de intervenção para o enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Baldim, MG, 2015.	27
Tabela 10: Plano operativo para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Baldim, MG, 2015.	28
Tabela 11: Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Baldim, MG, 2015.	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FR - Fatores de risco

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estadística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

MG- Minas Gerais

NASF- Núcleo de Apoio da Saúde de Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

PA-Pressão arterial

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PIB-Produto Interno Bruto

PSF- Programa de Saúde da Família

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Histórico de Criação do Município.....	12
1.2 Aspectos Demográficos.....	13
1.3 Atividades econômicas e arrecadação.....	13
1.4 Índices de Desenvolvimento Humano IDH.....	14
1.5 Saneamento Básico	14
1.6 Educação.....	15
1.7 Recursos da comunidade.....	15
1.8 Sistema Municipal de saúde.....	15
1.9 Unidade de Saúde da Família – USF.....	16
1.10 Aspectos Epidemiológicos.....	16
2. JUSTIFICATIVA.....	17
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 OBJETIVO GERAL.....	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4. METODOLOGIA.....	18
5. RESULTADOS.....	19
5.1 Revisão de Literatura.....	19
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
6.1 Identificação dos problemas.....	22
6.2 Priorização dos Problemas.....	23
6.3 Descrição do Problema.....	23
6.4 Explicação do problema.....	24
6.5 Identificação dos nós críticos.....	24
6.6. Desenho das operações.....	24
6.7 Identificação dos recursos críticos.....	26
6.8 Análise da Viabilidade.....	26
6.9 Elaboração do Plano Operativo.....	28
6.10 Gestão do plano.....	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

A prevenção da hipertensão arterial é a medida terapêutica mais importante e menos dispendiosa da saúde universal. O controle da pressão arterial é um grande desafio para todos os países e deve ser uma prioridade das instituições de saúde, pessoas e governos. Além disso, uma estratégia individual é necessária para detectar e monitorar medidas específicas de serviços de saúde para os indivíduos com exposição a altos níveis de um ou mais desses fatores, suscetíveis de ser controlados.

Poderia se dizer que na área pertencente ao PSF # 3 Baldim/MG, a hipertensão é um problema de saúde, tendo em conta a incidência de novos casos detectados na prática diária dos cuidados primários e a alta prevalência existente. Diante da situação acima apresentada se tornou necessário a realização de um estudo capaz de executar um levantamento científico do problema. Este estudo se propôs ainda a elaborar um plano de intervenção com objetivo principal de incentivar as mudanças dos hábitos e estilos de vida em busca de condições mais saudáveis. Essas medidas, em conjunto, contribuirão para a melhoria da qualidade de vida da população assistida.

1.1- Histórico de Criação do Município

A cidade de Baldim foi fundada graças ao esforço, tenacidade e firme vontade de um homem, Bernadinho Martins de Almeida, mascate de origem portuguesa que se fixou na região por ter contraído núpcias com pessoa residente nas terras que fazem parte do Município. Foi este português que, enriquecido, edificou as expensas próprias a Igreja que hoje é a Matriz da cidade, doando para isto 18 alqueires de terra. A construção do referido templo iniciou-se em 1853. Com isto começaram a surgir as primeiras habitações e algumas tavernas. Com o passar dos tempos, a constante movimentação de tropas e passageiros, a salubridade do clima, a beleza de paisagem, contribuirão para o êxito do ideal de Capitão Bernadinho, que, vindo a falecer em 1860, não assistiu à sua concretização, o que só ocorreu em 1873. O primeiro nome dado à região foi Pau Grosso, oriundo de enorme árvore, um jequitibá gigante, que abrigava os tropeiros que passavam pela região, rumo ao norte. O

nome Baldim surgiu em 1917, e nada mais é senão a deturpação pelo povo, do nome de Balduino ou Ubaldino, que, segundo consta, era um português que morou no extremo do município durante muito tempo, nome esse destituído de significação histórica.

O crescimento do atual município, relativamente lento, teve como alicerces a indústria têxtil e a cultura do algodão. Com a construção da estrada de ferro Belo Horizonte-Sete Lagoas e a Rodovia Belo horizonte-Serro, incrementou-se a atividade agrícola e pecuária, ocupando lugar de destaque na economia do município.

1.2 - Aspectos Demográficos

De acordo com os dados do SIAB, de 2015, a população de Baldim é de 8404 habitantes recolhidos na seguinte tabela.

Tabela 1 População-Perfil demográfico da população estimada de 2015, por gêneros e faixas etárias, município de Baldim, MG.

Faixa Etária	Homem	Mulher	Total
00-04	239	240	479
05-09	298	268	566
10-14	327	293	620
15-19	377	329	706
20-39	1215	1223	2438
40-49	501	531	1032
50-59	505	529	1034
60+	673	856	1529
Total	4135	4269	8404

Fonte: DATASUS/SIAB

O município tem uma área territorial de 556,266 km² e uma densidade demográfica: 15,11 hab./Km².

1.3-Atividades econômicas e arrecadação

As principais atividades socioeconômicas de Baldim são: produção de lavouras/horticultura, pecuário, comércio varejista de produtos alimentícios, bebidas e fumo, atividade doméstica e de limpeza, fábrica de doces, pedreiro, motoristas, professores, funcionários públicos, e outras atividades de serviços pessoais.

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de participação municipal (FPM);
- PAB Fixo (Piso de Atenção Básica);
- Programa Saúde da Família (PSF);
- Epidemiologia Controle de Doenças;
- Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

1.4 - Índices de Desenvolvimento Humano IDH

O município de Baldim tem um PIB per capita a preços correntes de 10.473,54 reais, e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,671. (ATLAS BRASIL 2013. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO).

1.5-Saneamento Básico

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF#3 Baldim, não conta-se com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências porém nossa área é rural. Tem famílias em situações precárias de moradia.

Tabela 2: Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água.

Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água		
Abastecimento Água	Número de famílias	%
Rede geral	314	57,72
Poço ou nascente (na propriedade)	208	38,24
Outra forma	22	4,04

Fonte: DATASUS/SIAB

Tabela 3: Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo.

Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo		
Coleta de lixo	Número de famílias	%

Coletado	130	23,90
Queimado/enterrado (na propriedade)	357	65,63
Jogado	57	10,47

Fonte: DATASUS/SIAB

Tabela 4: Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária.

Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária		
Instalação Sanitária	Número de famílias	%
Rede geral de esgoto ou pluvial	23	4,23
Fossa séptica	486	89,34
Céu aberto	35	6,43

Fonte: DATASUS/SIAB

1.6-Educação

A situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores: taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos de 10,8%, com um total de 1277 pessoas alfabetizadas acima desta idade (DATASUS/SIAB) e uma matrícula no ensino médio em 2012 de 396 estudantes; além de uma matrícula em ensino fundamental em 2012 de 1.163 estudantes. (INEP/MEC)

1.7-Recursos da comunidade

A comunidade tem um posto médico com laboratório, um consultório particular de dentista, um consultório particular médico, um laboratório particular, nove escolas, uma creche, quinze igrejas, tem luz elétrica, água tratada, telefonia fixa e celular, correios, banco.

1.8-Sistema Municipal de saúde

A população do município é coberta 100% com o SUS. Para prestar o atendimento o município conta com quatro Unidades de Saúde da Família-USF, dois na Sede, um no distrito de São Vicente e outro localizado na zona rural que é nossa área de abrangência.

No posto médico da cidade é realizado atendimento vinte e quatro horas, com inclusão de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um laboratório de análises clínicas, uma equipe de odontologia e uma farmácia de minas.

O município tem três ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de encaminhamento. Possui também, em pleno funcionamento, um Conselho Municipal de Saúde, constituído de um presidente e sete membros, sendo eles líderes religiosos, civis e políticos. As reuniões ordinárias acontecem mensalmente.

A referencia para a média e alta complexidade são Sete Lagoas e Belo Horizonte, com sistema de referência e contra referência.

Segundo a secretária de saúde do município, o orçamento destinado à saúde foi de 4111093,66 reais para 2014.

1.9-Unidade de Saúde da Família – USF

Nossa equipe realiza atendimento médico uma vez por semana em cinco áreas da zona rural adaptadas para o atendimento. A equipe está formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde (ACS). O horário de trabalho é de 07h00min as 16h00min.

A equipe atende a população local através das seguintes atividades: visitas domiciliares de toda a equipe de saúde; consultas médicas; consultas de enfermagem; consultas odontológicas; procedimento de assistência de enfermagem na unidade e no domicílio se é necessário; grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes; agendamento de consultas para especialidades e exames diariamente; dispensação de medicamentos.

1.10-Aspectos Epidemiológicos

Segundo os dados do SIAB nossa área tem cadastrados 314 portadores de hipertensão arterial e 71 portadores de diabetes.

Principais causas de Internação: as principais causas de internação no ano de 2013 segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações do diabetes, AVC e câncer.

No ano 2013, segundo levantamento realizado a partir dos dados das declarações de óbitos as principais causas de óbitos foram: infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares e diabetes mellitus. A taxa de mortalidade infantil foi de 21/1000 nascidos vivos que apesar de bastante elevada apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior, tendência observada nos últimos anos.

Cobertura de vacinação: a cobertura vacinal da população de menores de cinco anos de idade foi de 95%.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre os pacientes de nossa área de abrangência, muitos deles não controlados e com risco cardiovascular aumentado. A hipertensão arterial sistêmica é muitas vezes considerada como a doença mais frequente na comunidade, uma vez que afeta a saúde dos indivíduos e das populações em todo o mundo. A prevalência de hipertensão é elevada no país e no continente e traz um número considerável de invalidez e morte na população. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, 30% da população brasileira podem ser consideradas hipertensas. Desse total, 5% são crianças e adolescentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, Apud ZENI, 2008)

Anualmente quase trezentas mil pessoas morrem no Brasil por doenças cardiovasculares, sendo que mais da metade destas mortes são decorrentes da hipertensão. O Ministério da Saúde estima que cerca de 15 milhões de hipertensos desconheça sua condição. Em relação ao tratamento, a estimativa é de que apenas sete milhões estejam sendo tratados, percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, Apud ZENI, 2008)

Por isso o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa condição são essenciais para a diminuição dos eventos cardiovasculares, e é de possível alcance com os recursos disponíveis. Para alcançar estes objetivos contaremos com um plano de intervenção como ferramenta fundamental. Este trabalho servirá de base para outros estudos e pesquisas.

3. OBJETIVOS

3.1-Geral

- Realização de um estudo capaz de executar um levantamento científico do alto número de pacientes com hipertensão arterial no PSF # 3 Baldim.

3.2-Específicos

- Realizar revisão de literatura sobre a hipertensão arterial.
- Contribuir para a redução da HAS na população do PSF # 3 Baldim com a aplicação de um plano de intervenção.

4. METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foi elaborado um plano de intervenção que constou de três etapas: diagnóstico situacional em saúde, a revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Primeiramente, foi executado um diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde de Baldim. Este diagnóstico foi baseado no método de estimativa rápida, sendo este um método que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, em curto período de tempo, sem gastos, constituindo uma importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Tem como objetivo envolver a população na identificação de seus problemas e também dos atores sociais que controlam os recursos necessários para solucionar os problemas.

Para a realização da revisão de literatura, foram feitas pesquisas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) acerca dos fatores de risco para HAS em adultos. Foram utilizados livros e revistas que fazem referencia do tema em estudo que incluíam artigos publicados a partir do ano 2000 e que se refiram aos descritores hipertensão arterial e fatores de risco para hipertensão.

Após este processo foi realizada uma proposta para a elaboração de plano de intervenção que será aplicado pela equipe do PSF#3 Baldim. Todas as etapas e aspectos da construção foram descritos e estão apresentados no tópico do Plano de intervenção.

5. Revisão de Literatura

A história de hipertensão remonta ao século VI (Antes de Cristo) quando Sushruta a menciona pela primeira vez em seu texto os sintomas que poderiam ser consistentes com a hipertensão. Naquela época, era conhecida como a "doença de pulso duro", reduzindo a sangue cortando as veias ou com a aplicação de sanguessugas. A compreensão moderna da hipertensão começou com o trabalho do médico William Hanvog (1578-1657), que foi o primeiro a descobrir corretamente a circulação sanguínea sistêmica bombeada por todo o corpo, pelo coração. Em 1773, Stephen Hales fez a primeira medição da pressão arterial registrado na história, a contribuição das arteríolas periféricas na manutenção da pressão arterial definida como tono foi feito por Louwen em 1669. Mais tarde, o papel dos nervos vasomotores é identificado na regulação da pressão arterial por Claude Bernard (1813-1878). (J. PÉREZ OLEA, 2008)

Em 1808, Thomas Young fez uma descrição inicial da hipertensão como uma doença. Em 1836, o médico Richard Bright observou alterações causadas pela hipertensão no sistema cardiovascular em pacientes com doença renal crônica. A pressão arterial elevada, pela primeira vez em um paciente sem doença renal foi relatado por Frederick Mahomed (1849-1884). (J. PÉREZ OLEA, 2008)

A hipertensão (HAS) é a condição mais comum de saúde de indivíduos adultos em populações em todo o mundo. Estima-se que haja mais de um bilhão de hipertensos e este número deverá aumentar em mais de 500 milhões em 2015, de acordo com algumas estimativas, a prevalência de hipertensão vai afetar o 30% da população adulta do mundo em 2025, de modo juntamente com a obesidade tem sido classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a pandemia do século XXI. (COMISSÃO NACIONAL ASSESSOR TÉCNICO DO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO, 2008)

É considerado um sério problema de saúde pública por sua ampla incidência em indivíduos adultos. Deve ser acompanhada ao longo de seu curso com medidas de controle que visem à qualidade de vida do portador e a prevenção de complicações.

A hipertensão é definida como uma doença crônica, caracterizada por um aumento contínuo da pressão do sangue nas artérias. Embora não haja nenhum limite estrito para definir a fronteira entre o risco e segurança, de acordo com o consenso internacional, uma pressão sistólica sustentada ao longo 139mmhg ou uma pressão diastólica mantida maior de 89mmhg, estão associados com um risco aumentado de aterosclerose e, portanto, é considerada hipertensão clinicamente significativa. (GOCH et al.,2009)

Ela representa por si só uma doença e um importante fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis que causam dano vascular, com o qual compartilha uma base fisiopatológica comum, expressado em alterações funcionais e morfológicas do endotélio vascular, que conduz a um objetivo comum: A aterosclerose. (ALFONSO GUERRA CJ, 2010)

Há vários fatores que vem contribuindo para agravar a situação de pacientes que não realizam o seguimento das recomendações terapêuticas. Que embora estejam devidamente diagnosticados, apenas 50% dos pacientes utilizam medicação de forma regular. E que por se tratar de uma doença “silenciosa”, ou seja, em muitos casos assintomáticos faz com que o paciente não reconheça ser um risco potencial para as doenças cardiovasculares e que necessita mudanças no estilo de vida associado ao uso correto da medicação.

Embora as tendências mundiais mostrem uma redução nos valores de pressão arterial nas últimas três décadas continuam a ser verdade que a hipertensão afeta cerca de 40% dos adultos nos países desenvolvidos e está aumentando em países com economias em transição. Existem importantes diferenças continentais, em países como os EUA e Canadá tem menor prevalência de hipertensão do que a

detectada na Europa, possivelmente pela intensificação ainda mais da prevenção primária em aqueles. (CIFKOVA R, 2006)

O tratamento da hipertensão arterial se constitui de duas vertentes: a terapia medicamentosa e a não medicamentosa. A abordagem terapêutica do hipertenso inclui além da terapia farmacológica, a mudança no estilo de vida com hábitos alimentares e de vida saudáveis e prática adequada de exercícios físicos regulares. A prática de exercícios físicos diminui o estresse e reduz o peso além de ter ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias.

Na Espanha, a prevalência de hipertensão está no intervalo entre 47% nos homens e 39% entre as mulheres com idade entre 35-74 anos de idade. Embora a mortalidade por doença isquêmica do coração no país é relativamente baixa, a população das Ilhas Canárias apresenta taxas próximas às dos países nórdicos e centro-europeus. (GRAU M et al.,2011). A influência da hipertensão nestas ilhas pode ser importante porque a sua prevalência em este arquipélago se destaca de outras comunidades da Espanha. (BASTERRA-GORTARI FJ et al.,2007)

A Organização Pan-Americana da Saúde estima que, nos próximos 20 anos, haverá 20,7 milhões de mortes por doença cardiovascular, dos quais cerca de 2,4 milhões são atribuíveis à pressão arterial elevada na região das Américas. Estima-se que a prevalência de hipertensão nos países da América Latina e do Caribe varia entre 8% e 30%. (CHOBANIAN AV et al.,2003)

Os profissionais de saúde devem fortalecer a educação e a saúde, incentivar o autocuidado dos pacientes para os mesmos obterem uma melhor qualidade de vida. Com atenção para o estilo de vida individual e para contextos culturais em que vivem. Buscando com isso evitar a não aderência ao tratamento tendo como consequências o abandono ou irregularidades durante o seu seguimento.

A hipertensão não é apenas uma doença, mas é um fator de risco estabelecido para muitas doenças de maior letalidade, que afetam os indivíduos e grandes populações, e, como tal, é um dos mais importantes preditores de expectativa de vida. É uma doença fácil de detectar e de controlar; no entanto, apresenta-se

com complicações graves e fatais se não tratada precocemente. Em 90% dos casos, a causa da hipertensão é desconhecida, o que é chamado de "hipertensão essencial", com uma forte influência hereditária. Entre cinco e dez por cento dos pacientes há uma causa diretamente responsável pela elevação da pressão arterial, esta forma de hipertensão é chamada de "pressão alta" que às vezes não pode ser apenas tratado e desaparecer para sempre sem a necessidade de tratamento em longo prazo, mas também pode ser alerta para localizar até mesmo doenças mais graves, de que a hipertensão é apenas uma manifestação clínica. (CHOBANIAN AV et al.,2003)

Acredita-se que ambos os fatores ambientais e genéticos contribuem para a hipertensão. A pressão arterial tende a aumentar com a idade. Também é mais provável de ocorrer se a pessoa é obesa, tem uma dieta rica em sal e pobre em potássio, beber grandes quantidades de álcool, não fazer atividade física e estresse psicológico. Embora seja claro que a tendência para a hipertensão pode ser herdada; fatores genéticos, em grande parte desconhecidos responsáveis pela mesma. (BEEVERS G et al.,2010)

Mudanças no estilo de vida são recomendadas com entusiasmo na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e económicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. 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.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1- Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Depois de uma reunião com a equipe básica de saúde concluiu-se que os principais problemas de saúde de nossa área de abrangência são:

- Elevado número de pacientes usuários de benzodiazepinas.
- Alto número de pacientes com hipertensão arterial.
- Elevado número de pacientes diabéticos que não se adere ao tratamento.
- Alto consumo de álcool.
- Deficientes serviços de esgoto.
- Consumo de água não tratada.

6.2-Segundo Passo: Priorização dos Problemas

A tabela 5 permite uma visualização da priorização dos problemas.

Tabela 5: Priorização dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado número de pacientes usuários de benzodiazepinas	Alta	Seis	Parcial	Quatro
Deficientes serviços de esgoto	Alta	Quatro	Parcial	Cinco
Alto número de pacientes com hipertensão arterial	Alta	Sete	Parcial	Um
Elevado número de pacientes diabéticos que não se adere ao tratamento	Alta	Sete	Parcial	Dois
Alto consumo de álcool	Alta	Seis	Parcial	Três
Consumo de água não tratada	Alta	Seis	Parcial	Seis

6.3-Terceiro Passo: Descrição do Problema

O tema que escolhemos para ser abordado foi o alto número de pacientes com hipertensão arterial. Os fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica (HAS) podem estar relacionados com o indivíduo (idade, sexo, escolaridade, herança genética); estilo de vida (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e dieta inadequada) e

agentes biológicos (diabetes e hipercolesterolêmia), como também as condições sócias econômicas culturais e ambientais.

É uma doença crônica que não tem cura, mais pode e deve ser controlada para evitar as complicações. O tratamento contínuo pode melhorar a qualidade de vida do paciente. No Brasil cerca de 17 milhões do total da população são hipertensos. Deste total, 90% de pacientes com HAS têm hipertensão essencial e 10 % restante tem hipertensão secundária.

6.4-Quarto Passo: Explicação do problema

A ausência de estratificação do risco clínico para HAS pela unidade de saúde, unido a ausência de uma agenda fixa de educação continuada com o grupo de hipertensos e o desconhecimento dos pacientes hipertensos sobre a doença, associado a fatores de risco modificável para HAS tais como dieta rica em gorduras saturadas e açúcares, sedentarismo, ingestão de bebidas alcoólicas, abandono das práticas saudáveis de controle da HAS e tabagismo, traz uma descompensação da doença e complicações posteriores.

6.5-Quinto passo: Identificação dos nós críticos

O nó crítico é definido como um tipo de causa de um problema que, quando se ataca, é capaz de gerar impacto no problema e transformá-lo.

Tabela 6: Nós críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF#3 Baldim, MG, 2015.

Problema enfrentado	Nós críticos
Hipertensão arterial: Conforme SIAB da unidade o PSF#3 Baldim tem 314 hipertensos, 18,25% da população total.	<ol style="list-style-type: none">1- Inadequados hábitos de vida.2- Falta de informações.3- Sedentarismo e obesidade.

6.6- Desenho das operações

A tabela 6 permite uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas para o enfrentamento de cada nó crítico.

Tabela 7: Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da elevada incidência de hipertensos na UBS Baldim, MG, 2015.

Nós críticos	Operação projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Inadequados hábitos de vida	Vida nova: Modificar os hábitos de vida	Diminuir o número de pacientes com fatores de risco	Aumentar a realização de palestras, caminhadas e campanhas educativas na radio local.	Cognitivo: Conhecimento científico acerca dos temas abordados. Organizacional: definir agenda para trabalhar com o grupo.
Falta de informação	Saber mais: Fomentar o conhecimento sobre a doença (HAS)	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial.	-Pacientes mais comprometidos e responsáveis. - Avaliação do nível de conhecimento dos participantes (em adesão na intervenção) Réplicas da estratégia relatando suas experiências. - Campanhas de Promoção e Prevenção da	Cognitivos: Capacitação da equipe executora (metodologia conhecimentos científicos, habilidade comunicativa) Organizacionais: Cronograma da estratégia, Recursos básicos, Agenda de trabalho. Políticos Conseguir espaço na rádio local, mobilização social e articulação Intersetorial com rede de ensino.

			HAS	Financeiros: Aquisição de recursos audiovisuais, material educativo, didático, folder, folhetos, cartazes, etc.
Sedentarismo e Obesidade	Viver Melhor: proporcionar atividade física supervisionada	Diminuir o número de sedentários e obesos para o período de um ano.	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	Organizacional: Formalizar agenda em conjunto com a unidade. Intersectorial: Formalizar ação com apoio do NASF, para designar educador físico.

6.7- Identificações dos recursos críticos

A tabela 8 permite uma visualização dos recursos críticos definidos para o problema enfrentado.

Tabela 8: Recursos críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF#3 Baldim, MG, 2015.

Operação projeto	Recursos Críticos
Vida nova: Modificar hábitos alimentares não saudáveis.	Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.
Saber mais: Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	Políticos Conseguir espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersectorial com rede de ensino.
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Político: articulação intersectorial.

6.8- Análise da Viabilidade

A tabela 9 busca descrever as ações necessárias para a execução do plano operativo, os atores responsáveis e ações estratégicas:

Tabela 9 - Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de intervenção para o enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Baldim, MG, 2015.

Operação projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Vida nova: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar demanda
Saber mais: Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	Político Conseguir espaços na rádio, imprensa para debates do tema sobre HAS. Financeira: Aquisição de recursos para equipamento material: médios audiovisuais, material didático educativo, docente etc.	Setor de Comunicação social Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária

Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico
---	--------------------------------------	---------------------	-----------	--

6.9- Elaboração do Plano Operativo.

A tabela 10 permite uma visualização do plano operativo.

Tabela 10. Plano operativo para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Baldim, MG, 2015.

Operação projeto	Resultados esperados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Vida nova: Modificar hábitos alimentares não saudáveis.	Diminuir o número de pessoas que fazem uso excessivo de sal, gorduras saturadas e açúcares.	Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis	Não é necessária	ACS, médico, enfermeira.	Três meses para o início das atividades
Saber mais: Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial.	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes em tema de HAS, Campanhas de Promoção e Prevenção da HAS Palestras	Apresentar demanda de aquisição de materiais audiovisuais	UBS	Três meses para início das atividades

		Falatórios por rádio local Informação em imprensa de os temas da intervenção.			
Viver Melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Diminuir o número de Sedentários e obesos para o período de um ano.	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	Apresentação de projeto de ação específico.	Médico, Enfermeira, ACS	Três meses para início das atividades

6.10- Gestões do plano

A tabela 11 busca descrever gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Baldim, MG, 2015.

Tabela 11. Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Baldim, MG, 2015.

Operação projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Vida nova: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis	médico, Enfermeira, ACS	Três meses para início das atividades			
.Saber mais: Fomentar o conhecimento sobre a doença	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes em tema de HAS, Campanhas de Promoção e	UBS	Três meses para início das atividades			

HAS.	Prevenção da HAS, Palestras Falatórios por rádio local Informação em imprensa de os temas da intervenção.					
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	médico, Enfermeira, ACS	Três meses para início das atividades			

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial vem se destacando como a epidemia moderna nos dias atuais e se tornando um grande problema de saúde pública. Como relatado durante este trabalho, esta doença está cada vez mais crescente na população adulta. Explorar esse estudo é de fundamental importância na qualidade de vida dos hipertensos.

A perspectiva deste trabalho permite a operacionalização de um acompanhamento aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica do PSF#3 Baldim, com ações de controle da doença focado na mudança de hábitos de vida não saudáveis.

A utilização do planejamento Estratégico Situacional permitiu a formulação de propostas baseadas em evidências e que são resolutivas. Nossa intenção é que

esta proposta de intervenção possibilite trazer uma redução da morbidade e mortalidade aos pacientes da PSF#3 Baldim, melhorando sua qualidade de vida.

Recomendamos a realização de novas pesquisas no futuro e estabelecer um programa de acompanhamento e divulgação dos resultados, assim como realizar outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados.

REFERÊNCIAS

Alfonso Guerra J P. Hipertensão na atenção primária à saúde. Editar. Ciências Médicas. Havana. 2010, 33-29.

BALDIM. Secretaria Municipal de Saúde. SIAB: ESF área rural, equipe # 3, 2015.

Basterra-Gortari FJ, Bes-Rastrollo M, Seguí-Gomez M, Forga L, Martínez JA, Martínez-González MA. Tendências da Obesidade, diabetes mellitus, hipertensão e hipercolesterolemia em Espanha (1997-2003). Med. Clin (Barc). 2007; 129: 405-8.

Beevers G, Lip GYH, O'BRIEN E. Fisiopatologia da hipertensão, adaptado do ABC da hipertensão. BMJ [serial na internet]. 2001 [citado 6 de fevereiro de 2010]; 232: 912-6. Disponível: <http://www.saha.org/temas/fisiopatologia.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2006.

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Verde LA, Izzo JL, Jones DW, Masterson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ. O Sétimo Relatório do Comitê Misto Nacional de Prevenção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial. O Relatório JNC 7. JAMA. 2003; 289: 2560-2572.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de FARIA; Horácio Pereira de SANTOS; Max André dos Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

Comissão Nacional assessor técnico do programa de hipertensão. Diretrizes de hipertensão para a prevenção, diagnóstica e tratamento, Ed. De Ciências Médicas, Habana. 2008

Cifkova R. O ônus da hipertensão e Controle inadequado nas populações. J Hypertens. 2006; 24: 807-9.

Goch. A. M. Banach, D. P. MILCHAILIDUS. A disfunção endotelial em patiens hipertensão com não compycated, Clin. Exp. Hypert. 2009; (1): 20-30.

J. Pérez Olea história de hipertensão [Series Internet] 2008 [Acessado em 20 de maio, 2008]. Disponível em <http://www.udec.cl/~ofe.m/revista/revista02/revista.html>.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.