

**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 SANTA CRUZ DO MUNICÍPIO
CORONEL FABRICIANO DE MINAS-MG: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

ALEXI PEREZ MARTINEZ

GOVERNADOR VALADARES-MINAS GERAIS

2014

ALEXI PEREZ MARTINEZ

**AÇÕES DE SAÚDE PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF SANTA CRUZ DO MUNICÍPIO
CORONEL FABRICIANO DE MINAS-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. Heriberto Fiuza Sanchez

**GOVERNADOR VALADARES-MINAS GERAIS
2014**

ALEXI PEREZ MARTINEZ

**AÇÕES DE SAÚDE PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF SANTA CRUZ DO MUNICÍPIO
CORONEL FABRICIANO DE MINAS-MG: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

Banca examinadora:

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Prof. _____ (examinador)

Aprovada em Belo Horizonte: ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização de mais essa importante conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pela vida, graça, proteção e amor

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização de mais essa importante conquista.

À nosso tutor Prof. Heriberto Fiuza Sanchez por sua bondade, preocupação e nos direcionar ao objetivo proposto.

“ Se cheguei até aqui foi porque me apoiei no ombro dos gigantes”

Isaac Newton

RESUMO

A pesquisa realizada na área de abrangência da equipe vermelha do posto de saúde de Santa Cruz partiu do pressuposto que, apesar das várias divulgações a respeito da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e seus fatores de risco, as pessoas portadoras dessa enfermidade, ainda apresentam sérias dificuldades em lidar com a mesma e que tais dificuldades são decorrentes de questões culturais e sociais. A Hipertensão Arterial é uma síndrome que se caracteriza basicamente pelo aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico quanto diastólico, atingindo 10 a 20 % da população adulta e aparecendo como causa direta ou indireta de elevado número de óbitos. A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) na população brasileira e suas consequências exigem o desenvolvimento de estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos. Este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial no PSF Santa Cruz em Coronel Fabriciano, 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. Estabeleceram-se 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 aos modos e estilos de vida saudáveis pelos pacientes hipertensos, aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de riscos e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.

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

ABSTRACT

The research in the area of coverage of the Red Team from Santa Cruz health center expressed the belief that, despite several divulgações about high blood pressure (hypertension) and its risk factors, people with this disease, still have serious difficulties in dealing with the same and that these difficulties are due to cultural issues and sociais. A Hypertension is a syndrome characterized primarily by increased blood pressure, both systolic as diastolic, reaching 10-20% of the adult population is appearing as direct or indirect cause of high number of óbitos. A systemic arterial hypertension (SAH) in the Brazilian population and its consequences require the development of strategies to promote quality of life, education, protection and recovery of health and prevention of damage. This work aims to present a proposal for intervention to reduce the incidence of hypertension in PSF Santa Cruz in Coronel Fabriciano, Minas Gerais. This work was carried out through three steps: situation analysis, literature review and preparation of the action plan. The literature review was made from an online survey through access to the information center of the Virtual Health Library (VHL) through the database. Established s Upon review, we prepared an action plan based on the blood pressure and the risk factors and the main results of the situational diagnosis. The main proposals were to increase the knowledge of hypertension, to adopt healthy lifestyles and modes for hypertensive patients, increase the care of patients with risk factors and increase the performance of health promotion and prevention activities.

Keywords: Hypertension, Rick factors. Lifestyle.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** População – Perfil demográfico da população estimada de 2014, por gêneros e faixa etária, município Coronel Fabriciano, MG..... 16
- Tabela 2-** Território do PSF “Santa Cruz”,Coronel Fabriciano, MG, segundo número de famílias e habitantes por micro áreas..... 19
- Tabela 3-** Caracterização da população do PSF “Santa Cruz”, município Coronel Fabriciano, MG, segundo idade e gênero. 19

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF “Santa Cruz”, Coronel Fabriciano, MG, 2014.28
- Quadro 2-** Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da incidência de hipertensos na UBS Santa Cruz, Coronel Fabriciano, MG, 2014..... 30
- Quadro 3-**Plano operativo para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Santa Cruz, Coronel Fabriciano, MG, 2014..... 31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS-Centro de Apoio Psicossocial

CASMUC- Centro de Atenção à Saúde da Mulher e Criança

CEO -Centro de Especialidades Odontológicas

CERSAM- Centro de Referência em Saúde Mental

DCV -Doenças Cardiovasculares

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FR - Fatores de risco

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

HAS- Hipertensão arterial sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estadística

IDH -Índice de Desenvolvimento Humano

IMC - Índice de Massa Corporal

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

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MG- Minas Gerais

NASF- Núcleo de Apoio da Saúde de Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

PA - Pronto Atendimento

PACS- Programa de Agentes Comunitários 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	14
1.2 Aspectos geográficos e socioeconômicos:.....	15
1.3 Setor Industrial	15
1.4 Produto Interno Bruto (PIB).....	16
1.5 Aspectos Demográficos	16
1.6 Sistema Local de Saúde.....	17
1.7 Território sob responsabilidade do PSF “Santa Cruz”	18
1.8 Recursos da Comunidade.....	20
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 OBJETIVO GERAL.....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22
4 METODOLOGIA.....	23
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência do PSF “Santa Cruz”	27
6.1.1 Identificação dos problemas.....	27
6.1.2 Priorização dos Problemas	27
6.1.3 Descrição do Problema	28
6.1.4 Explicação do problema	29
6.1.5 Identificação dos nós críticos, operações, resultados esperados e recursos necessários:	29
6.1.6 Desenho das operações.....	30
6.1.7 Elaboração do Plano Operativo.	31
7 CONSIDERAÇÕES FINÁIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica degenerativa e representa sério problema de saúde pública, considerando a 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 (CORRÊA *et al.*, 2006).

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial assintomática, na grande maioria dos casos, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, Apud ZENI, 2008).

A hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças que cada vez mais acometem maior número de pessoas e que pode levar às complicações cardiovasculares resultando em óbito. Apesar do fácil diagnóstico e dos avanços expressivos na produção de novos medicamentos na indústria farmacêutica. Embora um problema de saúde pública percebe-se que ainda há um número muito grande de indivíduos hipertensos não tratados ou tratados inadequadamente (SAÚDE & LAZER, 2008).

Segundo (BRUNNER e SUDDARTH, 2005) 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 assintomática 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.

No Brasil segundo o (Ministério da Saúde, 2006) a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das doenças crônicas com maior prevalência. Cerca de 11 a 20 % da

população é afetada com mais de 20 anos e isso representa um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico(AVE) e 40% das vítimas de infarto agudo do miocárdio apresentam a patologia associada.

Os profissionais de saúde devem fortalecer a educação e saúde, incentivar o auto-cuidado 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 conseqüências o abandono ou irregularidades durante o seu seguimento (MANTOVANI *et al.*, 2008).

Segundo (TRINDADE, 2007) a prevalência aumenta com a idade, é maior entre negros e acomete mais pessoas de segmentos sociais mais pobres. Ainda ressalta que a pressão arterial normal é aquela capaz de garantir perfusão tecidual de todos os órgãos em diferentes situações, tais com estresse, exercícios ou mudanças de posição.

A partir da educação do paciente para o auto-cuidado, espera-se a redução de seqüelas, o fortalecimento dos recursos do paciente em saúde, bem como, maior adesão do mesmo ao tratamento. Além do alcance nas metas dos níveis tensionais adequados (BOUNDY *et al.*, 2004).

Diante desta problemática e considerando um problema de saúde pública e que vem sendo alvo de estudos em nosso meio, a participação da equipe de saúde pública é fundamental em sua atuação junto a esta clientela, sente-se a necessidade de conhecer esta situação. . Desta forma, é importante avaliar e elaborar um plano de intervenção com objetivo principal incentivar as mudanças dos hábitos e estilos de vida em busca de condições mais saudáveis de vida. Essas medidas, em conjunto, contribuirão para a melhoria da qualidade de vida.

1.1 Histórico de Criação do Município

A história de Coronel Fabriciano, município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, inicia-se no final do século XVI. Expedições seguiam pelos chamados *Sertões do Rio Doce* à procura de metais preciosos, no entanto o povoamento da região foi proibido no começo do século XVII, a fim de evitar contrabando do ouro extraído na região de Diamantina(CORONEL FABRICIANO ,2014).

O povoamento foi liberado em 1755 e no decorrer do século XIX, o fluxo de tropeiros levou à formação do povoado de Santo Antônio de Piracicaba na região do atual Melo Viana e à posterior criação do distrito em 1923. Na mesma ocasião, a localidade passa a ser atendida pela EFVM e é construída a Estação do Calado, ao redor da qual se estabeleceu o núcleo urbano que corresponde ao Centro de Fabriciano. Em 1936, tem-se a instalação da Companhia Siderúrgica Belgo-Mineira (atual ArcelorMittal Aços Longos), que esteve presente até a década de 60, fortalecendo a formação de um núcleo urbano que culminou na emancipação de Coronel Fabriciano em 27 de dezembro de 1948(CORONEL FABRICIANO ,2014).

Nas décadas de 40 e 50, respectivamente, Coronel Fabriciano passou a sediar os complexos industriais da Aperam South America (antiga Acesita) e Usiminas, que foram essenciais para o desenvolvimento da cidade. Mas, com a emancipação política de Ipatinga e Timóteo, ocorrida em 1964, as empresas passaram a pertencer a estes municípios, respectivamente. O crescimento populacional associado à presença das indústrias exigiu o surgimento de bairros e conjuntos habitacionais, forçando ao mesmo tempo a construção de estabelecimentos de saúde, investimentos em lazer e escolas, acentuadamente na segunda metade do século XX. A manutenção da atividade siderúrgica contribuiu para a formação da Região Metropolitana do Vale do Aço, que corresponde ao segundo maior pólo urbano-industrial do estado, apesar do comércio e da prestação de serviço terem se transformado nas principais fontes econômicas em Fabriciano(CORONEL FABRICIANO ,2014)

1.2 Aspectos geográficos e socioeconômicos:

- Área total do município: 221,252 km²
- Concentração habitacional: 491,94 hab./km²
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,755

A pecuária e a agricultura representam o setor menos relevante na economia de Coronel Fabriciano. Em 2012, 2 535 mil reais eram do valor adicionado bruto da agropecuária, enquanto que em 2010, 1,99% da população economicamente ativa do município estava ocupada no setor. Segundo o IBGE, em 2013 o município possuía um rebanho de 1 296 bovinos, 285 suínos, 118 equinos, 42 caprinos e 3 612 galinhas, galos, frangos e pintinhos. Naquele ano, foram produzidos 391 mil litros de leite de 309 vacas, 5 mil dúzias de ovos de galinha, 55 829 quilos de mel-de-abelha e 30 mil quilos de tilápia. Na lavoura temporária, eram cultivados cana-de-açúcar (45 hectares cultivados e 2 160 toneladas produzidas), mandioca (cinco hectares e 55 toneladas), melancia (dois hectares e 40 toneladas), milho (oito hectares e 26 toneladas) e feijão (50 hectares e 13 toneladas), e na permanente destacou-se o cultivo da banana (seis hectares e 72 toneladas).

Fonte: CORONEL FABRICIANO (2014)

1.3 Setor Industrial

A indústria é o segundo setor mais relevante para a economia fabricianense. 156 083 mil reais do PIB municipal são do valor adicionado bruto do setor secundário e grande parte deste valor é originado no Distrito Industrial. É administrado pela Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais (Codemig), sendo composto por cerca de 40 empresas de diferentes ramos em uma área de 182 970 m², empregando diretamente cerca de 850 pessoas. No anel viário da BR-381, na divisa com Antônio Dias, foi criado em 2011 o Distrito Industrial II, o chamado Parque Industrial Vale do Aço, composto inicialmente por 220 lotes com extensão de 2 mil m² (CORONEL FABRICIANO, 2014).

1.4 Produto Interno Bruto (PIB)

No Produto Interno Bruto (PIB) de Coronel Fabriciano, destaca-se a área de prestação de serviços. De acordo com dados do IBGE, relativos a 2012, o PIB do município era de R\$ 1 040 101 mil. Desse total, 91 255 mil eram de impostos sobre produtos líquidos de subsídios. O PIB *per capita* era de R\$ 9 940,09 mil e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de renda, em 2010, era de 0,715. Em 2010, 63,86% da população maior de 18 anos era economicamente ativa, enquanto que a taxa de desocupação era de 9,98%. Salários juntamente com outras remunerações somavam 234 083 mil reais e o salário médio mensal de todo município era de 2,0 salários mínimos(CORONEL FABRICIANO, 2014).

1.5 Aspectos Demográficos

Em 2010, a população do município foi contada pelo IBGE em 103 694 habitantes. Segundo o censo daquele ano, 50 035 habitantes eram homens e 53 659 habitantes eram mulheres. Ainda segundo o mesmo censo, 102 395 habitantes viviam na zona urbana e 1 299 na zona rural. Já segundo estatísticas divulgadas em 2014, a população municipal era de 108 843 habitantes, sendo o 27º mais populoso do estado. Da população total em 2010, 24 078 habitantes (23,22%) tinham menos de 15 anos de idade, 71 949 habitantes (69,39%) tinham de 15 a 64 anos e 7 667 pessoas (7,39%) possuíam mais de 65 anos, sendo que a esperança de vida ao nascer era de 76,9 anos e a taxa de fecundidade total por mulher era de 1,9.

Tabela 1 População-Perfil demográfico da população estimada de 2012, por gêneros e faixas etárias, município Coronel Fabriciano, MG

Faixa Etária	Homem	Mulher	Total
00-04	3.440	3.458	6.898
05-09	3.761	3.750	7.511
10-14	4.519	4.330	8.849
15-19	4.423	4.379	8.802
20-29	9.303	9.418	18.721
30-39	7.751	8.366	16.117

40-49	6.657	7.655	14.312
50-59	5.329	5.917	11.246
60-69	2.719	3.395	6.114
70-79	1.545	2.053	3.598
80+	598	938	1.536
Total	50.045	53.659	103.704

Fonte: DATASUS/IBGE

1.6 Sistema Local de Saúde

No município Coronel Fabriciano, 95,3% da população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Coronel Fabriciano possuía, em 2009, 49 estabelecimentos de saúde, sendo 30 deles privados, 18 municipais e um estadual entre hospitais, pronto-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos. Neles a cidade possuía 180 leitos para internação. Em 2013, 98,2% das crianças menores de 1 ano de idade estavam com a carteira de vacinação em dia. Em 2012, foram registrados 1 469 nascidos vivos, sendo que o índice de mortalidade infantil neste ano foi de 15 óbitos de crianças menores de cinco anos de idade a cada mil nascidos vivos. Em 2010, 3,29% das mulheres de 10 a 17 anos tiveram filhos, sendo 0,16% delas entre 10 e 14 anos e a taxa de atividade nesta faixa etária de 4,24%.

Em 2013, 80,8% das crianças do município foram pesadas pelo Programa Saúde da Família, sendo que 0,3% delas estavam desnutridas. Em 2010, o IDH da longevidade em Fabriciano era de 0,715. O Hospital São Camilo, principal hospital da cidade com atendimento público, está localizado no bairro Santa Helena e foi inaugurado em 1936, sendo fechado em 15 de julho de 2011 por problemas financeiros e burocráticos e reinaugurado em 30 de agosto de 2012, após passar por reformas e reestruturação interna. O Hospital Unimed Vale do Aço, antigo Hospital Nossa Senhora do Carmo, é o outro hospital de Coronel Fabriciano e se situa no Centro. O Unimed não atende pelo SUS, servindo apenas à população que conte com planos de saúde conveniados ou aos que paguem pelo atendimento particular.

E está em construção em Fabriciano o Hospital Metropolitano Unimed, que realizará atendimentos de alta complexidade

O município conta com um 9 PSF e um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Cada equipe de PSF é composto por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que variam em número conforme a unidade. Destas equipes, 6 apresentam também equipes de saúde bucal inseridos na estratégia saúde da família.

Em relação ao sistema de referência e contra referência, a Rede de Atenção à Saúde Bucal está sendo estruturada, para encaminhamento à atenção secundária e terciária. Alguns procedimentos de média complexidade, como pequenas cirurgias, extrações de siso, diagnóstico de lesões e realização de biópsias são encaminhadas para a Policlínica.

O vínculo empregatício dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do município ocorre por meio de contrato de trabalho, cuja renovação ocorre a cada 06 meses, sendo a carga horária de 40 h semanais. O quadro de profissionais da APS conta atualmente com 25 médicos, 6 dentistas, 32 enfermeiros, 6 técnicos de saúde bucal, 43 técnicos de enfermagem e 73 ACS.

1.7 Território sob responsabilidade do PSF Santa Cruz

A unidade de saúde, PSF Santa Cruz, A USF está situada no centro do bairro Santa Cruz de Coronel Fabriciano/MG. O prédio próprio inaugurado a cerca de 4 anos tem área adequada e um bom espaço físico. Existe sala para reuniões, recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, pré-consulta, almoxarifado, farmácia, sala de repouso com três camas, sala dos agentes de saúde, DML, sala de expurgo e de esterilização. Além da estrutura física, também está muito bem equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe.

O bairro Santa Cruz possui atualmente, 1.800 famílias, com cobertura de 100% pelas 05 equipes do Programa Saúde da Família, 05 Equipes de Saúde Bucal, um hospital que dispõe de 32 leitos e uma sala de parto (RIBEIRO, 2006).

O horário de trabalho é de 07:00 às 19:00.

Tem cinco equipes de saúde vermelha, azul, laranja, amarelo, verde. O território sob responsabilidade do PSF Equipe Vermelha, conta com 3 micro áreas com as seguintes composições:

Tabela 2: Território do Equipe Vermelha, Santa Cruz, Coronel Fabriciano MG, segundo número de famílias e habitantes por micro áreas.

Micro área	Famílias	Habitantes
Silvio Pereira II	745	2954
São Vicente	267	861
Correo dos Camilos	127	595
Total	1139	4410

Tabela 3: Caracterização da população do Equipe vermelha, Santa Cruz município Coronel Fabriciano, MG, segundo idade e gênero.

Faixa etária (anos)	Homens	Mulheres	Total
Menor 1 ano	18	26	44
1 a 4	107	128	235
5 a 6	96	76	172
7 a 9	115	161	276
10 a 14	108	124	232
15 a 19	154	185	339
20 a 39	996	1.196	2.188
40 a 49	145	295	440
50 a 59	112	116	228

Maior de 60	117	139	256
Total	1.968	2.442	4410

1.8 Recursos da Comunidade

A comunidade adscrita conta com os seguintes recursos para a população: 3 escolas, uma creche, 7 igrejas. Não há clinicas privadas perto da comunidade e o serviço de laboratório municipal atende com dias definidos para a coleta de sangue. Existem 5 farmácias,além disso conta com serviço de luz elétrica, água potável, telefonia, serviço de correios.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta incidência de hipertensão arterial na comunidade, pelo grande número de pacientes com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências(NOBRE *et al*, 2010)..

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar plano de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial no Equipe Vermelha ,Santa Cruz Municipio Coronel Fabriciano..

3. 2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar revisão de literatura sobre o tema.
- Contribuir para a redução da HAS na população Equipe vermelha.

4 METODOLOGIA

Fez-se pesquisa bibliográfica com vistas á fundamentação teórica deste estudo e do Plano de intervenção aqui proposto. Os artigos identificados foram pesquisados em bases indexadas no PubMed, e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)),na base do Scientific Electronic Library Online(SciELO), Foram também levantados materiais em outros compêndios de literatura clássica.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir dos descritores

- Atenção Primaria á Saúde
- Hipertensão.
- Educação em Saúde

Ressalta-se que os artigos utilizados neste estudo tomaram por base os objetivos do trabalho e foram devidamente referenciados durante as citações e referências utilizadas para a construção deste texto

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial, conforme III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (CONSENSO, 1998) é uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofia cardíaca e vascular).

Dentre os fatores de risco predisponentes ao surgimento da hipertensão arterial encontram-se a idade, sexo, obesidade, hereditariedade e raça, além do stress, da ingestão de sal e calórica em excesso e de hábitos como alcoolismo e tabagismo. Com o conseqüente processo de envelhecimento a idade é um fator de risco para a hipertensão arterial. Há estudos que comprovam a relação entre o aumento dos níveis pressóricos e o aumento da idade. O fato está relacionado às alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos com o acúmulo dos anos (OLIVEIRA, 2013).

Quanto ao sexo a hipertensão é mais presente nos indivíduos do sexo masculino. À medida que a faixa etária avança, a doença se manifesta em maior escala e com maior gravidade nas mulheres, principalmente após a menopausa. Os índices de morbimortalidade cardiovasculares são menores em mulheres que em homens (GUEDES *et al.*, 2011).

Quanto à obesidade a hipertensão arterial é mais comum em pessoas obesas. Segundo Roese *et al.* (2011) o peso está diretamente relacionado com o nível de pressão arterial, uma vez que nos casos de obesidade há prevalência elevada desses índices. A redução de peso, por conseguinte, incide na diminuição dos níveis de tensão arterial, sendo mais comum o aumento do risco de desenvolver doença cardíaca isquêmica.

O sobrepeso e a obesidade constituem, atualmente, o desvio nutricional que mais aumenta no mundo, assumindo proporções de uma pandemia. Está associado aos novos estilos de vida: hábitos alimentares e sedentarismo dos tempos

modernos. Conforme o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (CONSENSO, 2005), a Hipertensão Arterial é mais presente na raça negra e segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é neste grupo onde se encontra a sua maior gravidade. Um dos aspectos mais influentes na elevação dos níveis pressóricos é o consumo excessivo de sal o que torna um fator preocupante pelo crescente uso de enlatados e defumados, sanduíches em fast- foods como alimentação rápida no dia a dia das pessoas.

Para Xavier *et al.* (2008) a moderação do consumo de sódio diminui o nível pressórico pela redução do volume de líquidos do corpo e do cálcio presente nas células.

Segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (CONSENSO,2005), acrescenta que o benefício da menor ingestão de sal reduz a mortalidade, por acidente vascular encefálico e regride a hipertrofia ventricular esquerda, podendo, ainda, reduzir a excreção de cálcio pela urina, contribuindo para prevenir a osteoporose em idosos.

Brunner e Suddarth (2006) relatam que o consumo de álcool tem um fator de risco importante na Hipertensão Arterial, pois reduz os efeitos dos medicamentos antihipertensivos.

O tabagismo também é um fator que influencia na elevação dos níveis pressóricos. Conforme o III Consenso Brasileiro de Hipertensão arterial (CONSENSO,2005) o tabagismo altera a frequência cardíaca e contribue para a arteriosclerose, doenças cardiovasculares e morte súbita além do acidente vascular cerebral.

Quanto ao stress, entendido como uma reação do organismo aos constantes níveis de tensões geradas no dia a dia contribue para a elevação dos níveis de pressão arterial (AMER, MARCON e SANTANA, 2010). Situação financeira precária, pouco dinheiro e falta de lazer pode levar ao stress.

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, assim como as ações terapêuticas se fazem necessárias as ações preventivas no controle da hipertensão arterial. Acompanhamento médico e de Enfermagem adequado, dieta, exercícios físicos e medicação se necessário. As intervenções preventivas podem ser dirigidas a indivíduos ou grupos nas comunidades. As estratégias clínicas e comunitárias, quando bem planejadas e implementadas, podem trazer benefícios à sociedade como um todo (BRASIL, 2006).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência do PSF Santa Cruz

Foi realizado o diagnóstico da situação de saúde na área de abrangência o PSF Santa Cruz para identificar,descrever e explicar os principais problemas de saúde .Foi preciso trabalhar e entender sistemas de informação,base de dados e construção de indicadores. Diante do pouco tempo e recursos para coletar informações necessárias para a elaboração do plano de ação ,foi eleita a estimativa rápida como método de avaliação dos aspetos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde da comunidade .Os dados levantados pela estimativa rápida foram coletados de três fontes principais:registro escrito existentes em fontes secundárias ,entrevista com informantes chave e observação ativa da área de abrangência.

6.1.1 Identificação dos problemas.

A partir do diagnóstico situacional foram identificados alguns problemas críticos,tornando necessária a seleção daquele que seria alvo de intervenção imediata .Foram usados como critérios de seleção:relevância do problema,urgência da intervenção e capacidade de enfrentamento pela ESF

- 1-Alto número de pacientes hipertensos.
- 2- Demanda Espontânea por Atendimento médico excessiva
- 3- Alto número de grávidas adolescentes
- 4-. Violencia
- 5- Ausenciaa de Conselho de Saúde Local atuante

6.1.2 Priorização dos Problemas

O problema eleito como de maior prioridade foi o alto número de pacientes hipertensos. A abordagem dos portadores de HAS pelo médico e enfermeiro da equipe ocorria apenas quando esses usuários procuravam a USB espontaneamente, muitas vezes exibindo sinais e sintomas de doenças cardiovasculares ou para

renovação de receita da medição prescrita. Era comum a prática de renovação de receitas sem avaliação do paciente por incapacidade do serviço de acolher a demanda de hipertensos.

Quadro 1. Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF Santa Cruz, Coronel Fabriciano, MG, 2014:

Santa Cruz - Equipe PSF Vermelha				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto número de pacientes hipertensos	Alta	7	Parcial	1
Demanda Espontânea por Atendimento médico excessiva	Alta	6	Parcial	2
Alto número de grávidas adolescentes	Alta	5	Parcial	3
Violencia	Alta	5	Parcial	4
Ausenciaa de Conselho de Saúde Local atuante	Alta	4	Parcial	5

6.1.3 Descrição do Problema

Quando a doença é diagnosticada o paciente deve ter alguns cuidados como: hábitos de vida saudável, praticar atividade física regularmente, evitar tabagismo, diminuir o consumo de sal, açúcares e farinha, evitar sobrepeso e a obesidade, combater o estresse e assistir a consulta regularmente.

A pressão arterial é considerada normal quando a pressão sistólica (máxima) não ultrapassa 130 mmhg e a diastólica (mínima) é inferior a 85 mmhg.

Na maioria das vezes, a pressão alta tem uma herança genética, mas também pode ser desencadeada por hábitos de vida pouco saudáveis como: obesidade, ingestão excessiva de sal ou de bebidas alcoólicas e inatividade física.

É uma doença crônica que não tem cura, mais pode e deve ser controlado 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 o 90% de pacientes com HAS tem hipertensão essencial e o 10 % restante tem hipertensão secundária.

6.1.4 Explicação do problema

Para o controle da HAS, é necessário que todos os indivíduos entendam que: a alimentação, atividade física e um estilo de vida saudável diminuem os riscos.

Fatores de risco constitucionais (idade, sexo, fatores genéticos como raça, história familiar e obesidade) e fatores ambientais (ingestão de sal, álcool, drogas, gorduras, tabagismo, estresse e sedentarismo), contribuem para o desenvolvimento da doença. A HAS por si mesma já se constitui um importante fator de risco, principalmente para doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, como por exemplo o infarto agudo do miocárdio.

Um dado muito importante que muitas vezes não é levado em consideração e é crescente, é a falta de adesão ou abandono do tratamento.

6.1.5 Identificação dos nós críticos, operações, resultados esperados e recursos necessários:

Aqui serão descritos os nós críticos, as operações, o produto e os resultados esperados e os recursos necessários para sua realização:

6.1.6 Desenho das operações

As situações relacionadas com a ausência de acompanhamento sistematizado para os hipertensos sobre o qual a ESF considerou alguma possibilidade de ação direta e que pode ter impacto importante sobre o problema escolhido foram: desconhecimento por parte ESF da população adscrita portadora de HAS, inexistência de atendimento individual programado e ausência de grupos de orientação e discussão sobre HAS. Foi elaborado o desenho de operações para resolver os críticos (CAMPOS *et al.*, 2010).

O quadro 2 permite uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas para o enfrentamento de cada nó crítico.

Quadro 2. Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da elevada incidência de hipertensos na UBS Santa Cruz, Coronel Fabriciano, MG, 2014.

Nós críticos	Operação projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Identificação da população de HAS incompleta	Cadastramento de todos os usuários hipertensos	Conhecer quem são e quantos são os usuários hipertensos	Elaboração de projeto de captação e acompanhamento dos hipertensos	Organizacional: Organização da coleta e utilização de dados Cognitivo: Elaboração de projeto de identificação e registro de hipertensos Político: Adesão dos profissionais da ESF
Atendimento programado ao hipertensos inexistentes	Implantar linha de cuidado para os hipertensos baseados no risco cardiovascular	Acompanhamento sistemático e contínuo do usuário hipertenso	Redução da incidência de complicações cardiovasculares nos hipertensos	Organizacional: Adequação de fluxos Cognitivo: Elaboração de projeto da linha de cuidado Político: Articulação entre os setores de saúde e adesão de profissionais
Não há	Encontros	Troca de saberes	População mais	Organizacional: Organização

oportunidade de atividades educativas coletivas	semanal de hipertensos ESF/NASF	entre hipertensos e membros da ESF/NASF	bem informada sobre hipertensão e risco cardiovasculares	da agenda dos profissionais da ESF Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Político: Articulação intersetorial, com parceria entre ESF/NASF
---	---------------------------------	---	--	--

6.1.7 Elaboração do Plano Operativo.

A ESF vermelha PSF Santa Cruz em reunião com todos envolvidos no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e prazos para realização de cada produto(Quadro 3)

Quadro 3. Plano operativo para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Santa Cruz, Coronel Fabriciano, MG, 2014.

Operação	Responsável	Ação estratégica	Resultados	Prazo
Cadastramento de todos os usuários hipertensos	Enfermeiro da ESF	Atendimento de enfermagem individualizado, organizado por microáreas	Mapeamento dos hipertensos da área de abrangência	Início em 1 mês e termino em 6 meses
Implantar linha de cuidado para hipertensos baseados no risco	Médico da ESF	Estratificação do risco cardiovascular e implantação de protocolo de acompanhamento	Redução da incidência de complicações cardiovasculares	Início imediato e termino em 6 meses

cardiovascular				
Organização de atividades educativas em grupos	Médico da ESF	Oferta de grupos de discussão sobre HAS semanais	Troca de saberes entre hipertensos e profissionais de saúde	Início em 1 mês e término em 6 meses

Os membros da equipe concordaram em estarem atentos aos usuários portadores de HAS e encaminhá-los ao atendimento do enfermeiro .A agenda do enfermeiro da ESF foi organizada de modo a reservar duas tardes por semana para o atendimento de enfermagem individual programado dos usuários residentes na área adscrita .

Além do cadastramento ou recadastramento desses pacientes ,ocorre uma triagem que define a prioridade do atendimento médico programado subsequente .O atendimento de enfermagem foi organizado de modo a contemplar todos os hipertensos de uma única microárea por mês.

A agenda do médico da ESF foi organizada para atender,uma tarde por semana,aos hipertensos agendados pela enfermagem em todas as oportunidades de acolhimento desses usuários .Os critérios de seleção adotados para atendimentos médicos programado é o controle de saúde inadequado .Em cunsultas agendadas ,é realizada,pelo médico da ESF ,a avaliação clínico-laboratorial e classificação de risco cardiovascular para que sejam tomadas as decisões terapêuticas e estabelecimento de metas para cada um dos hipertensos,segundo os critérios adotados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hábitos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e alcoolismo; alta pressão social provocada pelo desemprego, baixos salários e violência; pouca informação sobre riscos e agravos à saúde e direitos sociais se relacionam com aumento de casos de hipertensos. A HAS pode provocar complicações cardiovasculares que podem levar à invalidez, aposentadoria precoce, desemprego e morte.

As políticas de saúde públicas, nas quais ainda impera o modelo assistencialista centrado na doença, interferem negativamente nas estruturas dos serviços de saúde e no processo de trabalho. O aperfeiçoamento do processo de trabalho pode melhorar o acompanhamento de riscos e agravos à saúde do hipertensos e autonomia desses pacientes com riscos cardiovascular aumentado por meio de uma atenção integral.

A concentração de esforços dos profissionais de saúde, gestores e sociedade científicas são fundamentais para atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS. Para tanto, deve-se lançar mão de protocolos, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, referência e, contra-referência e capacitação de pessoal.

REFERÊNCIAS

- 1-AMER, N. M.; Marcon, S. S.; Santana, R. G. Índice de massa corporal e Hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, vol. 96, no. 1, Jan. 2011.
- 2-BRASIL. Ministério da Saúde. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial: diagnóstico e classificação.** Brasília, 2001.
- 3-BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica.** Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2006.
- 4-BOUNDY, Janice et al. **Enfermagem médico-cirúrgica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004.
- 5-BRUNNER, Lilian S.; SUDDARTH, Doris S. **Tratado de enfermagem medicocirúrgico.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 6-CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.
- 7-CORRÊA, Thiago Domingos et al. **Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento.** 2006. Disponível em: <<http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc91.pdf>>. Acesso em: 17 abr.2009.
- 8-GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & saúde coletiva*, Londrina, V. 18, n. 6, p. 1763-1772. 2013.
- 9-GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN**, Brasília, V. 64, n. 6, p. 1038-1042. 2011.
- 10-MANTOVANI, Maria de Fátima et al. **Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial.** 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=489765&indexSearch=ID>>. Acesso em: 19mar. 2009.
- 11-NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão.** Rio de Janeiro , vol.17, n.1, Jan/Mar. 2010, 57p.

12-OLIVEIRA, T. L. et. al., Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, V. 26, n. 2, p.179-184. 2013.

13-Prefeitura Municipal de Pará de Minas Estado de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde Plano Municipal de Saúde 2014-2017

14-ROESE, A. et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabete Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**. 2011; Jan/Mar; 14(1); 75-84 (p.80)

15-RUIZ, João Álvaro. **Metodologia Científica: Guia para eficiência nos estudos**. 6ªed. São Paulo: editora Atlas. 2008.

16-SAUDE & LAZER. **Hipertensão aumenta entre jovens**. 2008.

17-SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras. Cardiol, 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.

18-TRINDADE, Dannielle et al. **Estudo da ocorrência de acidente vascular cerebral em hipertensos cadastrados no PSF Carapina II do município de Governador Valadares**. 2007. 46 f. TCC (Graduação em Enfermagem) – Área de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009.

19-VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e Pesquisa interdisciplinar: Epistemologia e metodologia operativa**. 2ª ed. Petrópolis: editora Vozes. 2004.

20. XAVIER, A. J. et al. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 13 n.5, Set./Out. 2008.

20.ZENI, Ana. **A perigosa relação entre hipertensão e mal de Alzheimer**. 2008.