

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

LÁZARA SONIA SALAZAR VALLS

**ALTA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO
MUNICÍPIO DE SANTO HIPÓLITO EM MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte- MG
2017**

LÁZARA SONIA SALAZAR VALLS

**ALTA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO
MUNICÍPIO DE SANTO HIPÓLITO EM MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof^a Aline Cristina Souza da Silva

**Belo Horizonte- MG
2017**

LÁZARA SONIA SALAZAR VALLS

**ALTA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO
MUNICÍPIO DE SANTO HIPÓLITO EM MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Prof^a. Aline Cristina Souza da Silva-orientadora

Prof^a. Fernanda Magalhães Duarte da Rocha -examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2017.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da população segundo a faixa etária e o sexo na área de abrangência Comunidade Senhora da Glória em 2016.....	11
Tabela 2. Percentual da população analfabeta maiores de 15 anos na área de abrangência da ESF em 2016.....	11
Tabela 3. Classificação da Hipertensão Arterial em maiores de 18 anos.....	18
Tabela 4. Os principais problemas encontrados na Comunidade Senhora da Glória.	20
Tabela 5. Priorização dos problemas encontrados na Comunidade Senhora da Glória.....	21
Tabela 6. Descritores da Hipertensão Arterial na população de Senhora da Gloria em 2016.....	21
Tabela 7. Desenho das operações para os nós críticos.....	23

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível de origem multifatorial, considerada no Brasil como um problema de saúde pública. Ela é definida como a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmhg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90mmhg. A doença associa-se a várias complicações como: acidente vascular encefálico, doença arterial periférica, doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio e doença arterial coronariana. Após o diagnóstico, faz-se necessário à mudança no estilo de vida do indivíduo, bem como o tratamento medicamentoso. Diante dessa problemática, decidiu-se realizar um estudo na população da Equipe de Saúde da Família Senhora da Glória, que pertence ao Município Santo Hipólito, localizado no Estado de Minas Gerais. Para esse estudo, baseou-se nas características sócio demográficas da população, seu modo e estilo de vida, assim como outras doenças associadas à Hipertensão Arterial que foram fundamentais. O presente trabalho foi realizado através de três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração de um plano de intervenção. A revisão da literatura foi feita a partir de uma pesquisa online. Após a revisão da literatura, elaborou-se um plano de intervenção baseado nas observações do principal problema encontrado no posto de saúde, identificado por um aumento de pacientes hipertensos. Dessa forma, associou-se a presença da doença com um de seus principais fatores de risco. Portanto o objetivo desse estudo foi buscar alternativas para atuar nessa problemática.

Palavras-chave: Hipertensão. Educação em Saúde. Estilo de Vida. Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic disease non-communicable of multifactorial origin considered in Brazil as a public health problem. It is defined as systolic blood pressure ≥ 140 mmHg and a diastolic pressure greater than or equal to 90mmHg. Disease is associated with several complications such as stroke, peripheral arterial disease, chronic renal disease, acute myocardial infarction and coronary artery disease. After the diagnosis is necessary to change the individual's lifestyle and drug treatment. Faced with this problem, it was decided to conduct a study on the population of the Health Team Gloria Lady family, which belongs to the municipality Saint Hippolyte, located in Minas Gerais. It is based on the demographic characteristics of the members population, their way and lifestyle, as well as other diseases associated with hypertension that were fundamental for study. This work was carried out through three steps: situation analysis, literature review and preparation of an action plan. The literature review was made from an online search. After reviewing the literature, it was drawn up an action plan based on the observations of the main problem in the health post, identified by an increase in hypertensive patients. In this way, the presence of the disease was associated with one of its main risk factors. Therefore, the objective of this study was to find alternatives to act on this problem.

Keywords: Hypertension. Health education. Lifestyle. Health Unic System.

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO	8
1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	8
1.2 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO SANTO HIPÓLITO.....	10
1.3 A COMUNIDADE SENHORA DA GLÓRIA.....	10
1.4 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	12
2.0 JUSTIFICATIVA	13
3.0 OBJETIVOS.....	15
4.0 METODOLOGIA.....	16
5.0 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
6.0 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	21
7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

1.0 INTRODUÇÃO

1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica é um importante problema de saúde pública mundial. No Brasil quase 30 milhões de pessoas são hipertensos, sendo que a doença é responsável por mais de 9,4 milhões de óbitos no mundo (BRASIL, 2006; LABOISSIÉRE, 2014). É considerada uma doença crônica que compreende aspectos genéticos, ambientais, vasculares, hormonais, renais e neurais, determinada por elevados níveis de pressóricos nas artérias, o que faz com que o coração exerça maior esforço do que o necessário para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica) (PEREIRA *et al.*, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A doença é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do Acidente Vascular Cerebral (AVC), fenômenos tromboembólicos, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Aneurisma Cerebral (AC), Doença Arterial Periférica (DAP) e Insuficiência Renal Crônica (IRC) (NOBRE *et al.*, 2013).

Nas últimas décadas as doenças cardiovasculares, foram a principal causa de mortalidade no mundo, sendo que no Brasil em 2007, 308.466 dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares e em 2011 o número subiu para 384.615. Por isso, a detecção precoce, bem como o tratamento são fundamentais para a redução das doenças cardiovasculares. No entanto, a HAS é na grande maioria das vezes assintomática e quando os sinais ocorrem, geralmente são vagos e comuns a outras doenças (MANSUR *et al.*, 2010; NOBRE *et al.*, 2013).

Segundo a sua fisiopatologia, a doença, é classificada em dois tipos, a Hipertensão Arterial Primária (essencial ou idiopática) que significa que a elevada pressão sanguínea não tem causa médica identificável, correspondendo a 90 a 95% dos casos. Neste tipo de hipertensão, existe uma tendência familiar acentuada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). E o outro tipo é a Hipertensão Arterial Secundária, que é provocada por outros transtornos nos rins, as artérias, o sistema endócrino e que acabam afetando a pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O seu diagnóstico usualmente acontece depois de um rastreio ou durante uma consulta médica por outros problemas. Uma parte significativa de hipertensos revela sofrer de dores de cabeça, principalmente na região na parte posterior da cabeça e no período matutino, bem como pode aparecer, vertigens, zumbidos, distúrbios na visão ou mesmo episódios de desmaio (LEWINGTON *et al.*, 2002; KEARNEY *et al.*, 2005).

O tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução das doenças cardiovasculares e das complicações que a mesma pode causar. Dessa forma, o tratamento da doença abrange duas abordagens terapêuticas: o tratamento não farmacológico, que consiste em modificações do estilo de vida (alimentação saudável, redução do peso, realização de atividades físicas) e o tratamento farmacológico, baseado no uso de anti-hipertensivos, como os diuréticos e os beta bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio ou uma combinação de fármacos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, NOBRE *et al.*, 2013).

Esses fármacos associados a modificações no estilo de vida, não só reduzem a pressão arterial, como também contribui com a diminuição da incidência de eventos adversos relacionados com as enfermidades cerebrovasculares (NOBRE *et al.*, 2013).

Os hábitos modificáveis tem vital importância na regulação e compensação da hipertensão arterial, sendo que dentre esses destacam: ter uma alimentação equilibrada com frutas e vegetais e evitando gordura, conservantes e sódio; o controle do peso corporal e a prática de exercício físico. Além disso, deve-se evitar o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo (CUNDIFF *et al.*, 2012).

Diante de um número considerado de hipertensos observados no município de Santo Hipólito, faz-se necessário um plano de intervenção para identificar os fatores de risco, bem como traçar estratégias para tentar solucionar o número de hipertensos.

1.2 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO SANTO HIPÓLITO

Santo Hipólito tem como origem a fazenda de nome Santo Hipólito, com uma capela. Está situado a noroeste do Estado de Minas Gerais, a 241 km de Belo Horizonte, pertencente á microrregião Curvelo, que tem 11 municípios, sendo Santo Hipólito fazendo parte dentre esses municípios (IBGE, 2016).

Tem uma população de aproximadamente 3.231 habitantes, com uma área total de 430,7 km e uma densidade de 8,22 hab./km². Por ser uma cidade rural, a pobreza neste município alcança a metade da população (IBGE, 2016).

Na área da saúde, a cidade conta com 2 unidades de atendimento, onde são realizadas as consultas de média complexidade e cobre toda a comunidade, no entanto conta com um sistema de saúde em rede, voltada aos problemas de saúde mais complexos, que precisem de atendimento de emergência (IBGE, 2016).

O município, assim como qualquer outro, enfrentam alguns problemas que estão listados abaixo:

- Falta de compromisso do Estado com o repasse das verbas em tempo hábil para a realização de prevenção e promoção de saúde.
- Quantidade insuficiente de medicamentos fornecido pelo Estado para a população diabética e/ou hipertensa.
- A demanda da população é maior que a oferta de Atenção Especializada

1.3 A COMUNIDADE SENHORA DA GLÓRIA

A comunidade Senhora da Glória é um Distrito do município Santo Hipólito, sendo que existem aproximadamente 1079 habitantes, tendo uma predominância do sexo feminino e na faixa etária dos 30 aos 39 anos (Tabela 1). Devido à localização na zona rural, a população vive basicamente da agricultura e pecuária. A estrutura de saneamento básico na comunidade é fossa séptica, o lixo é coletado na comunidade uma vez por semana pela prefeitura e as moradias são de alvenaria. (IBGE, 2016).

A taxa de analfabetismo é baixa (11%), sendo que a comunidade dispõe de uma escola municipal, estadual e uma creche (Tabela 2). Na comunidade a equipe

de Estratégia Saúde da Família (ESF) é que garante o atendimento a população (IBGE, 2016).

Tabela 1. Distribuição da população segundo a faixa etária e o sexo na área de abrangência Comunidade Senhora da Glória em 2016.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ANO	1	7	8
1-4 ANOS	16	16	32
5-14 ANOS	78	91	169
15-19 ANOS	71	56	127
20-29 ANOS	62	60	122
30-39 ANOS	75	89	164
40-49 ANOS	55	80	135
50-59 ANOS	60	62	122
60-69 ANOS	36	51	87
70-79 ANOS	40	35	75
80 ANOS E MAIS	16	22	38
TOTAL	510	569	1079

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2016.

Tabela 2. Percentual da população analfabeta maiores de 15 anos na área de abrangência da ESF em 2016.

Microárea	Percentual de analfabetos
1	1.2%
2	1.1 %
3	2.2 %
4	3.6 %
5	2.9 %
6	0,3%
TOTAL	11.0 %

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

1.4 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A Unidade Básica de Saúde (UBS) possui boas condições construtivas, no entanto torna-se pequena para atender todas as especialidades médicas. Não existe sala de reuniões e não há serviços de laboratório clínico, dessa forma, os pacientes precisam deslocar até o município de Santo Hipólito pra realizar seus exames de rotina e isso traz insatisfação e desconforto a população.

Fazendo parte da UBS, existe a Equipe Saúde da Família (ESF), sendo essa formada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um Assistente de Saúde Bucal(ASB) e um dentista.

Na UBS, são realizados consultas de segunda a quarta-feira, das 7:00 as 11:00 horas, que são previamente agendadas pelos ACS. Nas segundas-feiras de 13:00 as 16:00 horas, são realizadas visitas domiciliares a pacientes acamados com a presença da enfermeira da unidade. Nas terças-feiras de 13:00 as 16:00 horas são realizadas as consultas de Puericultura, já as quartas-feiras de 13:00 as 16:00 horas, realiza-se as consultas exclusivamente com pacientes diabéticos e hipertensos com intuito de acompanhá-los e orientá-los.

As quintas-feiras a equipe de saúde vai para as zonas de Valho Fundo, Santa Cruz, Lameirão da Serra, Lameirão Paraúna, Caquende, com atendimento domiciliar, atuando na promoção e prevenção da saúde dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, gestantes, os recém-nascidos e os menores de um ano.

2.0 JUSTIFICATIVA

Um dos principais problemas de saúde na população são as doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica, que merece destaque, por sua alta frequência na população atual (KEARNEY *et al.*, 2005).

Apesar de apresentar alta prevalência, ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem serem portadores desta doença. Dos pacientes que sabem do diagnóstico, cerca de 40% ainda não estavam em tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Dentre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HAS estão: ingestão excessiva de sal e álcool, idade, indivíduos da raça negra; obesidade, sedentarismo e tabagismo (BRASIL, 2011).

A prevalência da HAS aumenta com a idade, cerca de 60 a 70% da população acima de 70 anos é hipertensa. Em mulheres, a prevalência da doença apresenta um aumento significativo após os 50 anos, sendo esta mudança relacionada de forma direta com a menopausa (LESSA, 2010).

Com relação à raça, além de ser mais comum em indivíduos afrodescendentes (especialmente em mulheres), a HAS é mais grave e apresenta maior taxa de mortalidade. A má adesão ao tratamento (incluindo a maior dificuldade de acesso ao atendimento médico) adiciona maior risco à raça negra (BRASIL, 2013).

Esta doença atua também como fator de risco para o surgimento de outras enfermidades como Cardiopatia Coronária, Doenças Cerebrovasculares e Renais, aumentando deste modo a morbimortalidade da população em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o hipertenso tem 7,5 vezes risco de sofrer um Acidente Vascular Encefálico, 6,0 vezes de sofrer uma Insuficiência Cardíaca e 2,5 vezes de ter uma Cardiopatia Isquêmica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Equipe de Saúde de Senhora da Glória, fez um levantamento e observou-se que um dos principais problemas na Unidade de Saúde foi à alta prevalência de hipertensos na comunidade.

Portanto, faz-se necessário um projeto de intervenção que vise conscientizar a população em relação aos riscos que a HAS pode causar e dessa forma contribuir para uma melhor condição devida, reduzindo assim, a morbimortalidade relacionada principalmente às doenças cardiovasculares.

3.0 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir a alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Equipe da Saúde da Família de Senhora da Glória em Santo Hipólito em Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

Demonstrar que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das enfermidades crônicas mais frequentes na Equipe de Saúde Família Senhora da Glória no município de Santo Hipólito;

Demonstrar que um estilo de vida não saudável, principalmente envolvendo uma alimentação inadequada, estão entre os principais fatores de riscos para desenvolver a Hipertensão Arterial;

Conhecer e atuar sobre os inadequados hábitos de vida da população, por meio de projetos que incluem uma vida mais saudável, incrementando o conhecimento da população sobre aspectos como a dieta, a atividade física, e outros fatores de risco que devem ser evitados, por meio de grupos educativos que reúnem os hipertensos.

4.0 METODOLOGIA

Para a elaboração do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os seguintes passos foram realizados: desenho das operações, identificação dos recursos críticos; análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que tinham como objetivo mobilizar, convencer, ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição); a elaboração do plano operativo, em que foram designados os responsáveis por cada operação e definido os prazos para a execução e o modelo de gestão do plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios, em que o principal problema identificado, foi visto como prioridade. Para a descrição do problema priorizado, a equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), bem como foi realizada pesquisa em base de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde, através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Biblioteca virtual da UFMG e publicações do Ministério da Saúde, sendo que os descritores utilizados nesse trabalho foram: Hipertensão. Educação em Saúde. Estilo de Vida. Sistema Único de Saúde

Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

5.0 REFERENCIAL TEÓRICO

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (PORTARIA Nº 2488/GM, 2011).

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica as seguintes: Definição do território de atuação e de população; programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades da população, inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais (PORTARIA Nº 2488/GM, 2011).

Também estas equipes realizam outras atividades priorizadas como desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis; realizar o acolhimento com escuta qualificada; classificação de risco; avaliação de necessidade de saúde; prover atenção integral, contínua e organizada à população adstrita; realizar atenção à saúde no domicílio, a usuários que possuam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, além disso, realizar atenção à saúde em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população; desenvolver ações Intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral (PORTARIA Nº 2488/GM, 2011).

O médico que realiza as ações da saúde da família deve ter um vínculo com seus pacientes antes mesmo deles adoecerem, e quando esses sentirem algo deve ser o primeiro médico a ser consultado. Dessa forma, os médicos estão em uma posição privilegiada para fazer promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, e mesmo o tratamento de doenças que façam parte de sua capacidade clínica. Este profissional atende a pessoas de todas as idades e ambos os gêneros, de maneira continuada e integral e trabalha em equipe

interdisciplinar(SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2010).

Devido à ação continuada e em conjunto de todos os profissionais da saúde das equipes, é possível diagnosticar doenças e detectar problemas de saúde que estão incidindo na população e a partir daí pode-se tomar ações necessárias para cada caso. Dentro das enfermidades que mais afetam a comunidade encontra-se a hipertensão arterial sistêmica, motivo do desenvolvimento deste trabalho.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das doenças crônicas não transmissíveis, mas frequentes no mundo e uma das doenças mais estudadas e discutidas devido a sua frequência na população (BAKRIS *et al.*, 2003,SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A doença foi definida como uma pressão arterial de valor igual ou superior a 140 mm Hg de pressão sistólica e igual ou superior de 90 mmHg de pressão diastólica para um adulto jovem (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Hipertensão é uma doença crônica que ocasiona o maior número de consultas no sistema de saúde, com um importantíssimo impacto econômico e social (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, BRASIL, 2013).

A doença é apontada como um dos fatores de risco mais importantes para o Acidente Vascular Encefálico (AVE), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Arterial Coronariana (DAC) e Insuficiência Renal Crônica (IRC) (ROBBINS, COTRAN, KUMAR, 2005; ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO, 2006; RIBEIRO; FUCHS, 2006).

A doença raramente é acompanhada de outros sinais ou sintomas, e o seu diagnóstico usualmente acontece depois de um rastreio ou durante uma consulta médica por outros problemas. Uma parte significativa de hipertensos revela sofrer de dores de cabeça, sobretudo na occipital (parte posterior da cabeça) e durante a manhã, assim como vertigens, zumbidos, distúrbios na visão ou mesmo episódios de desmaio (LEWINGTON *et al.*, 2002; KEARNEY *et al.*, 2005).

Existem várias classificações da hipertensão arterial, introduzindo cada uma delas, pequenas diferenças nos critérios de inclusão de um determinado valor no grupo hipertensivo, sendo classificada pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (Tabela 3) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Tabela 3. Classificação da Hipertensão Arterial em maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 - 139	85 – 89
	Hipertensão	
Hipertensão estágio I	140 - 159	90 – 99
Hipertensão estágio II	160 - 179	100 – 109
Hipertensão estágio III	≥180	≥110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥140	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão.

A doença está relacionada com a presença de determinados fatores de risco, como uma dieta inadequada, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Como tratamento, existe o não farmacológico e o farmacológico. O primeiro está relacionado com mudanças no estilo de vida, que incluem alterações na dieta, controle do peso e prática de atividade física. Todas estas medidas têm demonstrado reduzir de forma significativa a pressão arterial em indivíduos hipertensos (CARRETERO e OPARIL, 2000).

Há relatos que uma dieta com pouco sal durante um período de apenas quatro semanas, oferece benefícios tanto em hipertensos como em pessoas com pressão arterial regular. Além disso, a literatura relata que uma dieta rica em frutos secos, cereais integrais, peixe, carne branca, frutas e vegetais, diminui de forma significativa a pressão arterial (FENG e GRAHAM, 2003).

No entanto, a pressão muito elevada, além das modificações no estilo de vida é necessária à associação com fármacos (GARCIA, 2000; COSTA *et al.*, 2007).

Estão disponíveis várias classes de fármacos para o tratamento da hipertensão, referidos em conjunto como anti-hipertensivos. A prescrição deve considerar sempre o risco cardiovascular do paciente e os valores de pressão

arterial medidos, de forma a obter um perfil cardiovascular (LESSA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Caso seja dado início ao tratamento com medicamentos, recomenda-se que o médico não só monitorize a resposta do paciente à medicação, como identifique os efeitos secundários que possam vir a ocorrer (SMITH, 2005).

O objetivo do tratamento deve reduzir a pressão arterial para valores iguais ou inferiores a 140/90 mmHg na maior parte dos indivíduos e inferiores nos que sofrem de diabetes ou de doenças renais, no entanto vale ressaltar que cada caso é particular (LESSA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Diante da imensa problemática da doença, uma vez que esta é silenciosa e com alto índice de morbidade e mortalidade, faz-se necessário desenvolver atividades como a realização de grupos educativos, que permitem uma maior orientação à população acerca da doença e dessa forma minimizar os danos à saúde causados por ela.

6.0 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir de uma visão geral dos problemas de saúde, foi observado pela equipe que existem um conjunto de problemas de saúde e persistem as dificuldades para abordagem dos mesmos e sua solução, dessa forma possibilita a elaboração de um plano de intervenção.

6.1 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

Como primeiro passo, foram identificados os seguintes problemas de saúde, considerados importantes, como listados na tabela abaixo:

Tabela 4. Os principais problemas encontrados na Comunidade Senhora da Glória.

<ul style="list-style-type: none"> Alta prevalência de HAS na população.
<ul style="list-style-type: none"> Presencia de fatores de risco como: Dieta inadequada, tabagismo, álcool, vida sedentária.
<ul style="list-style-type: none"> A maioria da população ingere água inapropriada pra o consumo
<ul style="list-style-type: none"> Baixo nível cultural.
<ul style="list-style-type: none"> Baixa renda da população.
<ul style="list-style-type: none"> A oferta de medicamentos por debaixo da demanda.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

6.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Uma vez identificados os problemas de saúde, eles foram priorizados segundo sua importância e capacidade de enfrentamento (Tabela 5).

Tabela 5. Priorização dos problemas encontrados na Comunidade Senhora da Glória.

Principais problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento
Alta prevalência de HAS	Alta	Parcial
Presença de fatores de risco: Dieta inadequada, tabagismo, álcool, vida sedentária	Alta	Parcial
Ingestão de água não apta pra consumir	Alta	Parcial
Pouca oferta de medicamentos	Alta	Fora
Baixo nível cultural	Alta	Fora
Baixa renda	Alta	Fora

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016

6.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A equipe decidiu tomar como principal problema a alta prevalência de HAS, pois constitui uma principal doença crônica da área de abrangência, e é base para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares como cardiopatias isquêmicas e as doenças cérebro-vasculares (Tabela 6).

Tabela 6. Descritores da Hipertensão Arterial na população de Senhora da Glória em 2016.

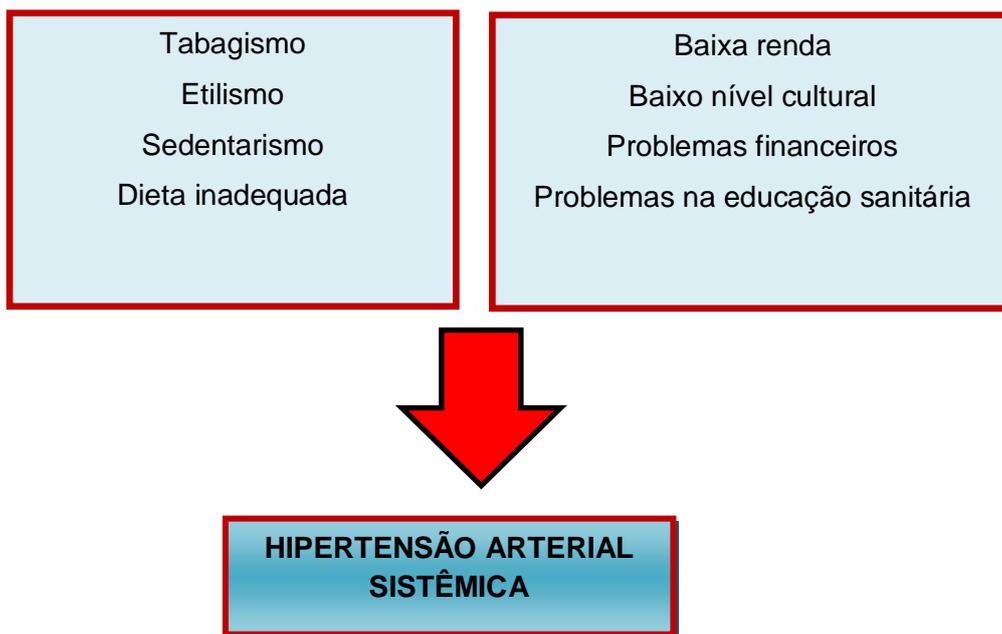
Descritores	Quantidade	Fontes
Hipertensos esperados	280	Registro de equipe
Hipertensos cadastrados	238	SIAB
Hipertensos confirmados	200	Registro de equipe
Hipertensos acompanhados	198	Registro de equipe
Hipertensos controlados	115	Registro de equipe

Dislipidemias	79	Registro de equipe
Sobrepeso	102	Registro de equipe
Tabagistas	49	Registro de equipe
Sedentários	210	Registro de equipe
Complicações cardiovasculares	26	Registro de equipe
Internações por causas cardiovasculares	12	Registro de equipe
Óbitos por causas cardiovasculares	3	Registro de equipe

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

6.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Os fatores que influenciam diretamente e traz consequências graves para o problema estudado estão relatados abaixo:



6.5 “NÓS CRÍTICOS” SELECIONADOS

Os “nós críticos” do principal problema de saúde foram:

- Máos hábitos e estilos de vida
- Problemas na informação sanitária da população
- Condições econômicas da população
- Pouca oferta de medicamentos

6.6 DESENHO PARA OPERAÇÕES DOS NÓS CRÍTICOS

Para a elaboração do plano de ação foram realizadas estratégias e soluções para o enfrentamento do problema, identificando os produtos e resultados das operações definidas, além dos recursos necessários para sua consolidação (Tabela7).

Tabela 7. Desenho das operações para os nós críticos

Desenho das Operações/ Nós críticos	No crítico 1 Maus hábitos e estilo de vida.	No crítico 2 Pouca informação sanitária da população.	No crítico 3 Más condições econômicas da população.	No crítico 4 Pouca oferta de medicamentos para a população.
Operação	Trocar os maus hábitos e estilos de vida inadequados.	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica	Aumentar a oferta de empregos, melhorar os salários dos empregos já existentes.	Melhorar a estrutura em quanto à seção medicamentos, pra elevar a oferta destes necessários pra controlar a HAS e de acordo a sua demanda.
Projeto	Vida saudável	Saber mais	Vive melhor	Cuidar melhor
Resultados esperados	Diminuir em 25 % o número de obesos, tabagistas, sedentários e pessoas que realizam pouca atividade física.	Que a população tenha conhecimento por completo da doença.	Melhorar cerca de 35% as condições de vida da população em geral.	Garantir cerca de 85% do acesso aos Medicamentos pra tratar a Hipertensão Arterial.
Produtos esperados	Uso dos meios de comunicação, rádio e televisão para analisar os principais problemas de saúde, das diferentes comunidades.	Avaliação do nível do conhecimento da população por meio de testes.	Programa de geração de emprego e renda. Aumentar o rendimento da população.	Contratação de compra de medicamentos. Estabelecer um sistema dentro do Sistema Único de Saúde que garante o abastecimento dos medicamentos mais demandados por a população, pra garantir temporalmente seu déficit, desde diferentes

				unidades de saúde.
Atores sociais/ responsabilidade	Responsabilidade Organizacional: Prefeito Municipal. Responsabilidade cognitiva: Secretaria de Saúde do Município Responsabilidade Financeira: e Política: Prefeito e Vice-prefeito Municipais	Responsabilidade Organizacional: Coordenadora da Secretaria de Saúde Responsabilidade Cognitiva: Medico e Enfermeirada Equipe Financeira: Prefeito e Econômica da Prefeitura	Responsabilidade Cognitiva: Prefeito e Vereadores Municipais Responsabilidade Financeira e Econômica: Prefeito Responsabilidade Política: Vice-prefeito	Responsabilidade Financeira: Prefeito e Secretaria de Saúde Municipais Responsabilidade Política: Vice-prefeito
Recursos necessários	Organizacional: Organizar caminhadas, programa de exercícios físicos 3 vezes em semana com u monitor, de acordo ás características de cada grupo e a idade dos pacientes. No radio e televisão organizar um espaço onde se abordem aspectos de adequada alimentação Cognitivo: Aumentar conhecimento da população Financeiro: Apoiar os espaços da TV e a radio Político: Apoio da prefeitura, secretaria de saúde e outros setores relacionados.	Organizacional: Organizar os testes Cognitivo: Aumentar conhecimento da população Financeiro: Pra a confecção e realização dos testes	Cognitivo: Aumento do conhecimento da população destas questões Financeiro e ou Econômico: Pra aumentar o salário dos diferentes empregos e melhorar o salário das já existentes Político: Apoio da prefeitura municipal para resolver estas questões	Financeiro: Pra aumentar a aquisição de os medicamentos que demanda a população. Político: Apoio da prefeitura municipal pra comprar os medicamentos
Recursos críticos	Organizacional: Mobilização de pessoas para exercícios físicos e caminhadas. Cognitivo: Pra melhorar o conhecimento da	Organizacional: Pra procurar locais adequados pra aplicar os testes Financeiro: Pra obter folhas, tinta, computadores	Financeiro e/ou econômico: Pra aumentar os salários u ofertas de trabalho. Político: Apoio político municipal pra obter o	Financeiro: Obter o recurso necessário pra comprar os medicamentos. Político: Apoio e interesse municipal local

	população Financeiro: Para aquisição de áudio visual, folhetos educativos. Político: Conseguir espaço na radio e televisão local	eimpressoras onde elaborar e imprimir os testes.	recurso financeiro pra pagar os novos serviços	para priorizar a compra dos medicamentos necessários.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla/ Motivação: - Organizacional: Prefeito Municipal\Favorável - Cognitivo: Secretaria de Saúde do Município / Favorável - Financeiro e político: Prefeito e Vice-prefeito Municipais\Favorável	Ator que controla/ Motivação: - Organizacional: Coordenadora da Secretaria de Saúde\Favorável - Financeiro: Prefeito e Econômica da Prefeitura/Favorável	Ator que controla / Motivação: - Financeiro e ou Econômico: Prefeito/Favorável - Político: Vice-prefeito/Favorável	Ator que controla / Motivação - Financeira: Prefeito e Secretaria de Saúde Municipal \Favorável - Política:Vice-prefeito/Favorável
Ação estratégica de motivação	- Organizacional: Não - Cognitivo: Não - Financeiro: Não - Político: Não	- Financeiro: Apresentar o projeto - Político: Apresentar o projeto	- Financeiro: Não - Político: Não	- Financeiro: Apresentar projeto - Político: Apresentar projeto
Responsáveis	- Organizacional: Prefeito Municipal Cognitiva: Secretaria de Saúde do Município - Financeira: e Política: Prefeito e Vice-prefeito	Organizacional: Coordenadora da Secretaria de Saúde Responsabilidade Cognitiva: Medico e Enfermeira da Equipe Financeira: Prefeito e Econômica da Prefeitura	Responsabilidade Cognitiva: Prefeito e Vereadores Municipais Responsabilidade Financeira e ou Econômica: Prefeito Responsabilidade Política: Vice-prefeito	Responsabilidade Financeira: Prefeito e Secretaria de Saúde Municipal Responsabilidade Política:Vice-prefeito
Cronograma / Prazo	Campanhas Educativas e palestras na radio e televisão local. Programas de caminhadas/ Três meses para inicio das atividades até 1 ano	Campanhas Educativas e palestras na radio e televisão local, também nos PSF / Inicio das atividades em três meses, fim: 6 meses - Avaliação sobre o nível de informação da população sobre a doença e o	- Apresentar projeto: Início das atividades em seis meses, fim: um ano.	- Apresentar projeto: Início das atividades em seis meses, fim: 1 ano.

		<p>peçoal de saúde de PSF / Avaliações a cada seis meses do peçoal e pacientes, ate 1 ano</p>		
<p>Gestão, acompanhamento e avaliação</p>	<p>Campanha educativa na radio e televisão local/ Tem não definido um reajuste de horário na radio e televisão pra este projeto ainda/ Atrasado Programas de caminhadas/ Em execução em todas as áreas</p>	<p>Campanha educativa na radio e televisão local / Tem não definido um reajuste de horário na radio e televisão pra este projeto ainda / Atrasado Avaliação sobre o nível de informação da população sobre a HAS / Em execução em todas as áreas</p>	<p>- Aumentar ofertas de trabalho na população: Tem não definidas novas ofertas de trabalho / Em discussão - Melhorar os salários dos trabalhos já existentes: Insuficientes recursos financeiros para elevar os salários / Em discussão</p>	<p>Melhorar a estrutura em quanto a seção medicamentos pra elevar os mesmos de acordo a demanda da população: A demanda segue superando a oferta dos medicamentos atrasado</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização do Diagnóstico Situacional da Equipe de Saúde da Família Senhora da Glória, no município de Santo Hipólito, foi verificado que dentro dos principais problemas de saúde da população, a Hipertensão Arterial Sistêmica ocupava o primeiro lugar. Por isso decidiu-se realizar um projeto de intervenção e avaliar cada elemento relacionado com esta problemática, como são os sociais, ambientais, culturais e econômicos.

Com este projeto de intervenção, espera-se que os profissionais da Equipe de Saúde, bem como os pacientes envolvidos e a população em geral, participem. Pois se espera que ele atue de maneira positiva, melhorando a qualidade de vida e a saúde da população, apoiando-nos nas ações de promoção e prevenção de saúde.

Espera-se diminuir em aproximadamente 25 % o número de indivíduos obesos, sedentários e tabagistas, incentivando-os a mudanças no estilo de vida, especificamente substituir a dieta atual por uma dieta mais saudável e a prática de exercício físico.

Para alcançar os resultados esperados é necessário o monitoramento. Faremos isto examinando, avaliando cada paciente, em consultas ou visitas domiciliares e dessa forma buscar novas soluções para a problemática abordada.

REFERÊNCIAS

- AHUMADA, J. *et al.* Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. *Organización Panamericana de la Salud*, Washington, [s. n.], 1965. 77 p.
- BAKRIS, G. L. *et al.* Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, *Hypertension*, v.42, n.6, p.1206–52, 2003.
- BRASIL. Especialização em Saúde da Família. Fundamentação Teórica: Hipertensão arterial sistêmica-HAS. Universidade Federal de São Paulo, 2011.
- BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Estratégias para o Cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília-DF, 2013. Disponível em: <http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/odonto/saude_coletiva/2_4_estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em: 28 de outubro de 2016.
- CARRETERO, O. A.; OPARIL S. Essential Hypertension. Part I: Definition And Etiology. *Circulation*, v. 101, n.3, p.329–35, janeiro. 2000.
- COSTA, A.N.F.; VASCONCELOS, R.G.; VASCONCELOS, M.G.; QUEIROZ, L.M.L.; BARBOZA, C.A.G. Conduta odontológica em pacientes hipertensos. *Rev Bras Saud.* v.45, n.1, p.120-124, 2007.
- CUNDIFF, D. K. *et al.* Pharmacotherapy for mild hypertension. *Cochrane Database of Systematic Review*, v.15, n.8, agosto, 2012.
- FENG J. H.; GRAHAM A. M. How far should salt intake be reduced?. *Hypertension*. V.42, n.6, p.1093-1099, dezembro. 2003.
- GARCIA, J.L. Factores Nutricionales en Hipertensión Arterial. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, v.19, n.1 p.39-44, 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314310&search=minas-gerais|monte-carmelo>>. Acesso em: 24 de janeiro de 2016.
- LEWINGTON, S. *et al.* Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*, v.360, n.9349, p.1903-1913, dezembro. 2002.
- KEARNEY, P.M. *et al.* Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, v. 365, n.9455, p.217-223, janeiro. 2005.
- PEREIRA, M. *et al.* Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertension*, v.27, n.5, p.963-75, maio. 2009.

MANSUR, A de. *Pet al.* Trends in ischemic heart disease and stroke death ratios in brazilian women and men. *Clinics*.v.65, n.11, p.1143-1147, agosto. 2010.

MOORE, T. J.; SVETKEY. L. P.; DASH. Angiotensinogen genotype and blood pressure response in the Dietary. Approaches to Stop Hypertension (DASH) study. *JHypertens*, v. 19, n.1, p.1949-56, novembro.2001.

SMITH, L. New AHA Recommendations for Blood Pressure Measurement. *AmFamPhysician*, v. 72, n 7, p.1391-8, outubro.2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *ArqBrasCardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>: Acesso em: junho de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc>>: Acesso em: 24 de fevereiro de 2016.