

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

BERENIS VICTORIA MEDINA CABRERA

PREVENÇÃO E CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO
TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE DE CANTAGALO EM
BOTUMIRIM

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS
2015

BERENIS VICTORIA MEDINA CABRERA

**PREVENÇÃO E CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO
TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE DE CANTAGALO EM
BOTUMIRIM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
Obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Ms. Christian Emmanuel Torres
Cabido

**MONTES CLAROS / MINAS GERAIS
2015**

BERENIS VICTORIA MEDINA CABRERA

**PREVENÇÃO E CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO
TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE DE CANTAGALO EM
BOTUMIRIM**

Banca Examinadora

Prof.: Ms. Christian Emmanuel Torres Cabido- Orientador

Prfa. Dr. Flávia Casasanta Marini

Aprovado em Belo Horizontes, em / / ----

RESUMO

A Hipertensão Arterial (HA) é um grave problema de saúde no Brasil. No município Botumirim em Montes Claros/MG a HA é um problema prioritário devido à importância e urgência para evitar complicações cardiovasculares, renais e neurológicas. O presente estudo tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para sistematização do atendimento aos hipertensos na área do programa saúde da família (PSF) de Cantagalo. Para isso foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema Hipertensão Arterial e, baseada no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) houve a elaboração de um plano de ação para enfrentar o problema e prevenir novos casos de hipertensão, através de ações de promoção e prevenção de saúde de forma individual e coletiva, serão desenvolvidas as ações de capacitação da equipe, atividades de promoção a saúde com pacientes e familiares, para aumentar o nível de informação e o nível de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico para melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

Palavra-chave: Hipertensão arterial, Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The arterial hypertension (AH) is a serious health problem in Brazil. In the municipality Botumirim in Montes Claros/MG HA is a priority problem due to importance and urgency to prevent cardiovascular complications, renal and neurological conditions. The present study aims: to develop an intervention proposal for systematization of service to hypertensive in the area of the family health program (PSF) of Cantagalo. For this was carried out a review of literature on the topic and arterial hypertension, based on situational strategic planning method (SSP). There was the preparation of an action plan to tackle the problem and prevent further cases of hypertension, through actions of promotion and health prevention of individual and collective form, will be developed and training actions of the team health promotion activities with patients and their families, to increase the level of information and the level of adherence to the pharmacological and non-pharmacological treatment to improve the quality of life of the hypertense patients.

Word-Keys: High Blood Pressure, The Health Would excel Promoção of the Health.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	07
2- JUSTIFICATIVA	10
3- OBJETIVO	11
4-METODOLOGIA	12
5-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
6- PLANO DE AÇÃO	19
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado em Botumirim, Minas Gerais, que tem uma área total de 1.568,884 km², com clima tropical seco, com 6497 habitantes, e 1654 famílias, urbana 3470 e rural 3027. O índice de desenvolvimento humano é de 0.602, taxa de urbanização 53.41% e índice de envelhecimento de 21.4%, com 100% de abastecimento de água tratada, 50% de recolhimento de esgoto por rede pública. A taxa de alfabetização é de 80,60% e de analfabetismo de 22,89%, com uma população usuária da assistência a saúde no SUS de 90%. As principais atividades econômicas são agricultura (abacaxi, bananas, arroz, cana de açúcar, café, mandioca, milho, laranja, feijão), pecuária (bovina, caprina, equina).

O Programa de Saúde da Família foi implantado ano 2000 com uma cobertura de 97,3%, com 3 equipes de saúde, 21 agentes comunitários, 1 psicóloga e 1 assistente social. As Redes de Média e alta Complexidades são em Francisco Sã, Grão Mogol, Montes Claros e Belo Horizonte, onde se oferecem serviços de ortopedia, cardiologia, dermatologia, oftalmologia, pediatria e ultrassonografia.

Existem 6 Unidades Básicas de Saúde, uma é a sede Osorio Verissimo em Botumirim, 1 em Cantagalo, 1 em Toazinho, 1 em Folha Larga, 1 em Adão Colares e uma em Santa Cruz, todas de difícil acesso por péssimas condições na estrada. A Equipe de Cantagalo com 1196 habitantes está composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários, um médico dentista, um auxiliar dental, um psicólogo, um médico ginecologista e um fisioterapeuta. Em relação a estrutura física, a unidade dispõe de um consultório médico, um consultório de enfermeira, uma sala de curativo, uma sala de consulta odontológica e uma sala de espera, que neste momento está em construção na nova Unidade de Saúde.

As principais causas de mortalidade são doenças de aparelho circulatório e respiratório, neoplasias, doenças infecciosas e parasitárias, afeções originadas no período perinatal e causas externas, e de morbimortalidade são hipertensão arterial, diabetes, doenças digestivas e respiratórias, traumas e quedas por acidentes. Os principais problemas identificados em o Programa de Saúde Familiar (PSF), equipe de Cantagalo são aumento de prevalência de Hipertensão Arterial, alto índice de enfermidades parasitárias, pacientes com adição a medicamentos como clonazepam e diazepam, pacientes com pouca saúde bucal, sexualidade

precoce, pacientes com problemas gástricos e desempregados. O problema prioritário é o aumento da prevalência de Hipertensão Arterial, diante da importância e urgência do problema para evitar complicações cardiovasculares, renais, e neurológicas que invalidem os pacientes. Além de isso a equipe tem a capacidade para enfrentar o problema modificando estilos de vida com apoio de todos, população, comunidade e governo.

Segundo dados fornecidos por sistema de informação atenção básica (SIAB) e registro da equipe existem 345 hipertensos, 102 diabéticos, 218 tabagistas, 125 obesos, 196 pacientes com alcoolismo, com 5 internações por hipertensão, 1 morte de 15 a 59 anos, 4 mortes de 60 anos por complicações cardiovasculares. A hipertensão arterial sistêmica é considerada uma doença crônica, com muita frequência assintomática, que evoluiu para complicações cardiovasculares, renais e neurológicas, de causa multifatorial e muito frequente na população idosa com alto índice de mortalidade se não controlada (MINAS GERAIS, 2006).

A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular encefálico (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006). A doença cerebrovascular, cujo fator de risco principal é a hipertensão arterial, teve redução anual das taxas ajustadas por idade de 1,5% para homens e 1,6% para mulheres. No entanto, apesar do declínio, a mortalidade no Brasil ainda é elevada em comparação a outros países, tanto para doenças cerebrovasculares como para doença do coração. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. Algumas cidades do Brasil mostram prevalência de HA (>140/90mmHg) de 22,3% a 43,9%. A HA e as doenças relacionadas a pressão arterial são responsáveis por alta frequência de internações. A HA, principal fator de risco de morte entre as doenças não transmissíveis, mostra relação direta e positiva com risco cardiovascular, entretanto, apesar dos progressos na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e controle, ainda é um importante problema de saúde pública. (MINAS GERAIS, 2006).

Através de informações dos agentes comunitários e do atendimento em consultas e visitas domiciliares conhecemos um número alto de pacientes hipertensos. Através do acompanhamento de cada paciente se detectou um baixo nível de informação sobre a doença e

péssimos hábitos e estilos de vida, o que impedia que o paciente evoluísse de forma satisfatória.

Para isso elaboramos um Projeto de Intervenção/Plano de Ação para diminuir o índice de prevalência de hipertensão com ajuda de medidas de prevenção e promoção da saúde, modificando hábitos e estilos de vida e aumentando o nível de informação para que o paciente conheça sua doença e tenha percepção de risco e da gravidade do problema. Para o melhor atendimento ao paciente hipertenso é imprescindível a capacitação da equipe, supervisionar o tratamento e dar continuidade no atendimento tanto em consultas como em visitas domiciliares, incorporando a família nesta atividade. Devem ser metas dos profissionais de saúde a identificação precoce e abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HA, principalmente na população de alto risco. Entre as medidas preventivas destacam-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividades físicas e abandono do tabagismo.

2. JUSTIFICATIVA

A escolha do problema da hipertensão arterial justifica se porque é uma doença muito frequente no Brasil e em Botumirim, 24.2% dos óbitos foram devido a doenças do aparelho circulatório (SIAB), julho 2013, a qual leva a complicações cardiovasculares, neurológicas e renais.

De acordo a SBC (2010), a HA é considerada um grave problema de saúde no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com mais de 70 anos. O fator motivador para a escolha do problema foi a alta prevalência de pacientes hipertensos existentes na área de Cantagalo, houve um aumento de 521 casos de hipertensão arterial em julho 2013 (SIAB), só 341 da equipe de Cantagalo.

3. OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para sistematização do atendimento aos hipertensos na área do PSF Cantagalo.

4. METODOLOGIA

A metodologia está baseada no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno prof. Carlos Mateus (1993). Para identificar o problema de saúde foi usado o método de estimativa rápido, que permitiu conhecer as informações sobre a população, sobre ambiente físico, socioeconômico e doenças mais frequentes para, de acordo urgência e importância, priorizar o problema.

Para a elaboração do trabalho foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina). Foram considerados artigos científicos e informações do Sistema de informação de Atenção Básica (SIAB), bem como os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica Saúde da Família - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Foram analisados artigos publicados entre os anos 1996 a 2015, obtidos a partir dos descritores selecionados: Hipertensão, Prevalência, Atenção Primária a Saúde, Promoção de Saúde. Foram consideradas publicações nos idiomas inglês, espanhol e português.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser definida como a elevação crônica da hipertensão arterial sistólica (PAS) ou pressão arterial diastólica (PDA) (OLIVEIRA e NOGUEIRA, 2010). De acordo com a Linha Guia de Hipertensão Arterial (MINAS GERAIS, 2013), a HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvos e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares.

Segundo FLACK *et al* (2002) a HAS apresenta grande mobilidade, sendo os tratamentos muitos caros para a economia do País. De acordo com NEAL *et al* (2000), se os pacientes controlam a pressão de forma adequada se reduz os índices de mortalidade e mobilidade, além dos custos da doença.

Para MION *et al* (2002) o enfoque e controle da Hipertensão Arterial e da Diabetes está relacionada com ao adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, junto com mudanças no estilo de vida estimuladas através da promoção de saúde.

As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), considera o limite de normalidade para pressão arterial sistólica <130-139mmHg e pressão arterial diastólica <85-89mmHg e valores maiores que 140mmHg de pressão arterial sistólica e 90mmHg de pressão arterial diastólica considera-se Hipertensão Arterial. Muitas vezes a sua causa é desconhecida, porém, vários fatores podem estar relacionados com a elevação da pressão arterial como stresse, sedentarismo, tabagismo, envelhecimento, história familiar, raça, gênero e os fatores dietéticos, principalmente o uso excessivo de sódio (SIMONETTE, 2002)

O documento da Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais "Hipertensão e Diabetes" de 2007, apresenta uma meta de redução da pressão arterial. De acordo com ele, a pressão deve ser reduzida para valores inferiores a 140/90mmHg. A sua principal estratégia para o tratamento da HAS é o processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular.

Os fatores de risco estão podem ser classificados entre não modificáveis (idades, hereditariedade e sexo) e modificáveis (tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade e uso de anticoncepcionais).

O tabagismo influi na aparição de hipertensão arterial e de doenças cardiovasculares e neurológicas. A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade por eventos cardiovasculares, o consumo de etanol maior de 30g por dia se associa a elevação da pressão. Observa-se um elevado consumo de sal na dieta da população Brasileira, superior a 12g/dia per capita, na qual em uma dieta saudável a ingestão deveria ser de até 6g/dia per capita e cerca de 75% deste excesso de sódio consumidos são provenientes de produtos industrializados como: embutidos, conservas enlatados e defumados (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL,2006, CESARINO, 2004).

Um estudo epidemiológico multicêntrico de grande importância é o INTERSALT realizado na década de 1980, onde se pesquisou a relação entre a ingestão de sódio e potássio com a pressão arterial. Os dados foram coletados de 52 populações diferentes com mais de 10.000 indivíduos de 32 países e os resultados mostraram que o aumento da pressão arterial e da sua prevalência com o avançar da idade é devido ao excesso de sal na dieta e orientações para mudanças de hábitos de vida são importantes para o tratamento da HA (OLMOS, BENSONOS, 2001).

Outro fator de risco importante que contribui para o aumento da pressão arterial é o excesso de peso (sobrepeso e obesidade), sendo detectada através da avaliação do estado nutricional (SAMPAIO, 2004).

O sedentarismo é um fator de risco bastante visível, é muito importante promover ações visando resolver este problema. Nesse sentido, podem-se incluir os benefícios das atividades físicas como melhoria da qualidade de vida. Segundo Rego (1990), as pessoas que deixam de ser sedentários, fazendo atividade física, conseguem retardar em até 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares.

O excesso de peso é um fator de risco para a Hipertensão Arterial, podendo ser responsável por 20 a 30% dos casos da elevação da pressão arterial, 75% dos homens e 65% das mulheres

apresentam hipertensão devido ao sobrepeso e obesidade e este aumento de peso e da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de Hipertensão Arterial, sendo a obesidade um risco de problemas cardiovasculares (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

O estudo de Melo Neto (2006) apresenta a HA como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares conforme apontam os estudos de (Duncan *et al*,1993 apud Melo Neto 2006) e que pode ocorrer associada a outros fatores de risco que são independentemente associados a doenças cardiovasculares como os fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e clínicos.

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

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, dedicado a Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, em 2006, a Hipertensão Arterial Sistêmica vem a ser:

(...)um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos dois mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doenças arterial coronária e, em combinação com a diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (Caderno de Atenção Básica n-15, p.9,2006).

Algumas mudanças nos hábitos de vida como diminuir a quantidade de sal na preparação dos alimentos, evitar o saleiro á mesa, redução o consumo de alimentos industrializados como: enlatados, conservas, frios, embutidos, temperos, molhos prontos e salgadinhos, incluir frutas, verduras e cereais integrais na dieta diária, consumir alimentos com teor de gorduras reduzidos, moderar o consumo de álcool e cigarro e praticar exercícios físicos podem prevenir ou reduzir a evolução da pressão arterial (SILVA, ZAITUNE, 2006).

O Documento intitulado "VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), elaborado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia em associação com especialistas de outras áreas da saúde, apresenta a seguinte classificação da pressão arterial:

Tabela 1-Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão Sistólica(mmHg)	Pressão Diastólica
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	> o = 180	> o =110
Hipertensão Sistólica isolada	> o = 140	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

No rastreamento da Hipertensão Arterial o escore da Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio de pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular, esta baseado em a idade, diabetes, tabagismo, pressão arterial sistólica tratada e não tratada, colesterol total e HDL, propiciam a estimativa do risco cardiovascular em 10 anos(BRASIL, 2010).

Baixo risco: quando existir menos de 10% de chance de evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com pressão arterial limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.

Risco intermediário: quando existir de 10 a 20% de chance de evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos poderá ser semestral após orientá-los sobre estilo de vida saudável e encaminhá-lo para ações coletivas de educação em saúde.

Alto risco: quando existir mais de 20% de chance de evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como infartos, hipertrofia ventricular esquerda, retinopias e nefropias. O seguimento poderá ser trimestral após orientá-los sobre estilo de vida saudável e encaminhá-lo para ações coletivas em saúde.

Para o tratamento da HAS podem ser adotadas medidas não farmacológicas, como mudanças de estilo de vida, a través de ações de prevenção, além de potencializar o tratamento farmacológico. Porém, dependendo do nível de hipertensão do paciente, medidas farmacológicas podem ser necessárias. Destacando que em pacientes hipertensos sem fatores de risco ou baixo risco cardiovascular o controle da hipertensão pode ser efetivo só com tratamento não medicamentoso, os demais pacientes devem realizar tratamento combinado para lograr o controle.

O tratamento não farmacológico tem como objetivo diminuir os fatores de risco para doença cardiovascular e reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de educação em saúde no qual o paciente é estimulado a adotar medidas que favoreçam a adesão às recomendações. As medidas sugeridas terão impacto no seu estilo de vida e sua implementação depende diretamente da compreensão do problema e da motivação em aplicá-la. Os profissionais da saúde, ao aconselharem modificações de hábitos, devem apresentar ao paciente as diferentes medidas e possibilidades de implementá-las para ele possa adaptá-las á sua situação socioeconômica e á sua cultura, obtendo, dessa forma, maior adesão ao tratamento. Ressalta-se a importância de uma abordagem multi ou interdisciplinar e o envolvimento das famílias do hipertenso nas metas a serem atingidas (JARDIM, 1996).

De acordo com BASTER-BROOKS (2005) a equipe de saúde deve sugerir atividades de natação, caminhadas, dança, ciclismo e corridas com uma frequência de 3-5 vezes por semana de acordo a cada paciente, sendo uma de as ações mais importantes no tratamento não farmacológico.

Em Cuba os últimos 16 anos também houve mudança da prevalência com um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle da HA. Segundo ORDONEZ-GARCIA (2006,p.845-849) esse país apresenta uma prevalência de Hipertensão Arterial de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% tem a Hipertensão controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular nas redes de Atenção Básica, o controle da Hipertensão Arterial sobe para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres (estas tem menores proporções de diagnósticos e controle), mas não houve diferença em relação á etnia e á escolaridade (ORDONEZ-GARCIA *et al.*, 2006).

É muito importante o diálogo com os pacientes hipertensos com a finalidade de levantar o grau de conhecimento que eles tem sobre sua doença, além de motivar a adoção de estilos saudáveis de vida.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, organizado pelo Ministério de Saúde, em 2006, dedicado a hipertensão arterial sistêmica, os profissionais de saúde tem importância primordial nas estratégias de controle dessas enfermidades, tanto na definição do diagnóstico clínico quanto na conduta terapêutica e também nos esforços requeridos para informar e educar os pacientes de hipertensão arterial.

Em relação a eliminação de fatores de risco, o documento "Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus", elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2001, acredita que essa é uma tarefa de competência da equipe de Saúde na prevenção da Hipertensão Arterial e suas complicações. O tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o consumo de sal, e de bebidas alcoólicas devem ser controlados e o estímulo a uma alimentação saudável deve ser feito.

A Literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais de Atenção Básica possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em hipertensão arterial são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada para essa patologia. Por tanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esse problema.

6. PLANO DE AÇÃO

Os principais problemas identificados em o PSF de Cantagalo são: Aumento da prevalência de Hipertensão Arterial, alto índice de enfermidades parasitárias, pacientes com adição a medicamentos como clonazepam e diazepam, pacientes com pouca saúde bucal, sexualidade precoce, pacientes com problemas gástricos e desempregados. Para explicar o problema prioritário identificado (neste caso, o aumento da prevalência de HA) devemos conhecer sua causa para conseguir ser efetivo nas propostas de soluções. O Modelo Econômico e Social leva a um ambiente cultural e socioeconômico específico de acordo a cada região, em nossa população existe desemprego e baixos salários, péssimos hábitos e estilos de vida como sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de sal, alcoolismo e baixo nível de informação sobre os riscos que provoca a hipertensão. Em conjunto, esses fatores resultam no aumento do número de hipertensos e leva a consequências desfavoráveis como infartos, doenças renais, doenças neurológicas provocando internações com frequência e aumentando a morbimortalidade da população, invalidez temporal ou total e aumento de desempregos por doenças crônicas.

Identificação e seleção dos nos críticos do problema escolhido:

Hábitos e estilos de vida: Deve se educar e orientar sobre alimentação adequada, diminuir o consumo de sal, excesso de gorduras animais, sobre a prática periódica de exercícios físicos e eliminar fatores de risco como álcool, café, tabagismo, obesidade, dislipidemia e stress.

Nível de informação: Deve se informar mais a população e capacitar as pessoas sobre as doenças crônicas mais frequentes e como fazer para modificar estilos de vida, através de promoção de saúde.

Processo de trabalho da equipe de saúde: Deve se fazer mudanças na mentalidade da equipe de saúde fazendo o controle periódico da hipertensão arterial em consultas e em visitas domiciliares.

Quadro 1. Operações sobre o nó crítico hábitos e estilos de vida não adequados em Hipertensão relacionado ao problema Aumento de prevalência de Hipertensão Arterial em Cantagalo Minas Gerais.

Nó crítico: 1	Hábitos e estilos de vida não adequados
Operação/Projeto	Modificar hábitos e estilos de vida
Resultados esperados	Diminuir número de pacientes hipertensos, sedentários, obesos, tabagistas, alcoólicos.
Produtos esperados	Programa de caminhadas e campanhas na rádio local. Aumentar o número de consultas programadas e visitas domiciliares. Implementar o programa de caminhadas.
Atores sociais/responsabilidades	Médico, Enfermeira, Agentes comunitários.
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimentos sobre hipertensão arterial. Organizativos: Para organizar a informação.
Recursos críticos	Políticos: Conseguir espaço na rádio local Organizacional: Estimulação da população para participação ativa em atividades de promoção e caminhadas. Financeiros: Adquirir panfletos educativos.
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Ator que controla: Setor de Comunicação, a equipe de saúde, e secretária de saúde. Motivação: Favorável
Ação Estratégica de Motivação	Apresentação projeto na Secretária de Saúde.
Responsáveis	Sheila, Luzia, Janaina e Berenis
Cronograma/Prazo	6 meses
Gestão/Acompanhamento de Avaliação	Programa Saudável, mais saúde, para modificar hábitos de vida com programas de caminhadas e campanhas educativas na rádio local, estruturar um sistema de gestão para acompanhar a execução das operações, e garantir a eficiente utilização dos recursos.

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Quadro 2. Operações sobre o Nó crítico Nível de informação baixo sobre HA.

Nó crítico: 2	Baixo nível de informação sobre HA
Operação/Projeto	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de Hipertensão Arterial.
Resultados Esperados	População mais informada sobre a Hipertensão e suas complicações
Produtos Esperados	Campanhas Educativas na rádio Local Panfletos educativos sobre Hipertensão Palestras educativas sobre Hipertensão Capacitação dos Agentes Comunitários
Atores sociais/Responsabilidade	Médico, enfermeira, agentes comunitários, secretário de Saúde
Recursos Necessários	Cognitivos: Conhecimento sobre hipertensão arterial. Financeiro: Para a elaboração dos panfletos. Políticos: Mobilização Social. Organizativo: Organizar agenda de trabalho.
Recursos críticos	Financeiros: Para elaborar panfletos Organizacional Políticos: Articulação intersetorial
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Ator que controla: A equipe de saúde, secretário de Saúde. Motivação: Favorável
Ação Estratégica de Motivação	Apresentar o Projeto na Secretária de Saúde
Responsável	Berenis Valdete Catarina Edilene
Cronograma/Prazo	Para as campanhas na rádio 3 meses, para as palestras e capacitação 2 meses
Gestão, Acompanhamento	Programa saber mais para aumentar a informação da

de Avaliação	população, através de panfletos, campanhas educativas, grupos operativos, capacitação dos agentes, e Avaliação do nível de informação da população com um sistema bem estruturado de gestão.
--------------	--

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Quadro 3. Operações sobre o Nó crítico Processo de Trabalho da Equipe da Saúde inadequado para enfrentar o problema prioritário.

Nó Crítico: 3	Processo de Trabalho da Equipe inadequado
Operação/Projeto	Organizar a estrutura dos serviços para melhor atendimento aos hipertensos. Agenda de programação de consultas de hipertensos.
Resultados Esperados	Satisfação dos usuários por atendimento programados, terminar com as filas no posto de saúde, agenda bem organizada. Aumentar número de diagnóstico e controle dos hipertensos e conhecer população de risco.
Produtos Esperados	Maior número de pacientes avaliados, e acompanhados por agentes em visitas, programação de atividades de promoção cada mês
Atores Sociais/Responsabilidades	A equipe de Saúde, secretário de Saúde
Recursos Necessários	Organizacional: Organizar agenda em consultas e visitas domiciliares periódicas, adequação de referências e contra-referências.
Recursos críticos	Políticos: Articulação entre setores Organizacional: Organizar o atendimento de acordo a agenda. Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço, custeio e equipamentos.

Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Ator que controla: Coordenadoria da Atenção Básica, e Sheila. Motivação: Favorável
Ação Estratégica de Motivação	Implementação do Projeto
Responsáveis	Secretário de saúde e equipe de saúde
Cronograma/Prazo	Início em 3 meses e finalização em 12 meses
Gestão/Acompanhamento de Avaliação	Gestão da Linha de cuidados para hipertensão, protocolos implantados de recursos humanos capacitados

Fonte: Elaborada pela própria autora.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou obter uma visão panorâmica da situação existente na área de abrangência da ESF Botumirim em Montes Claros/MG antes e depois de implantado o projeto de intervenção. A maior porcentagem de pacientes hipertensos tinha estilos de vida não saudável, não fizeram exercícios nem caminhadas, não participaram em atividades de promoção sem hábitos de ler folhetos sobre Hipertensão Arterial e outras doenças, com alto consumo de ingerir bebidas alcoólicas e hábito de fumar.

Foi necessária implantar medidas educativas para fazer mudanças de hábitos alimentares tanto para o controle de fatores de risco da Hipertensão Arterial, quanto para a prevenção de futuras complicações e para promoção de uma melhor qualidade de vida para os hipertensos. Depois da intervenção do projeto os índices de pressão arterial apresentaram melhoria e pacientes ficaram mais informados sobre fatores de risco e sobre mudanças de estilo de vida, além de isso com aumento em a participação de palestras e grupos operativos.

A equipe se organizou e se capacitou para desenvolver atividades de promoção e prevenção de saúde, se organizou grupos operativos com encontros mensais, para conhecer mais as doenças, suas complicações, os cuidados que devem ser tomados e os controles exigidos para estabilizar a doença, as consultas foram agendadas de acordo a estratificação de risco.

Também se envolveu famílias e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso, se organizou o atendimento desses pacientes com um seguimento regular e se racionalizou a demanda por consultas médica assistencial.

É importante fazer ações comunitárias e individuais, informar a comunidade sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e abordagem terapêutica inclusive a medicamentosa, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no auto-cuidado, monitorar o controle, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de qualidade de vida da população. O cuidado integral ao paciente com Hipertensão Arterial e sua família é um desafio para a equipe de saúde, devemos ajudar a paciente a mudar seu modo de viver.

REFERENCIAS

BASTER,T.,BASTER-BROOKS,C. **Exercise and hypertension.** *Australian Family Physician*,[S.L]. V.34, Nº.6, P.419-424, Jun/2005.

BRASIL, SECRETARIA DE SAÚDE. **Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica.** Belo Horizonte: Minas gerais, 2013.

BRASIL, SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano de Reorganização da Atenção á Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília: Ministério da Saúde.2002.

BRASIL, SECRETARIA DE SAÚDE. **Hipertensão e Diabetes.** Belo Horizonte/Minas Gerais: Ministério da Saúde.2007.

BRASIL, SECRETARIA DE SAÚDE. **Series Cadernos de Atenção Básica n-15-Serie A. Norman e Manuais Técnicos.** 1ª edição. São Paulo: 2006.

CAMBELL,NORMAN R.C, *et al.* **Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program.** *J. Hypertension.* USA,v.21,n.8,p.1591-1597 Aug.2003.

CAMPOS,F.C.C;FARIA,H,P,SANTOS,M.A. **Planejamento e Avaliação das ações em Saúde.** 2ª ed. Belo Horizontes; Nescon/UFMG;Coopmed,2010.

CESARINO,C.B.;CARDOSO,S.S.;MACHADO,MR,; *et al.* **Abordagem Educativa sobre restrição salina ao paciente hipertenso.** *Arq. Cienc. Saúde,* v.4, n.11,[S.L], 2004.

FLACK,J.M.*et al.* **Cardiovascular disease costs associated with uncontrolled hypertension.** *Massage Care Interface.* New York,v.15,n.11,2002.

JARDIM,P.C.B.V.; SOUZA,A.L.L.; MONEGO,E.T. **Atendimento Multiprofissional ao paciente Hipertenso** *Medicina*,1996;29:232-8.

LEENEN,FRANS H.H, *et al.* **Result of the Ontario Survey on the Prevalence and Control of Hypertension.** *Canadian Medical Association Journal(CMAJ),* Canada,v.178,n.2,p.1441-1449,May,2006.

MATEUS, CARLOS. **Planejamento Estratégico Situacional.** Edições Fundap, 1993, São Paulo

MION JR,D.*et al.* **Hipertensão Arterial:abordagem geral. Projeto Diretrizes AMB/CFM 2002a.**Disponível em: <http://www.amb.org.br/Acesso> em:11 jun.2006.

MELO N. **Olímpio Pereira de Hipertensão Arterial em Ouro Preto(MG):[manuscrito] avaliação da terapêutica farmacológica e de fator de risco cardiovascular,2006.** (Dissertação de Mestrado-Universidade Federal Ouro Preto)

NEAL,B.*et al.* **Effects of ACE inhibitors, calcium antagonist, and other blood-pressure lowering drugs:** results of propective designed overviems of randomised trials,v.356,n.9246,p1955-64.2000.

OLIVEIRA,A.F.C;NOGUEIRA,M.S. **Obesidade como fator de risco para hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP* v.44,n.2,p388-94,2010.

OLMOS,R.O.; BENSENOR; I.M. **Dieta e Hipertensão Arterial: Intersalt e estado DASH.** *Rev. Bras. Hipertens.* v.8,n.2,[S.L],2001.

ONYSKO,Jay *et al.* **Large Increase in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada after a healthcare profesional education program.** *Hypertension,USA*,v.48,n.5,p.853-860,set.2006.

ORDONEZ-GARCIA,P, *et al.* **Success in control of hypertension in a low resource setting; The Cuban experience.** *J. Hypertension, USA*, v.24,n.5,p.845-849, May,2006.

REGO,R.A. *et al.* **Risk factors for chronic non communicable diseases:** a domiciliary suververy inth municipality of São Paulo,SP(Brasil): Metodology and preliminary results.*Revista de Saúde Pública, São Paulo*,v.24,n.4,p.277-85,1990.

SAMPAIO, L.R. **Avaliação Nutricional e Envelhecimento.** *Rev. Nutrição.* v.17, nº.4. Campinas, 2004.

SILVIA,D.M.O;FRANCISCO,F.C,. **Fatores de Risco Associados á Hipertensão dos Velhos da lida de Adamantina.** *Rev.Nutri.* v.8,[S.L]. Campinas, 2006.

SIMONETTE, JP; BATISTA,L.; CARVALHO,L.R. **Hábitos de Saúde e Fatores de Risco em pacientes hipertensos.** *Rev.Latino-AM. Enfermagem.*v.10, n.3,[S.L.],2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA.VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** *Brazilian Jornal of. Hypertension*,[S.L.]v.17,n.1,p.4-64, 2010.

_____. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** *Arq.Bras.Cardilogia.*, São Paulo,v.89,n.03,Setembro de 2007,p.24-79.

_____. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arterial.***Rev. da Sociedade Brasileira de Hipertensão*, v.9,n.4,[S.L.],2006.

_____. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.***Arq.Bras.Cardilogia.* São Paulo,v.32,n.01,Setembro 2010.

ZAITUNE,M.P.A. *et al.* **Hipertensão Arterial em idosos:** prevalencia,fatores associados e pratica de controle no municipio de Campinas. *Cadernos de Saúde Pública, São Paulo*,2006.

