

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

LUIS MUÑOZ GONZÁLEZ

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

BELO HORIZONTE-MG

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

LUIS MUÑOZ GONZÁLEZ

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

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

Orientadora: Prof^a Maria José Cabral Grillo

BELO HORIZONTE-MG

2015

LUIS MUÑOZ GONZÁLEZ

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

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

Banca examinadora

Prof.^a Maria Jose Cabral Grillo (Orientadora). UFMG

Flavia Casasanta Marini C. Univ. Newton Paiva

Aprovado em 11 de janeiro de 2016.

DEDICATORIA

Dedico o presente trabalho a toda minha família pelo apoio e confiança depositada em mim como profissional da saúde.

Dedico a todos meus amigos e conhecidos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela grande oportunidade que me ofereceu de conhecer o Brasil e poder ajudar a sua maravilhosa população.

Agradeço a minha família por desejar minha superação e por me ensinar o maravilhoso que é ajudar a quem precisa, em qualquer lugar do mundo.

Agradeço ao Ministério da Saúde de Cuba por minha formação como profissional da saúde.

Agradeço a minha orientadora, Maria Jose Cabral Grillo, que com seu conhecimento contribuiu com o desenvolvimento do presente trabalho.

“Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista”.

(Aldo Novak)

RESUMO

Ribeirão das Neves encontra-se localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. Possui uma população de 296.317 pessoas. A equipe de saúde da família Jardim Alvorada fez o diagnóstico situacional identificando vários problemas de saúde e priorizou a elevada incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada. O controle adequado da Hipertensão Arterial envolve muitas medidas. O objetivo do presente trabalho é elaborar um projeto de intervenção para melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica. Os principais problemas de saúde que afetam a comunidade foram identificados e priorizados pelo meio do método de estimativa rápida. Primeiramente foi revisada a literatura sobre Hipertensão Arterial utilizando bases de dados online Lilacs e Scielo com os seguintes descritores: Hipertensão Arterial, Tratamento, Atenção Primária. Foi identificado que constituem pilares fundamentais para o controle da Hipertensão Arterial a prática sistemática de exercícios físicos, uma alimentação saudável e cumprir rigorosamente o tratamento. Com esta base teórica foram selecionados os respectivos nós críticos e elaborado o plano estratégico situacional (PES), incluindo o plano de ação para a intervenção. Foram propostos três grandes projetos: Mais Saúde – com o objetivo de modificar hábitos e estilos de vida inadequados; Saber Mais – objetivando aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença e o Projeto de implantação da linha de cuidado - para identificação e atenção específica para usuários com hipertensão arterial.

Descritores: Hipertensão Arterial, Tratamento, Atenção Primária.

ABSTRACT

Ribeirao das Neves is located in the metropolitan region of Belo Horizonte. It has a population of 296,317 people. The health team Jardim Alvorada family made the situational diagnosis identifying various health problems and prioritized the high incidence of patients with systemic hypertension decompensated. Adequate control of Hypertension involves many steps. The objective of this study and prepare an intervention project to improve the control of hypertension. The main health problems affecting the community were identified and prioritized through the rapid assessment method. First he consulted the literature on Hypertension using online databases Lilacs and Scielo using the following keywords: Hypertension, treatment, primary care. It was identified which are the cornerstones for the control of Hypertension systematic practice of physical activity, healthy eating and strictly enforce treatment. With this theoretical basis were selected its critics and we prepared the Situational Strategic Plan (PES), including the action plan for intervention. Three major projects have been proposed: More Health - aiming to modify habits and styles of inadequate life; Learn More - aiming to increase the level of knowledge of patients and families about the disease and the type of care Implementation Project - for identification and specific attention to users who have high blood pressure.

Key words: Hypertension, treatment, primary care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS:	Agente Comunitário da Saúde
APS:	Atenção Primária de Saúde
CAB:	Cadernos da Atenção Básica
DCNT:	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV:	Doenças Cardiovasculares
ESF:	Estratégia Saúde da Família
HAS:	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC:	Índice de Massa Corporal
NASF:	Núcleo de Apoio de Saúde da Família.
PA:	Pressão Arterial
PSF:	Programa de Saúde da Família.
SIAB:	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBR:	Unidade Básica de Referência
UPA:	Unidade de Pronto atendimento

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Priorização dos problemas-----	27, 28
Quadro 2: Desenho das operações para resolução dos nós críticos-----	32
Quadro 3: Identificação dos recursos críticos-----	35
Quadro 4: Análise da viabilidade do plano-----	36
Quadro 5: Plano Operativo-----	38

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. JUSTIFICATIVA.....	17
3. OBJETIVO.....	18
4. METODOLOGIA.....	19
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
6.1. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS NA COMUNIDADE.....	27
6.2. PRIORIZAÇÕES DOS PROBLEMAS.....	27
6.3. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....	28
6.4. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA.....	29
6.5. DESENHOS DAS OPERAÇÕES.....	32
6.6. IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRITICOS.....	35
6.7. ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS.....	36
6.8. ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO.....	38
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE	45

1. INTRODUÇÃO

Ribeirão das Neves é um município localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), situado a 32 km ao noroeste da capital do Estado. Possui uma área total de 157,41 km², o que corresponde a uma ocupação de 4,1 % da área total da RMBH e uma concentração habitacional de 1931,92 habitantes por km². Conta com 155 bairros, 94.791 domicílios e 85.239 famílias (IBGE, 2014).

Tem uma altitude máxima de 1.019 metros (Córrego do Café) e uma altitude mínima de 730 metros (Córrego de Agua Fria). A topografia do município é em sua maioria montanhosa (IBGE, 2014).

Ribeirão das Neves tem acesso por meio das rodovias ao sul à Belo Horizonte (32 km) e Contagem (38 km); Pedro Leopoldo fica ao norte (30 km); Vespasiano ao este (22 km) e Esmeraldas, distante 29 km a oeste (IBGE, 2014).

Segundo a ONU, Fundação João Pinheiro e o IPEA (2013, pag. 2).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Ribeirão das Neves é 0,684, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,822, seguida de Renda, com índice de 0,658, e de Educação, com índice de 0,591.

Encontra-se distribuído em três macrorregionais: o distrito de Justinópolis e as regiões Centro e Veneza e em cinco regiões sanitárias: Região I, Central; Região II, Veneza; e Regiões III, IV e V, Justinópolis. A população total do município é de 319.310 habitantes (IBGE, 2014).

Em relação à história do município, as primeiras referências são do início do século XVIII o qual se denominava Matas de Bento Pires. Em 1945, o mestre de campo Jacinto Vieira da Costa construiu uma Capela dedicada a Nossa Senhora das Neves, o que dá origem ao nome “Fazenda das Neves”.

Em 1933 Neves pertencia a Contagem e, posteriormente, em 1938 ele passou a pertencer ao município de Betim por cinco anos, quando foi então anexada ao município de Pedro Leopoldo (1944). A mesma lei que transfere o distrito de Neves para Pedro Leopoldo altera seu nome para Ribeirão das Neves após várias reuniões dos representantes políticos, população e governador (IBGE, 2014). Foi elevada a categoria de município em 12 de dezembro de 1953.

Por possuir muitas cadeias, Ribeirão das Neves é conhecido como a cidade dos presídios. Atualmente conta com uma população carcerária de 6.586 detentos (IBGE, 2014).

A renda per capita média de Ribeirão das Neves em 2010 foi registrada em R\$ 479,77 e a renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70 (IBGE, 2014). A desigualdade diminuiu de 0,43 em 2000 para 0,39 em 2013 (IBGE, 2014). Quanto aos aspectos demográficos do município nota-se predominância da população que vive na região urbana o grupo etário mais predominante encontra-se na faixa entre 25 a 59 anos, assim como predomínio do sexo feminino (IBGE, 2014).

A economia do município está baseada na atividade de pequenas cerâmicas espalhadas pela periferia da cidade, refletindo mais problemas ambientais que ganhos com arrecadação ou geração de empregos. Outra atividade significativa no município é a fabricação de móveis e, pode-se citar a existência de indústrias de fabricação de artigos de vestuário, têxteis, etiquetas e adesivos, tubos de PVC, aparelhos e materiais elétricos, etc. O comércio varejista caracteriza-se por ser modesto pouco diversificado e local. Destacam-se os depósitos de material de construção, seguidos de pequenos comércios dos setores alimentícios, vestuário e farmacêutico assim como pequenos serviços de reparo e conservação (IBGE, 2014).

O desenvolvimento econômico do município atualmente está centrado nas lojas (Ricardo Eletro, Casas Bahia, Magazine Luiza, Drogaria Araújo, Farmácia do Trabalhador, Amigão Calçados, Supermercados BH, Apoio Mineiro, Maxi Atacado, Supermercado EPA, entre outras), que fortalecem o comércio em crescimento, que ainda abriga uma parte pequena da população economicamente ativa (conforme observação do autor *in loco*).

A população de 18 anos ou mais economicamente ativa foi de 70,90% em 2010. No mesmo ano, observou-se que a taxa de desocupação (ou seja, a população economicamente ativa de 18 anos ou mais que estava desocupada) foi de 7,27%. Em Ribeirão das Neves o grau dos ocupados acima de 18 anos com vínculo de trabalho protegido aumentou em 9,85% de 2000 a 2010. De acordo com a ONU, Fundação João Pinheiro e IPEA (2013), em relação ao nível educacional dos ocupados no município, observou-se que o percentual dos ocupados com ensino fundamental completo aumentou, passando de 33,73% em 2000 para 52,72% em 2010.

Participaram do levantamento do perfil produtivo em Ribeirão das Neves

21.666 famílias. Observou-se que as principais atividades produtivas no domicílio foram costureiras (23%), comerciantes (23%), cabeleireiras (16%) e manicures (10,5%). Estas atividades representaram 73% do trabalho no domicílio. Em relação às principais ocupações no município destacaram-se pedreiro (22%), doméstica (15%), vendedor (15%) e diarista (12%) (IBGE, 2014).

O município tem uma taxa de crescimento anual de 1,57 %, e a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza corresponde a 2,21% da população (IBGE, 2014).

Em relação à rede de saúde do município, destaca-se que a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município aconteceu em 1996: Atualmente o município conta com 53 equipes de Saúde da Família, seis equipes de Saúde Bucal, três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e cinco Unidades Básicas de Referência (UBR). Possui também duas Unidades de Pronto Atendimento (1- Nível II e 1- Nível III), um Hospital (São Judas Tadeu) que inclui a maternidade, sendo a alta complexidade referenciada para Belo Horizonte (dados fornecidos pelos membros da equipe de saúde).

A administração de saúde esta constituída por um Conselho Municipal de Saúde com representação paritária de 50% dos usuários, 25% dos trabalhadores da saúde do município e do Sindicato e; 25% de representantes do Governo e Prestadores de Serviço. O município tem 24 conselheiros titulares e 24 suplentes. São divididos em 04 titulares do Governo e 02 de Prestadores de Serviço, 03 Trabalhadores da Saúde, 03 Trabalhadores do Sindicato e 12 Usuários. Todos com seus respectivos suplentes. O orçamento destinado à saúde corresponde a 36,61% da arrecadação municipal (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2011).

O Recurso Humano em saúde esta distribuído da seguinte forma: 66 profissionais comissionados; 891 profissionais concursados; 904 profissionais contratados; 35 médicos do Programa Mais Médicos. O horário semanal de trabalho depende de cada vínculo, sendo o horário mais comum de 8 horas (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2011).

De acordo com informações coletadas pelos membros da Unidade de Saúde Jardim Alvorada, na qual atuo, conta com 2.094 famílias cadastradas, para um total de população de 6.063 pessoas, sendo que 1.532 são pacientes idosos, dentro dos quais muitos acamados. O nível de alfabetizados é de 4.038 e 2.025 são

analfabetos. A taxa de emprego é variável, sendo que mais de um 58% da população em idade laboral trabalha e 32% da população está desempregada e a população aposentada é significativa. De acordo com as informações colidas pelos agentes comunitários e as fichas familiares, percebe-se que as principais fontes de trabalho são pedreiro, comércios, manicures, pedicura, assim como cabeleireiros.

Em decorrência da experiência atendendo à comunidade pode-se afirmar que dentre as principais causas de morte encontram-se as doenças cardiovasculares, devido o descontrole das doenças crônicas de base, como Diabetes e Hipertensão Arterial, vinculado ao baixo nível escolar, assim como pela situação econômica.

A Unidade de Saúde tem recursos disponíveis na área como a unidade básica de referência (UBR) Jardim de Ala, a UPA de Justinópolis, onde são encaminhados os pacientes que requerem tratamento de complexidade. Também conta com o Hospital São Judas Tadeu, onde são encaminhadas as gestantes ao serviço de maternidade, e local aonde são feitos os exames laboratoriais dos pacientes.

A comunidade conta com duas escolas, quatro igrejas, uma farmácia, um centro de hidroginástica, cinco lojas, assim como outros recursos, como água, luz elétrica, correio e telefonia.

A localização da unidade de saúde tem limites geográficos que dividem Ribeirão das Neves e o município de Contagem, sendo acessível a toda à população por sua localização central.

Todas as Unidades do município onde atuam Equipes Saúde da Família estão integradas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), com um horário de atendimento de 8:00 às 17:00 horas. Em relação ao corpo profissional, a Unidade Básica conta com uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um médico, sete agentes comunitária de saúde (ACS) e um fisioterapeuta, que trabalha duas vezes por semana desenvolvendo grupos de idosos, grávidas, adolescentes, entre outros. As ACS fazem visita domiciliar, e uma fica na recepção, retornando para unidade às 16:00 horas para fazer outro tipo de trabalho. Também contamos com a trabalhadora do serviço geral, que trabalha um dia na semana, já que trabalha em outros postos.

A Unidade de Saúde está localizada numa casa alugada, com boa estrutura, possuindo local para fazer recepção do atendimento, dois consultórios,

farmácia, cozinha com geladeira, fogão de gás, água potável, dois banheiros, e um quintal muito amplo, onde são desenvolvidos os grupos.

Depois de um ano de trabalho na unidade de Saúde Jardim Alvorada percebe-se que existem alguns pontos que precisam ser melhorados. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou a **Elevada incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada** para realização do projeto de intervenção.

A priorização dos problemas enfrentados pela equipe de saúde considerou o grau de importância, urgência, e capacidade de enfrentamento. Para caracterizar o problema destaca-se que do total de 369 pacientes com hipertensão arterial acompanhados na unidade de saúde, no mês de abril de 2015, 148 deles apresentaram valores de pressão arterial fora dos parâmetros normais.

Dentro das principais causas da elevada incidência de pacientes com HAS descompensada foram identificadas: os **hábitos alimentares inadequados** (consumo de alimentos gordurosos, ricos em carboidratos e sal, assim como de farinhas e pastas); **a falta de conhecimento da doença** (dado pelo baixo nível escolar dos pacientes, assim como pelo déficit de pessoal qualificado capacitado para educar aos pacientes sobre HAS e suas possíveis complicações); o **uso incorreto das medicações** (déficit dos medicamentos na Unidade de saúde, não compram a medicação prescrita e suspensão da medicação por conta própria); **inadequados estilos de vida** (entre eles, álcool, tabaco, drogas, sedentarismo, obesidade e dislipidemias); e **pouco controle das doenças crônicas** (demora nas consultas agendadas).

Como **consequências** da elevada incidência de pacientes com HAS descompensada foram destacadas pela equipe a dificuldade de controle dos níveis pressóricos, o que aumenta o risco cardiovascular, que por sua vez, podem contribuir para o aparecimento das complicações da hipertensão, tais como o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio. Como resultado observa-se um aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde.

Com o objetivo de identificar os nós críticos do problema, a equipe de saúde destacou hábitos alimentares inadequados, falta de conhecimento da doença e suas possíveis complicações, uso incorreto das medicações, inadequados estilos de vida, assim como pouco controle das doenças crônicas.

2. JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica pela elevada incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada na área de abrangência da Unidade de Saúde Jardim Alvorada. Município Ribeirão das Neves, MG. Sua relevância é devido ao fato de que: “A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência, considerada um problema de saúde pública de âmbito mundial devido o seu risco e dificuldade de controle” (BRITO, PANAROTTO; COSTA, 2011, p 265).

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a principal causa de morte, entre elas, os acidentes vasculares cerebrais, a cardiopatia isquêmica, assim como outras doenças cerebrovasculares, todas elas como complicação de hipertensão arterial (SBC, 2007).

A hipertensão está associada com morbidade significativa e alta mortalidade, por isso é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública, especialmente nos países desenvolvidos, afetando quase um bilhão de pessoas no mundo (BANCO MUNDIAL, 2005).

Destaca-se que a equipe de saúde participou da análise dos problemas levantados e considerou que no município de Ribeirão das Neves existem recursos humanos e materiais para se desenvolver um Projeto de Intervenção junto à população hipertensa, portanto a proposta é viável.

3. OBJETIVO

Elaborar um Projeto de Intervenção para melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica descompensada pelos usuários residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Jardim Alvorada, no município Ribeirão das Neves, MG.

4. METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se por ser um projeto de intervenção educativa onde primeiramente foram realizados levantamentos a partir da base de dados dos sistemas de informação do SUS (DATASUS). A identificação dos principais problemas de saúde foi feita pelo método da estimativa rápida; posteriormente, foram classificados segundo a ordem de prioridades para a busca de possíveis soluções de acordo aos seguintes critérios: urgência de soluções e capacidade da equipe para seu enfrentamento, assim como a importância do problema.

Para aumentar o grão de conhecimento também foi realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando os seguintes bancos de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF).

A busca foi guiada pelos seguintes descritores: hipertensão arterial, terapêutica, atenção primária a saúde. Foram consideradas as publicações de 2000 e 2015, exceto legislações e outras publicações básicas que foram consideradas pela pertinência do conteúdo e não pela data, nos idiomas português e espanhol. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Para dar cumprimento na execução do estudo o mesmo cumpriu um cronograma estruturado onde estava sinalada a atividade a ser desenvolvida e o prazo correspondente para a realização da mesma.

Para a elaboração do Plano de Intervenção foram desenvolvidos os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) descritos a seguir:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências).
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar

os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios).

- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação).
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas).
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importante a serem enfrentadas).
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações).
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação).
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição).
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações).
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo técnicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) *apud* Cipullo *et al.*, (2010, p.2) “a Hipertensão (HT) é a mais prevalente de todas as DCV, afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez”. Para Bronner *et al.*, (1995), citada pelos mesmos autores (2010, p. 2) “a HT provavelmente está envolvida em 50% das mortes causadas por DCV”. Portanto, é importante lograr o controle certo da pressão arterial para assim garantir a prevenção de lesões a órgãos importantes de nosso corpo, e evitar assim as complicações de tão terrível doença.

Estima-se um percentual de 20% da população adulta maior que 20 anos têm hipertensão arterial e um percentual de 7,6% da população entre 30 a 69 anos têm com Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001). Segundo estudos do Ministério da Saúde (Brasil, 2006, p 9) “com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mm Hg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido”.

Também segundo o Ministério da Saúde, junto com o Diabetes Mellitus, a Hipertensão Arterial é um dos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constitui agravo de saúde pública e cerca de 60 a 80% dos casos poderiam ser tratados na rede básica (BRASIL, 2001). Portanto, a HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de ser considerado um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce (CARVALHO *et al.*, 2013).

A HAS está associada a fatores de exposição não modificáveis como idade, hereditariedade, sexo e etnia/raça, e a fatores modificáveis, como clínicos, comportamentais e nutricionais (SALOMÃO *et al.*, 2013).

Outros fatores, tanto sociais quanto físicos, também são destacados, não por serem causadores da HAS, mas por estarem frequentemente associados a ela:

(baixo nível educacional, colesterol elevado e diabetes mellitus). Assim, pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis (CARVALHO *et. al.*, 2013).

Podemos falar que uma dieta rica em frutas e vegetais tem efeitos benéficos sobre o comportamento dos níveis pressóricos.

Fatores de risco modificáveis

- Hábitos e estilos de vida inadequados

O estilo de vida determina muito na aparição de novos casos de hipertensão arterial, assim como faz que os já existentes fiquem descontrolados, isso tem relação com as dietas com alto conteúdo de sal, alimentos gordurosos, a falta de exercícios físicos.

No Brasil tem crescido, nos últimos anos, a quantidade de usuários com sobrepeso corporal em decorrência de uma alimentação descontrolada, baseada em produtos industrializados, com alto consumo energético e deficiente em nutrientes. Portanto, para os profissionais da saúde o estilo de vida inadequado constitui um obstáculo que impede o controle adequado da hipertensão arterial. Também é necessário lograr incorporar todos os usuários hipertensos, ou pelo menos a grande maioria, na prática de atividades físicas para assim diminuir a obesidade e o sedentarismo, dois dos principais fatores de risco de tão terrível doença.

Como vimos, entre os hábitos de vida, a dieta ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS, e a redução de peso também apresenta benefícios sobre a PA. A redução de peso é a medida não farmacológica mais efetiva para controlar a HAS e mesmo pequenas reduções têm diminuído significativamente a pressão, bem como riscos cardiovasculares graças à melhoria do perfil lipídico e da tolerância à glicose, melhorando também a resposta à terapia de drogas anti-hipertensivas (CUPPARI, 2002).

Segundo Miranda e Strufaldi (2012) a alimentação possui total influência no tratamento e prevenção da hipertensão. Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a pressão arterial, como a redução da ingestão de sal, redução de peso e, possivelmente, aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio. Ainda segundo esses autores, alguns estudos indicam que o

padrão dietético global, mais que um alimento isolado, tem maior importância na prevenção de doenças e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular.

- Sedentarismo e hipertensão

A relação entre hipertensão e sedentarismo é tão evidente que

pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois, além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso (BRASIL, 2006, p.27).

Uma atividade física periódica moderada ajuda a combater a obesidade, melhora a circulação arterial e venosa logrando assim o controle da pressão arterial, e evita possíveis complicações cardiovasculares.

Segundo Vitor *et al* 2009, apud Giroto (2013, p. 1764) “Outras formas de manejo da hipertensão arterial, como a prática de atividade física e dieta também são importantes”.

Todos nós conhecemos o difícil que resulta mudar o estilo de vida de usuários de idade avançada, dado muitas vezes pelo baixo nível escolar, pela alimentação inadequada (alimentos gordurosos, com alto consumo de sal), muitas vezes com alimentos industrializados. Ausência de exercício físico unido isto também a suspensão da medicação já que eles ficam controlados e acham que estão curados.

- Obesidade e hipertensão

A obesidade desempenha um papel fundamental na aparição de hipertensão arterial dado que

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. (BRASIL, 2006, p. 25).

Segundo Cuppari, (2002)

reduzir o peso é a medida não farmacológica mais efetiva para controlar a hipertensão, visto que mesmo discretas reduções têm diminuído significativamente os valores da pressão arterial, bem como os riscos cardiovasculares graças à melhoria do perfil lipídico e da tolerância à glicose, melhorando, também a resposta à terapia de drogas anti-hipertensivas.

Canaan *et al.* (2006) afirmam que

entre os aspectos associados à alta prevalência da hipertensão arterial estão hábitos e atitudes que corroboram para o aumento do peso corporal, principalmente os associados à obesidade, como por exemplo o alto consumo energético.

Uma alimentação inadequada com alimentos gordurosos, elevada em sal quase sempre esta associada a obesidade e dislipidemias constituindo um risco elevado para a aparição de hipertensão arterial.

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2002)

A inatividade física e a obesidade estão fortemente associadas com o risco de desenvolver doenças cardiovasculares constituindo-se nos fatores de risco mais significativos.

A obesidade é uma doença crônica que deve ser tratada como prevenção de doenças cardiovasculares, por estar associada aos fatores de risco modificáveis e ser um fator independente ao desenvolvimento de doenças (SBC, 2002).

Os avanços tecnológicos ocorridos nos últimos anos contribuíram para modificar os hábitos de vida de grande parte da população. Esses avanços trouxeram vários benefícios, mas favorecem a inatividade física e o aumento do peso corporal, contribuindo para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a hipertensão arterial (HA) e a obesidade (BRASIL *et al.*, 2007 apud SILVA, *et. al.* 2013, p).

-Tabagismo e hipertensão

Segundo dados do Governo Federal (BRASIL, 2006, p 27)

Em avaliação por monitorização ambulatorial da pressão (MAPA), a Pressão Arterial Sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas.

Gupta e Singh (2004) mostraram que um estudo realizado na Índia identificou significativa relação do tabagismo com a prevalência de hipertensão, onde se constatou que fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo o seu efeito se manter por até duas horas.

Estudos de Chobanian *et al.* (2003) e Ferreira *et al.* (2009) demonstraram que o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado. Também é conhecido que o tabagismo aumenta o risco de complicações cardiovasculares e renais em hipertensos aumentando a progressão da insuficiência renal.

- Estresse e hipertensão

Como todos nos sabemos: existem situações identificadas que levam ao estresse, considerando este fator desencadeante da elevação da pressão arterial. Isso pode ser pela deficiente situação financeira do hipertenso, que se apresenta como causa de estresse, seja por preocupação em proporcionar melhores condições materiais para o bem-estar físico pessoal e de seus familiares ou em proporcionar o tratamento da doença em si, com alimentos ou outras opções de exercícios físicos.

- Dislipidemia e hipertensão

Ainda de acordo com o Governo Federal (BRASIL, 2006, p. 35) “É frequente a associação entre dislipidemia e hipertensão arterial, juntos representam mais de 50% do risco atribuível da doença arterial coronariana”.

- Alimentação inadequada

Faz parte do conhecimento dos profissionais de saúde a compreensão de que a alimentação adequada tem um papel decisivo no tratamento e prevenção da hipertensão arterial, por exemplo, a redução de sal, uma dieta mais rica em frutas e verduras. Na literatura consultada encontramos que,

Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos. (BRASIL, 2006, p. 25)

Também é importante evitar comidas industrializadas. O consumo elevado de sódio dos alimentos industrializados foi detectado no estudo realizado por Figueiredo

e Asakura (2010) e os autores assinalam que a adoção de uma dieta hipossódica e a prática de exercício físico são as principais dificuldades encontradas no tratamento da HAS.

- O impacto da Hipertensão Arterial na qualidade de vida:

Andrade *et al.* (2014, p. 3498) identificaram que

Inúmeros estudos avaliam o impacto da HAS na Qualidade de Vida (QV), sugerindo que o próprio quadro crônico da HAS, a terapia medicamentosa e as possíveis complicações clínicas interferem na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual e atividades cotidianas, que são determinantes para o comprometimento da Qualidade de Vida.

Depois de analisar a bibliografia consultada concordo totalmente com os autores em que a hipertensão arterial é um grande problema de saúde no mundo e no Brasil, pelo que precisamos juntar esforços para um correto controle de essa doença que tantas vidas cobra no dia a dia. Temos que iniciar o controle desde a atenção primária como em nosso trabalho modificando estilos de vida, eliminando fatores de risco para garantir uma adequada qualidade de vida a nossa população.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS NA COMUNIDADE

Principais problemas identificados

1. Elevada incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada
2. Baixo nível socioeconômico e de escolaridade de nossa população.
3. Alta prevalência de pacientes com adição ao uso de psicofármacos e uso de outras drogas ilícitas.
4. Alta prevalência de fatores de risco como dislipidemias, obesidade, tabagismo, alcoólatras, stress.
5. Alta prevalência de transtornos psiquiátricos.
6. Alta incidência de pacientes com parasitismo intestinal.

6.2 PRIORIZAÇÕES DOS PROBLEMAS

No quadro 1, a seguir, mostra-se a priorização dos problemas de saúde diagnosticados no PSF Jardim Alvorada, Ribeirão das Neves. Minas Gerais. 2015.

Quadro 1. Priorização dos Problemas na Unidade de saúde Jardim Alvorada, Ribeirão Das Neves. Minas Gerais. 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada	Alta	8	Parcial	1
Baixo nível socioeconômico e de escolaridade de nossa população.	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de pacientes com adição ao uso de psicofármacos e uso de outras drogas ilícitas.	Alta	6	Parcial	2

Alta prevalência de fatores de risco como dislipidemias, obesidade, tabagismo, alcoólatras, stress.	Alta	5	Parcial	2
Alta prevalência de transtornos psiquiátricos.	Alta	4	Parcial	3
Alta incidência de pacientes com parasitismo intestinal.	Alta	2	Parcial	4

Fonte: Prontuários dos usuários da Unidade Básica de Saúde Jardim Alvorada, Ribeirão das Neves. Minas Gerais. 2015.

6.3. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Na minha Unidade de Saúde Jardim Alvorada o tema escolhido para ser abordado é a **elevada incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada**. De um total de 369 pacientes com hipertensão arterial, só no mês de abril de 2015, 148 deles apresentaram cifras de pressão arterial fora dos parâmetros normais.

Frequentemente a maior quantidade de atendimentos, como demanda espontânea são os hipertensos descompensados. Ao fazer um exaustivo interrogatório alguns deles falam que “fico controlado e deixo de tomar os remédios”; outros por negligencia deixam vencer a receita e não contam com medicação em casa; em cambio, outros inconscientes das complicações que esta doença pode trazer não fazem o seguimento adequado e quando vêm procurando atendimento já têm afetação de órgãos vitais, como coração, cérebro, rim e olhos.

Muitas vezes, com uma atenção prioritária, no mesmo posto de saúde, a pressão logra ser controlada; mas, em outras ocasiões precisam ser encaminhados para os serviços de urgência nos centros de referencia do município aumentando assim o número de atendimentos nos mesmos.

Durante o atendimento diário, fui observando que a maioria da demanda dos pacientes hipertensos cadastrados encontrava-se descompensada. Mas há, também, outros que não sabem que têm hipertensão e, por tanto, não tinham um seguimento assistencial adequado.

Frente a essa situação optamos por realizar um projeto de intervenção junto aos usuários dos serviços de saúde da Unidade de Saúde da Família, em especial

os portadores de hipertensão arterial sistêmica, cujo objetivo será o desenvolvimento de ações educativas encaminhadas a incrementar o conhecimento sobre a Hipertensão Arterial e sua importância em quanto à adesão ao tratamento da referida patologia.

6.4. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Em nosso PSF como em outros, a grande maioria dos problemas tem caráter multisetorial, o seja, a solução deles não pode ser resolvida só pelo trabalho do posto de saúde. Para lograr resultado é necessária a integração de um conjunto de setores do município, pois, como visto na literatura, também em nossa área a dificuldade de controle dos hipertensos tem multifatores.

A Elevada incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada tem relação direta com os **hábitos alimentares inadequados**, já que eles consomem alimentos gordurosos, ricos em carboidratos e sal, também fazem uso de farinhas e pastas.

A falta de conhecimento da doença: dado primeiramente pelo baixo nível escolar dos pacientes, que em sua maioria são analfabetos, também este relacionado com o déficit de pessoal qualificado e a falta de métodos acessíveis a todos para que eles possam entender o que é Hipertensão Arterial e suas possíveis complicações.

Uso incorreto das medicações: A grande quantidade dos pacientes pega a medicação no próprio posto de saúde, porém, quando não temos a medicação disponível eles não tomam os remédios da forma correta; outras vezes fazem uso de medicações que não é fornecida pelo SUS e não tomam porque não têm dinheiro para comprar. Em outras ocasiões tomam os remédios e quando ficam controlados suspendem a medicação por conta própria, porque se sentem curados, e voltam a descompensar.

Inadequados estilos de vida: A maioria da população da minha área de abrangência faz uso do álcool, tabaco, drogas; isto, unido ao sedentarismo e a obesidade, assim como com a dislipidemias, faz aparecer esta doença crônica.

Pouco controle das doenças crônicas: Isto ocorre porque é grande a quantidade de pacientes atendidos pelo posto de saúde e ainda não é possível fazer

uma adequada programação das consultas agendadas, o que faz que a entrevista e o exame físico não sejam feitos com a qualidade requerida. Assim, escapa de nossas mãos a oportunidade de orientar direitinho aos pacientes, de explicar tudo sobre essa e outras doenças e suas possíveis complicações.

Em minha opinião, este é um problema de saúde importantíssimo já que a hipertensão arterial é provavelmente a doença crônica mais facilmente diagnosticável. Isto porque, apesar de muitas pessoas não terem sintomas, um parâmetro exploratório da clínica de rotina, em qualquer consulta, que é a medida da pressão arterial, é um método simples de diagnóstico.

Isto também implica a possibilidade de medidas terapêuticas, não farmacológicas e farmacológicas que o desenvolvimento científico e técnico tem fornecido. O sucesso do controle da pressão arterial elevada em indivíduos hipertensos e medida direta de mudança de estilo de vida.

SELEÇÃO DO “NÓ CRÍTICOS”:

Após a descrição do problema passou-se a selecionar os respectivos “nós críticos”, fundamentado no Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Segundo Campos, Faria e dos Santos (2010, p. 65). O nó crítico

É um tipo de causa de um problema que, quando ‘atacado’, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O ‘nó crítico’ traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando.

Nós críticos do problema priorizado:

1. Hábitos alimentares inadequados.
2. A falta de conhecimento da doença.
3. Uso incorreto das medicações.
4. Inadequados estilos de vida.
5. Pouco controle das doenças crônicas.

Posteriormente foram identificadas as operações e traçados os projetos necessários para sua possível solução. Proporemos os resultados esperados dessas operações, assim como os recursos necessários para sua execução.

No quadro 2, a seguir, mostramos o desenho das operações em relação aos nos críticos selecionados na Unidade Básica de Saúde Jardim Alvorada.

6.5 DESENHOS DAS OPERAÇÕES

Quadro 2 - Desenho das operações em relação aos no críticos seleccionados no PSF Jardim Alvorada, Ribeirão das Neves. Minas Gerais. 2015.

No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<p>Hábitos e estilos de vida inadequados.</p>	<p>Mais Saude Modificar hábitos e estilos de vida.</p>	<p>Melhorar os hábitos e estilos de vida reduzindo o sobrepeso, obesidade, tabagismo, alcoolismo e sedentarismo.</p>	<p>Programa de caminhada, exercicios fisicos orientados a estos usuarios. Palestras educativas voltadas para pacientes hipertensos para ajuda-los a elevar o conhecimento sobre a doença e o tratamento não medicamentoso. Realização de grupos operativos.</p>	<p>Organizacional : Para organizar as caminhadas e os exercícos fisicos, assim como formação de grupos.. Cognitivo: Para aumentar a informação sobre o tema (educação permanente em saúde) e sobre estrategias de educação. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>

<p>Falta de conhecimento da doença e as possíveis complicações.</p>	<p>Saber Mais Aumentar o nível de conhecimentos dos usuários sobre a doença, os riscos e as possíveis complicações.</p>	<p>População mais informada sobre a Hipertensão Arterial, sua prevenção assim como suas complicações.</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre a doença e seus riscos. Grupos educativos. Capacitação dos agentes de saúde.</p>	<p>Financiero: Para aquisição de folhetos educativos, pancartas ilustrativas e cadernos para confecção de novas agendas para consultas e grupos. Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos, assim como organização da agenda.</p>
<p>Uso incorreto das medicações.</p>	<p>Saber Mais Aumentar o nível de informação e conhecimento da população sobre o perigo da automedicação e reações adversas dos medicamentos. Além da não medicação.</p>	<p>Maior informação da população sobre o perigo da automedicação, assim como a não adesão terapêutica da HAS.</p>	<p>Grupo educativo sobre uso correto da medicação. Capacitação dos agentes de saúde.</p>	<p>Financiero: Para aquisição de folhetos educativos, pancartas ilustrativas e cadernos para confecção de novas agendas para consultas e grupos. Organizacionais: Para organizar os grupos educativos. Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: Busqueda de um lugar para comecar a fazer a reunião com os grupos.</p>

<p>Hábitos alimentares inadequados</p>	<p>Mais Saude Mudança dos hábitos alimentares.</p>	<p>Melhorar os hábitos alimentares da população.</p>	<p>Grupo educativo sobre alimentação saudável. Criação de horta comunitária, oficina sobre alimentação.</p>	<p>Organizacional : Para garantir a formação dos grupos. Para desenvolver palestras com apoio da nutricionista . Cognitivo: Para aumentar a informação sobre o tema (educação permanente em saúde) e sobre estratégias de educação. Político: conseguir o local para as reuniões com os grupos de hipertensos. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>
<p>Pouco controle das doenças crônicas</p>	<p>Linha de cuidado Implantar linha de cuidado para pacientes com hipertensão arterial.</p>	<p>Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde.</p>	<p>Linha de cuidados implantada. Protocolos implantados Manter cadastro atualizado dos hipertensos. Capacitação da equipe de saúde</p>	<p>Cognitivo: Elaboração de projetos de linha de cuidados e protocolos para pacientes hipertensos Políticos: articulação entre os setores da saúde, adesão dos profissionais. Organizacional: organizar palestras educativas e pôster. Financeiro: Aquisição de recursos para pôster, material de oficina e recursos audiovisuais.</p>

Fonte: Registro do trabalho da equipe com usuários hipertensos na Unidade Básica de Saúde Jardim Alvorada, Ribeirão das Neves. Minas Gerais. 2015.

6.6. IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Os recursos críticos para enfrentar os nós críticos selecionados podem ser vistos no quadro abaixo, onde estão apresentados.

Quadro 3 - Recursos críticos para o enfrentamento aos nós críticos selecionados na Unidade Básica de Saúde Jardim Alvorada, Ribeirão das Neves. Minas Gerais. 2015.

Operação/Projeto	Recursos críticos
<p>+ Saúde</p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida inadequados.</p>	<p>Político conseguir um espaço para fazer as reuniões com os grupos de usuários.</p> <p>Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p>
<p>Saber +</p> <p>Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença</p>	<p>Político. Disponibilidade de local para fazer palestras educativas</p> <p>Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, pôster, etc.</p>
<p>Linha de cuidado</p> <p>Implantar linha de cuidado para pacientes com hipertensão arterial.</p>	<p>Político,. Disponibilidade de local para fazer prática de exercícios físicos em na comunidade.</p> <p>Financeiro, recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).</p>

6.7. ANALISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS

No quadro 4 abaixo pode-se observar a viabilidade do plano, assim como os atores que controlam os recursos críticos

Quadro 4 - Análise da viabilidade do plano de intervenção para a Unidade Básica de Saúde Jardim Alvorada. Ribeirão das Neves. Minas Gerais. 2015.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde Modificar estilos de vida e hábitos alimentares inadequados.	Político → conseguir o espaço ou local para reuniões com os grupos de usuários Hipertensos. Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Secretário de Saúde Equipe de saúde o Gerente do posto. Secretario de saúde	Favorável Favorável	Não é necessária. Não é necessária.

<p>Saber + Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre a doença, os riscos e as complicações futuras, assim como o perigo da automedicação.</p>	<p>Político > disponibilidade de local para fazer palestras educativas.</p>	<p>Secretario de saúde. Equipe e saude..</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não é necessária.</p>
<p>Linha de Cuidado Reorganizar o processo de trabalho da equipe para melhorar o controle das doenças crônicas.</p>	<p>Político →Articulação entre os setores assistenciais de saúde.</p>	<p>Secretário de Saúde. Equipe e saude, com apoio da fisioterapeuta</p>	<p>Favorável Favorável</p>	<p>Não é necessária Não é necessária</p>

6.8. ELABORAÇÕES DO PLANO OPERATIVO

No quadro 5, a seguir, podemos examinar o plano operativo proposto, segundo a divisão de responsabilidades após a reunião feita com os integrantes do PSF. Também estão definidos os prazos para desenvolver tais atividades.

Quadro 5 - Elaboração do plano Operativo relacionado à elevada incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada no PSF Jardim Alvorada. Ribeirão das Neves. Minas Gerais. 2015.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>+ Saúde</p> <p>Modificar hábitos de vida e hábitos alimentares inadequados.</p>	<p>Melhorar o controle dos usuários com hipertensão arterial descompensada.</p> <p>Mudança dos hábitos alimentares.</p>	<p>Programa de caminhada, as práticas em academias.</p> <p>Palestras educativas voltadas aos pacientes hipertensos para ajudar a elevar o conhecimento sobre tratamento não medicamentoso.</p>	<p>Desenhar palestras educativas voltadas a melhorar o conhecimento sobre a importância da mudança dos estilos de vida.</p> <p>Reuniões com grupos de usuários com risco.</p>	<p>Médico</p> <p>Luis</p> <p>Enfermeira</p> <p>Adriana.</p>	<p>Três meses para o início das atividades.</p> <p>Com uma avaliação semestral.</p>

		Formação do grupo com estes usuários. Palestras educativas sobre alimentação saudável.			
Saber + Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a doença, seus riscos e as complicações futuras, assim como o perigo da automedicação.	População mais informada sobre a Hipertensão Arterial, sua prevenção assim como suas complicações.	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos. Grupos educativos. Capacitação dos agentes de saúde.	Avaliação do nível de informação dos pacientes hipertensos.	Equipe de saúde.	Início em quatro meses
Linha de Cuidado Reorganizar o processo de trabalho para melhorar o controle das doenças crônicas.	Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde.	Linha de cuidados implantada. Protocolos implantados. Pessoal capacitado para fazer levantamento de todos os hipertensos do PSF.	Linha de cuidados implantada.	Equipe da saúde.	Quatro meses para apresentação do projeto.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente no mundo e também na população brasileira, tornando-se um fator relevante na morbidade e mortalidade por doenças crônicas, principalmente as doenças cardiovasculares.

Avaliar a qualidade de vida de indivíduos hipertensos é um fator muito necessário para avaliar a melhora do indivíduo após iniciar o tratamento, assim como identificar as alterações causadas pela doença ou como complicações do tratamento.

Para lograr o controle certo da hipertensão arterial além de ter hábitos de vida saudáveis e fazer o tratamento direitinho também é necessária a conscientização sobre a doença e as complicações relacionadas.

No meu critério próprio eu acho que este trabalho foi muito bom, os indivíduos participantes nele ficaram muito agradecidos já que conheceram mais sobre a doença e as formas mais simples de controlá-la.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. M.; OLIVEIRA *et. al.* Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Vol.19, n.8, pp. 3497-3504. 2014.

BANCO MUNDIAL. **Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil**. Brasília: Banco Mundial/Unidade de Gerenciamento do Brasil, 2005.
Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/relatorio_banco_mundial.pdf> Acesso em: 21 nov. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)**. Brasília. 2001.

BRASIL, Ministério da saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Ed. Brasília, 2006.

BRASIL, L. M. P.; FISBERG M.; MARANHÃO, H. S. Excesso de peso de escolares em região do Nordeste Brasileiro: contraste entre as redes de ensino pública e privada. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. [on line]. 7(4), 405-412, 2007.

BRITO, E. S. de; PANTAROTTO, R. F. R.; COSTA, L. R. L. G. da. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). **Health Sci Inst.**; 29(4): 265-8, 2011. Disponível em:
<http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/04_out-dez/V29_n4_2011_p265-268.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015.

BRONNER, L.L.; KANTER, D. S.; MANSON, J. E. **Primary prevention of stroke**. N. Engl J Med. [On line]. 333: 1392-400, 1995.

Disponível em

https://www.researchgate.net/profile/Daniel_Kanter/publication/15722222_Primary_prevention_of_stroke/links/546f42040cf216f8cfa9ce55.pdf. Aceso em: 16 nov. 2015.

CANAAN, F. A. *et al.* Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, 2006.

CAMPOS, F. C. C. dos; FARIA H. P. S., Max A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

CARVALHO, M, V.; *et al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. São Paulo, V. 100, n. 2, p. 164-174. 2013.

CIPULLO, J. P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 94, n. 4, Abr. 2010.

CUPPARI, L. **Nutrição Clínica do Adulto**. São Paulo: Manolli, 2002.

CHOBANIAN, A. V. *et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. **The JNC 7 report**. **JAMA**, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003.

FERREIRA, S. R. S. *et al.* **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Gerência de saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: [s.n.], 2009.

GIROTTI, 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.

GUPTA, R.; SINGH, V.; GUPTA, V. P. Smoking and Hypertension: the Indian scenario. **South Asian Journal of Preventive cardiology**, Jaipur, India, 2004. Disponível em: <www.sajpc.org/vol7/vol72/smokingandhypertension.htm>. Acesso em: 26 nov. 2015

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades@. Ribeirão das Neves**. [online], 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=315460>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

MIRANDA, R. D.; STRUFALDI, M. B. Tratamento não medicamentosos: dieta DASH. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; FERNANDO, M. **Hipertensão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

NAÇÕES UNIDAS, FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ribeirao-das-neves_mg#idh> Acesso em: 27 nov. 2015.

RIBEIRÃO DAS NEVES. **Lei Municipal Ordinária Nº 3.357/2011**. De 01 de março de 2011. Disponível em: <<http://www.cmrn.mg.gov.br/images/stories/leis-municipais/2011/lei33572011.pdf>> Acesso em: 24 set. 2015.

SALOMÃO, *et. al.* Fatores associados à hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, V. 17, n. 1, p.32-38, 2013.

SILVA, S. L.; Influencia de fatores antropométricos e atividade física na pressão arterial de adolescentes de Taguatinga. Distrito Federal, Brasil. **Motricidade**, Brasília, V. 9, n. 1, p.13-22, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes para Cardiologistas sobre Excesso de Peso e Doença Cardiovascular dos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**. São Paulo: SBC, 78, (suplemento I), 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo: SBC. Vol. 89, no. 3, 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2007001500.012> Acesso em: 18 nov. 2015.

VITOR, R. S, SAKAI, F. K; CONSONI, P. R. C. Indicação e adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial. **Rev. AMRIGS**, 53(2):117-121, 2009.

APÊNDICE

FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS JUNTO AOS USUÁRIOS

Caro usuário do PSF Jardim Alvorada:

Com o objetivo de aumentar seu nível de conhecimento em relação a hipertensão arterial, sua prevenção e controle, preparamos uma serie de ações educativas que atendam suas necessidades, por isso pedimos sua colaboração para o desenvolvimento exitoso do presente trabalho. Os dados fornecidos por você serão processados pela equipe de saude da familia. Agradecemos antecipadamente sua participação.

1. Idade:

De 18 ate 35 anos_____

De 36 ate 45 anos _____

De 46 ate 55 anos_____

De 56 ate 65 anos_____

De 66 ate 79 anos_____

De 79 e mais anos_____

2. Sexo:

Feminino_____

Masculino_____

3. Conhecimento dos fatores de risco associados a hipertensão arterial:

Marque com um X a alternativa que considerar verdadeira.

3.1. História familiar de hipertensão arterial ____.

3.2. Hábitos tóxicos ____.

3.3 Obesidade ____.

3.4 Artrose ____.

3.5. Colesterol alto ____

3.6 anemia _____

3.7 estresse _____

3.8 Cardiopatias ____.

4. Você conhece os sintomas e sinais da hipertensão arterial? Marque com um x:

4.1. Dor na Cabeça ____.

4.2. Rubor Facial ____.

4.3. Sede e fome ____.

4.4. Urinar muito ____.

4.5. Dor no Peito ____ .

3. 6 Dor de estômago ____.

4.7. Zumbido no ouvido ____.

5. O que deve fazer um paciente hipertenso com seu tratamento? Marque com um x:

5.1. Trocar o medicamento ____.

5.2. Suspender o medicamento se não tem sintomas ____.

5.3. Cumprir o tratamento diário indicado pelo médico ____.

5.4. Controla-se com dieta se não tiver elevação da pressão arterial ____.

6. A alimentacao (dieta) do usuario hipertenso exige: marca com um x:

6.1. Comer com baixo nível de açúcar ____.

6.2. Comer só uma vez ao dia ____.

6.3. Comer com pouco sal e evitar gorduras ____.

6.4. O que você costuma comer?-----

7. O que deve fazer um paciente hipertenso com relação ao exercício físico: marque com um x:

7.1. Practicar exercício físico diariamente ____.

7.2. Não fazer exercício físico ____.

7.3 Realizar exercício físico intenso ____.

7.4. Praticar exercício físico coletivo supervisionado ____.