

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.

MARIESLY FERNANDEZ GARCIA

**ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE RIO DO
PEIXE, MUNICÍPIO CAMBUI- MINAS GERAIS**

Alfenas/ Minas Gerais

2016

MARIESLY FERNANDEZ GARCIA

**ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE RIO DO
PEIXE. MUNICIPIO CAMBUI- MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Viviane Helena de França

Alfenas / Minas Gerais

2016

MARIESLY FERNANDEZ GARCIA

**ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE RIO DO
PEIXE, MUNICÍPIO DE CÂMBUI- MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profª Dra. Viviane Helena de França – orientadora - UFMG

Profª Polyana Oliveira Lima – UFAL

Aprovado em Belo Horizonte, em 12 de julho de 2016.

AGRADECIMENTOS

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

A minha família pelo carinho e apoio.

A todos nossos professores que contribuíram e enriqueceram nossos conhecimentos em toda nossa vida acadêmica

A minha orientadora Viviane Helena de França, pelos esclarecimentos e sugestões.

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

Se um dia tiver que escolher entre o mundo e o amor...

Lembre-se: Se escolher o mundo ficaria sem o amor,
mas, se escolher o amor, com ele você, conquistará o mundo.

(Albert Einstein, 1949)

RESUMO

No mundo atual, o desenvolvimento científico e tecnológico tem contribuído para o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, dentre essas a Hipertensão Arterial, em decorrência do aumento da expectativa de vida da população. Este trabalho tem por objetivo elaborar um plano de ação com vistas à redução da incidência da Hipertensão Arterial da população, ao identificar os seus principais fatores determinantes. Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família devem atuar na promoção da saúde e prevenção da Hipertensão Arterial intervindo sobre os fatores de risco cardiovasculares associados à alimentação inadequada, estresse, falta de atividade física, alcoolismo e tabagismo, e envolvendo os familiares em ações educativas para que se tornem motivadores da adesão dos pacientes aos métodos terapêuticos propostos. Estratégias lúdicas, grupos, palestras educativas, apoio físico, psicológico e a atuação de uma equipe multiprofissional são de grande importância para se alcançar resultados significativos junto aos pacientes, sua família e a população em geral. Para elaborar essa proposta de intervenção foi realizado um diagnóstico por meio do Planejamento Estratégico Situacional utilizando a metodologia de estimativa rápida. A partir deste planejamento foram elaboradas as operações sobre os nós críticos (processo de trabalho da equipe de saúde, estrutura dos serviços de saúde, hábitos e estilos de vida, nível de informação) do problema da Hipertensão Arterial Sistêmica, da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Rio de Peixe, Cambuí, Minas Gerais. A elaboração deste Plano de Intervenção abordando a assistência prestada aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial e o grupo risco para a doença nesta área de abrangência foi de extrema importância para criação das ações a serem executadas pela equipe multiprofissional, contando com o apoio de parcerias locais. Com a implantação deste plano de intervenção almeja-se atender o objetivo de proporcionar melhorias na qualidade de vida e saúde dos pacientes.

Palavras-chave: Hipertensão, Educação em saúde, Qualidade de vida.

ABSTRACT

In today's world, scientific and technological development has contributed to the increased prevalence of chronic degenerative diseases, among these the Hypertension, due to the increase in life expectancy of the population. This study aims to develop an action plan aimed at reducing the incidence of the population of Hypertension, to identify the key determinants. The professionals of the Family Health Strategy must work in health promotion and prevention of Hypertension acting on the cardiovascular risk factors associated with poor nutrition, stress, lack of physical activity, alcohol abuse and smoking, and involving family members in educational activities to become motivators of adherence to the proposed therapeutic methods. playful strategies, groups, educational lectures, physical, psychological and the work of a multidisciplinary team are of great importance to achieve significant results with the patients, their families and the general population. To prepare this proposed intervention was carried out a diagnosis using the Situational Strategic Planning using the rapid assessment methodology. From this planning were developed operations on the critical nodes (work process of the health team, structure of health services, habits and lifestyles, information level) the problem of systemic hypertension, the population under Team responsibility Health of Fish River Family, Cambui, Minas Gerais. The preparation of this Intervention Plan addressing the care provided to patients with Hypertension and the risk group for the disease in this coverage area was extremely important to create the actions to be performed by the multidisciplinary team, with the support of local partnerships. With the implementation of this action plan aims to meet the objective of providing improvements in quality of life and health of patients

Keywords: Hypertension. Health education. Quality of life

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral.

AVE – Acidente Vascular Encefálico.

ECA – Enzima Conversora da Angiotensina.

ECG – Eletrocardiograma.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

HA – Hipertensão Arterial.

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

HAS – Hipertensão Arterial Sistólica.

IMC – Índice de Massa Corporal.

MMHG – Milímetros de Mercúrio.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PA – Pressão Arterial.

PAS – Pressão Arterial Sistólica.

PAD – Pressão Arterial Diastólica.

SIAB- Sistema de informação de Atenção Básica.

SNC – Sistema Nervoso Central.

SUMÁRIO

1	Introdução.....	09
2	Justificativa.....	20
3	Objetivos.....	21
3.1	Objetivo geral.....	21
3.2	Objetivos específicos.....	21
4	Metodologia	22
5	Revisão bibliográfica.....	27
6	Proposta de intervenção.....	43
7	Considerações finais.....	51
	Referências.....	53

1 INTRODUÇÃO

1.1- Identificação do município de Cambuí, Minas Gerais

Cambuí é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais. Está localizado no sul do estado de Minas Gerais, distante a 400 km de Belo Horizonte, 150 km de São Paulo, cortado pela BR 381 – Rodovia Fernão Dias, na altura do km 841. Faz divisa com os municípios de: Córrego do Bom Jesus, Camanducaia, Senador Amaral, Estiva, Bom Repouso (Figura 1). Seu território possui 19 bairros rurais e o município não possui distrito.



Figura 1- Localização do município de Cambuí no estado de Minas Gerais.

1.2. Histórico do município de Cambuí

Segundo a tradição, Cambuí foi via de acesso dos bandeirantes à procura de ouro e pedras preciosas, de aventureiros exploradores de "descobertas" terras, anteriormente, devassadas. Além disso, também foi à via de acesso preferido pelos viajantes em demanda das cidades, vilas e arraiais, já formados às margens dos rios Sapucaí e Verde. Alguns deles perceberam a fertilidade das terras permaneceram na região, iniciando fazendas de lavoura e criação de gado, o que resultou no povoamento e no aumento de moradores.

Alguns deles perceberam a fertilidade das terras e permaneceram na região, iniciando fazendas de lavoura e criação de gado, o que resultou no povoamento e no aumento de moradores.

Em 1813, foi construída uma capela consagrada a Nossa Senhora do Carmo (hoje, a Padroeira do município), situada a 3 km da atual cidade. Segundo contam, quando os moradores perceberam a má localização do arraial, mudaram-no para o local onde hoje se situa a cidade, acelerando, a partir daí, o seu progresso. O nome da cidade originou-se da abundância na região de uma árvore nomeada Cambuí.

O distrito foi criado em 1 de junho de 1850, pela Lei nº 571, e o Município, desmembrado de Jaguaré o dia 19 de janeiro de 1892, pela Lei nº 23. A vila foi criada com sede no povoado de Nossa Senhora do Carmo de Cambuí, pela Lei Provincial nº 3712, de 27 de julho de 1889, sendo instalada em 19 de janeiro de 1890, e a cidade pela Lei Estadual nº 23, de 24 de maio de 1892.

Em 1813, foi construída uma capela consagrada a Nossa Senhora do Carmo (hoje, a Padroeira do município), que se localiza a 3 km da atual cidade. Segundo contam, quando os moradores perceberam a má localização do arraial, mudaram-no para o local onde hoje se situa a cidade, acelerando, a partir daí, o seu progresso. O nome da cidade originou-se da abundância na região de uma árvore com nome Cambuí.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o Município de Cambuí (Cambuhy) consta que o mesmo estava composto por 3 Distritos: Bom Retiro, Bom

Jesus do Córrego, e Cambuí, sendo criado pela Lei Provincial nº 471, de 1º de junho do ano de 1850 e Lei Estadual nº 2, de 14 de setembro de 1891.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o Município de Cambuí (Cambuhy) consta como composto por 3 Distritos: Bom Retiro e Bom Jesus do Córrego, e Cambuí, sendo esse criado pela Lei Provincial nº 471, de 1º de junho do ano de 1850 e Lei Estadual nº 2, de 14 de setembro de 1891.

Em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936, 31-XII-1937 e no quadro anexo ao Decreto-Lei Estadual nº 88, de 30 de março de 1938, bem como no quadro fixado pelo Decreto Estadual nº 148, de 17 de dezembro de 1938 para 1939-1943, o município de Cambuí é composto pelos Distritos de Cambuí, Bom Jesus do Córrego e Bom Retiro - que é termo judiciário

Em virtude do Decreto-Lei Estadual nº 1058, de 31 de dezembro de 1943 que fixou o quadro territorial para vigorar no quinquênio 1944-1948, o Município de Cambuí ficou composto dos Distritos de Cambuí, Bom Jesus do Córrego e Bom Repouso - que constitui o único termo judiciário da Comarca de Cambuí.

Na Lei nº 336, de 27-12-1948, que passa a vigorar de 1949-1953, sua composição territorial estava formada pelos Distritos de Cambuí, Bom Jesus do Córrego, Bom Repouso e Senador Amaral. Já na legislação fixada pela Lei nº 1039, de 11-12-1953 de 1954-1958 apenas os Distritos de Cambuí e Senador Amaral foram elevados a município. Assim permaneceu no histórico de Cambuí a divisão territorial datada de 01-07-1960. (IBGE, 2010).

O nome Cambuí originou-se da língua Tupi-Guarani e significa, na língua indígena, "*Água leitosa ou Rio do Leite*", presume-se que as margens do Rio das Antas (rio que banha a cidade) eram cobertas de argila (tabatinga) que dava a cor leitosa às águas.

1.2.- Caracterização do município de Cambuí

O município tem uma área total de 244.567 Km², se encontra na Serra da Mantiqueira, possui relevo de planalto e clima tropical de altitude. É banhado por dois rios principais: Rio das Antas e Rio Itaim, que fazem parte da Bacia do Sapucaí. Possui a altitude máxima de 1633m e a mínima de 680m. Possui uma topografia montanhosa e clima agradável, tropical de altitude, sendo que a cidade apresenta um potencial turístico que pode ser explorado, pois possui cachoeiras e porção de mata faz parte do complexo da Mata Atlântica.

O centro de referência de microrregional é Pouso Alegre. Tem uma Concentração Habitacional de 7.626 domicílios urbanos para um total de 8.089 famílias, sendo 6.823 urbana e 1266 rural, distribuída segundo as faixas etárias citadas no quadro 1, gráfico 1 e gráfico 2.

Quadro 1- Demografia da população de Cambuí, MG.

MUNICIPIO: Cambuí										
Total da população: 26486										
Nº de indivíduos	0-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60 +	Total	
Área Urbana	1.194	1.406	1.784	1.821	7380	3.234	2.470	3.071	22.360(15.6%)	
Área Rural	269	244	266	233	1110	508	643	853	4.126(84.4%)	
Total	1.463	1.650	2050	2054	8.490	3.742	3.113	3.924	26.486(100,00%)	

Fonte: IBGE (Censo 2010).

Gráfico 1-Distribuição por área urbana e rural da população de Cambuí- MG.

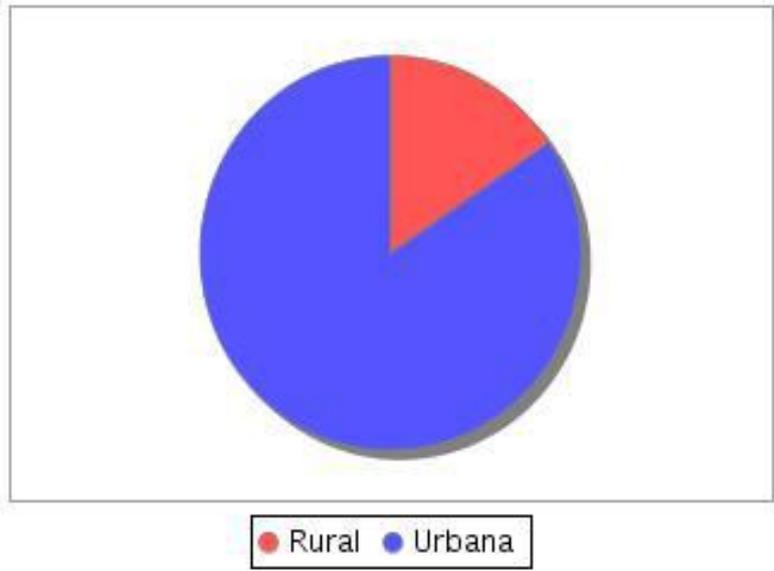
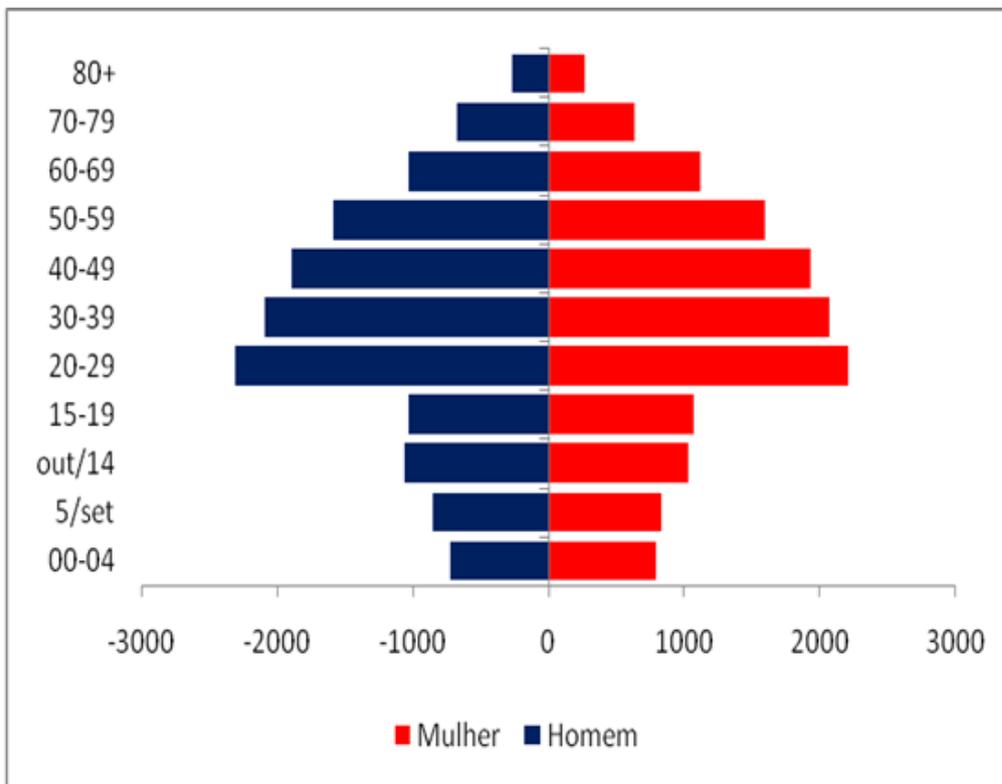


Gráfico
faixa
da
Cambuí-MG.

2-Pirâmide de
etária por sexo
população de



Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)- 0,751.

Taxa de urbanização: 84,2 %.

Renda Média Familiar: R\$ 705.81

Sistema de esgoto pela rede pública: 71,0 %(SIAB,2012).

Quanto a coleta de resíduos sólidos, o município de Cambuí realiza esse serviço em 100% dos domicílios do perímetro urbano, e, aproximadamente, 75% na área rural.

Como o saneamento básico constitui um meio importante de prevenção de doenças dentre todas as atividades de saúde pública, no início de 2013, foi encaminhado um projeto à FUNASA solicitando recursos para ampliar as redes de tratamento de esgoto no município de Cambuí, visando melhorar ainda mais os serviços prestados à população.

As principais atividades econômicas de Cambuí são: a agricultura e pecuária, destacando-se o cultivo do morango e a produção de leite e seus derivados. A indústria é a atividade de maior destaque na fabricação de peças de veículos, confecções de roupas e metalúrgicas, e o comércio local variado. Esse comércio tem como os principais ramos: o comércio de material de construção, gêneros alimentícios e confecções.

No município 60% da população trabalha no comércio, 30% no setor industrial e 10% são trabalhadores rurais. O índice de desemprego na população maior de 16 anos é de 4,7%.(DATASUS, 2010).

Quanto a coleta de resíduos sólidos, o município de Cambuí realiza esse serviço em 100% dos domicílios do perímetro urbano, e, aproximadamente, 75% na área rural.

Como o saneamento básico constitui um dos mais importantes meios de prevenção de doenças, dentre todas as atividades de saúde pública, no início de 2013, foi encaminhado um projeto à FUNASA solicitando recursos para ampliar as redes de tratamento de esgoto no município de Cambuí, visando melhorar ainda mais os serviços prestados à população.

Cambuí tem como atividades econômicas a agricultura e pecuária, destacando-se o cultivo do morango e a produção de leite e seus derivados, e a indústria. Nessa é uma atividade de maior destaque a fabricação de peças de veículos, confecções de roupas e metalúrgicas, e o comércio local variado. Esse comércio tem como os principais ramos: o comércio de material de construção, gêneros alimentícios e confecções.

No município 60% da população trabalha no comércio, 30% no setor industrial e 10% são trabalhadores rurais. O índice de desemprego na população maior é na faixa etária dos 16 anos, de acordo com o DATASUS (2010), sendo essa de 4,7%.

Nos últimos anos têm-se observado a diminuição da população residente na zona rural. Esta tem deixado suas residências e vindo para a cidade em busca de melhores condições de vida: saúde, trabalho, educação, etc.

As facilidades encontradas no perímetro urbano atraem estas pessoas para a cidade, sendo que, em alguns casos, as residências na zona rural são mantidas para se passar o final de semana.

Nos últimos cinco anos muitas pessoas de outras cidades (São Paulo, Campinas e região maiores), começaram a ter residências no perímetro rural, com a finalidade de passar os finais de semana, feriados e férias.

Tem vindo para o município também muito pessoas de outras localidades (São Paulo, Campinas e região maiores), as quais passam a ter residências no perímetro rural, com a finalidade de passar os finais de semana, feriados e férias.

-Taxa de Crescimento Anual Populacional: 15,33% IBGE ,(2010).

-Densidade Demográfica:109.07 Hab.Km2 IBGE ,(2010).

-Taxa de Escolarização: 92,5% DATASUS ,(2010).

-Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 17,9 %

-Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de Cambuí de 2013: Na rede municipal 6.6 em média;e na rede estadual 5.9 em média.

Em relação à saúde da população observa-se que a maioria das pessoas são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), sejam para realização de consultas, exames e procedimentos na Atenção Primária, de média e alta complexidade.

A população que faz uso dos serviços privados, é composta por aqueles que possuem plano de saúde, ofertado pelas empresas para que os trabalhadores possam exercer suas atividades.

Em relação à saúde da população observa-se que a maior parcela é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), seja para realização de consultas, exames e procedimentos na Atenção Primária (porta de entrada dos serviços do SUS), quanto na média e alta complexidade.

A população que faz uso dos serviços privados, em sua maioria, é composta por aqueles que possuem plano de saúde, ofertado pelas empresas, os quais são contratados para que os trabalhadores possam exercer suas atividades.

1.3 - Características do Sistema Único de Saúde em Cambuí

- Conselho Municipal de Saúde (CMS):

- Instrumento legal de Criação do CMS: Lei 1.200de 1993.

- Nome do presidente do CMS: Joênio Barbosa Barros.

- Data: 18/05/1993.

- Segmento: Usuário.

- Data da última eleição do conselho: 29/07/2014.

- Fundo Municipal de Saúde:

- Instrumento legal de Criação do FMS: Lei 1154/2011 instância de criação federal.

- Data:04/12/1991.

- Orçamento destinado à saúde em valores programados: R\$ 11.369.579,30

- Orçamento destinado à saúde em valores executados: R\$ 11.033.780,17

- Recursos Humanos em Saúde na Rede Pública:

-A Rede Municipal de Saúde de Cambuí conta com 198 servidores públicos, sendo 146 estatutários; funcionários efetivos, que tiveram acesso ao trabalho por meio de Concurso Público, e 52 funcionários celetistas que prestam suas atividades por meio de Contratação por Tempo Determinado.

-O secretário municipal de saúde é um profissional inserido no trabalho por meio de nomeação para cargo comissionado.

A carga horária dos profissionais de saúde é de 40 horas semanais, e o horário de trabalho é das 07horas às 16horas, ou das 08horas às 17horas.

1.4- Programa de Saúde da Família (PSF) Rio de Peixe

O Programa Saúde da Família (PSF) em análise se trata do PSF de Rio Do Peixe, situado no bairro de Rio Do Peixe, localizado em uma zona rural da cidade de Cambuí.

Nesse PSF estão cadastradas 1.500 pessoas, representadas por 412 famílias segundo SIAB ,(2014) . Essa população apresenta 80% de taxa de alfabetização. Em quanto a ocupação existe uma taxa de emprego de 70%, e o resto corresponde a um 20% de aposentados e 10% de desempregados.

Os principais postos de emprego são: a indústria Poli Braz (fabricação de materiais escolares), um Frigorífico e a Fábrica de doces de amendoim.

Quanto a qualidade de vida da população local, essa encontra-se representada por 70% inserida no mercado de trabalho formal, e o restante da população vivendo do trabalho informal como coleta de morango, venda de hortaliças particulares, rendimentos esses que representam 20%, e 10% da população que recebe auxílios financeiros pelo governo.

Com relação ao perfil de saúde da população residente nessa área de abrangência, essa apresenta como morbidades mais comuns as doenças do aparelho respiratório, as quais com freqüência culminam em internações. Essa ocorrência deve-se principalmente ao clima frio do inverno, sendo as crianças e idoso os grupos de maior risco.

- Recursos da Comunidade

Na comunidade consta com um PSF, uma creche, uma escola de ensino fundamental e ensino médio, e cinco igrejas.

- Unidade Básica de Saúde

A unidade de saúde nesta comunidade está localizada na Avenida Principal S/N, via acesso pela rodovia Fernão Dias no Km 890. O horário de funcionamento é de 8 horas às 12 horas, e, de 13 horas às 17 horas, de Segunda a Sexta Feira.

- Recursos Humanos da ESF:

A equipe é formada por um total de 10 profissionais, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 medico odontólogo, 1 técnica de dentista, 2 agentes comunitárias de saúde (ACS), 1 recepcionista, 1 profissional de serviços gerais, 1 motorista e 1 médica clínico geral. O dentista e sua técnica atendem dias de segunda e terça feira, já a médica trabalha de segunda a quinta-feira, e os demais profissionais trabalham todos os dias de segunda a sexta-feira cumprindo com o horário anteriormente citado.

- Recursos materiais

A unidade do PSF é composta pela seguinte infra-estrutura física: dois banheiros, uma cozinha pequena, uma sala de recepção, uma sala de arquivos, uma sala para enfermagem, uma sala para vacina, uma sala para outros procedimentos de enfermeira, uma sala para dentista, uma sala para acolhimento de vacina e uma sala para consultório médico.

1.5- Principais problemas de saúde no PSF Rio de Peixe:

Os problemas de saúde mais freqüentes na área de abrangência nesse PSF subdivididos pelos grupos etários da população são:

-Aumento das doenças respiratórias agudas infecciosas em crianças menores de dois anos.

-Alto índice de gravidez na adolescência.

-Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica.

-Alto risco da população pela exposição de agrotóxicos.

A maior causa de morte no PSF Rio de Peixe em Cambuí, Minas Gerais, encontra-se relacionadas às doenças do aparelho circulatório (Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio, Doenças Isquêmicas do Coração, etc.).

Este resultado não é diferente dos dados de mortalidade predominantes podem ser entendidos quando se analisa o modo de vida da população caracterizada pela correria do dia a dia, stress, sedentarismo, má alimentação, etc, os quais são fatores que reforçam o risco de tais morbidades.

Em alguns casos os pacientes morrem em casa, devido a distancia do hospital de sua área residencial na cidade de Cambuí, pois este serviço de saúde se localiza a uma distância de 12 km do centro da cidade, impedindo-lhes de alcançar os traslados que permitiriam acessar o atendimento em tempo hábil.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica não transmissível essencialmente assintomática. É relevante reforçar as ações de prevenção da doença, principalmente, quando se encontra associada à prevalência de fatores de risco.

A grande incidência de pacientes hipertensos na unidade básica de saúde contribuiu para a escolha do tema desse trabalho de intervenção, pois dentre um total de 1.500 habitantes, 338 apresentam Hipertensão Arterial. Dentre esses pacientes 56 deles foram cadastrados como novos casos de HAS recentes e todos possuem idades superiores aos 20 anos, representando 22.53% dessa população. Essa estimativa encontra-se dentro da média nacional.

A grande importância desse estudo reporta ao trabalho profissional do médico. Esse profissional deve buscar promover melhorias na qualidade da assistência prestada pela equipe do PSF Rio do Peixe junto aos pacientes que apresentam fatores de risco para Hipertensão Arterial. Assim, o presente estudo visa contribuir para que o usuário tenha uma melhor qualidade de vida ao se propor a trabalhar com estratégias que estimulem os pacientes a alcançarem mudanças no estilo e modo de vida inadequados, a partir da implementação de ações nesse sentido.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

-Reduzir incidência da Hipertensão Arterial na população residente na área de abrangência da equipe do PSF Rio de Peixe, do município de Cambuí, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

-Informar a população sobre o que é a Hipertensão Arterial Sistêmica.

-Identificar os fatores determinantes da Hipertensão Arterial na área de abrangência.

-Orientar a equipe quanto a importância da reorganização das ações assim como a participação no plano.

4 METODOLOGIA

4.1- Planejamentos Estratégicos Situacional (PES)

Inicialmente foi realizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), utilizando a metodologia da Estimativa Rápida, com a finalidade de identificar os problemas enfrentados pela comunidade, norteado pelos conceitos de Campos, Faria , Santos (2010).

Para isso foram realizadas entrevistas com algumas pessoas da comunidade, indicadas pelas agentes comunitárias de saúde (ACS). Essas pessoas foram abordadas quanto aos seguintes temas: História da comunidade; Aspectos sociais e econômicos; Principais problemas de saúde.

Para realizar essas entrevistas foram respeitados os critérios éticos. Para isso foi realizada também uma observação ativa da área de abrangência, tanto nos momentos de ida ao território para as entrevistas, quanto no cotidiano durante as visitas domiciliares, sendo. Foi realizada também uma coleta de dados a partir das fichas "A" das agentes comunitárias, que contém informações de produtividade no serviço, que são registradas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Essas informações retratam questões como notificações epidemiológicas e o relatório de produção mensal pela equipe do PSF.

Desse modo, os problemas mais importantes para a comunidade, deveriam ser identificados a partir de uma análise que priorizasse o principal problema de saúde, ou seja, aquele que fosse mais importante na área de abrangência. Para isso foi realizada uma análise hierarquizando esses problemas conforme o seu grau de importância, para definir a prioridade quanto a implementação de ações direcionadas ao seu enfrentamento. Isso ocorreu por ser difícil solucionar todos os problemas de saúde presentes na área de abrangência do PSF ao mesmo tempo.

Como critério para definir o grau de prioridade no enfrentamento do problema foi priorizada a análise sobre sua importância quanto ao tempo gasto para acessar o serviço de urgência, obter o atendimento, e a capacidade resolutive do serviço para seu enfrentamento, Assim, foram identificados como principais problemas de saúde no PSF Rio de Peixe:

- Alta incidência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial na área de abrangência.

A alta incidência de portadores de Hipertensão Arterial tornou-se um problema de saúde pública devido a sua importância e suas eventuais complicações na área adstrita do PSF de Rio de Peixe. Tem-se como agravante a baixa capacidade dos serviços de saúde para esse enfrentamento. Nem todas as ações de prevenção e promoção da saúde podem ser realizadas pela equipe de saúde do PSF, sem contar com o devido apoio da Secretaria Municipal de Saúde e outros órgãos.

O fato de ter grande número de hipertensos não cadastrados e mal controlados quanto aos tratamentos instituídos para essa enfermidade, justifica-se por fatores como: a falta de identificação desse paciente e a ausência de um diagnóstico adequado para seu tratamento. Assim, evita-se que o paciente não faça contato com o serviço de saúde, não seja examinado pelo médico, não faça uso de medicação, e não realize exames de rastreamento.

Outra causa para a HAS seria a falta de informação dos pacientes sobre a doença, a importância de seu tratamento, e relevância de promover mudanças no seu estilo de vida incluindo uma alimentação apropriada e atividade física.

Os principais fatores de risco detectados para o problema priorizado foram

os seguintes:

- Em nível individual, devido aos hábitos e estilos de vida:

1-Ma alimentação.

2-Tabagismo.

3-Uso abusivo de álcool.

4-Sedentarismo.

5-Uso abusivo de sal.

- Em nível social:

1-Alto índice de analfabetismo.

2-Baixo nível de informação.

● Em nível programático devido às falhas na assistência à saúde pelo PSF local:

1-Falta de estrutura da UBS (não tem sala de reuniões de grupo).

2-UBS dispõe de poucas consultas para atendimento à demanda espontânea.

3-Falta de local apropriado para realizar atividades físicas por meio do Grupo Atividade Física.

4-Número insuficiente de reuniões realizadas com o grupo risco para Hipertensão Arterial.

4.2 Identificação dos nós críticos do PSF Rio de Peixe

O nó crítico é definido como um tipo de causa de um determinado problema, o qual, uma vez atacado ao adotar estratégias adequadas para seu enfrentamento, poderá ser trabalhado visando conseguir obter o impacto no sentido de transformá-lo.

Considerando os problemas listados anteriormente, dentre esse foram selecionados os seguintes nós críticos:

-Processo de trabalho da equipe de saúde.

-Estrutura dos serviços de saúde.

-Hábitos e estilos de vida.

-Nível de informação.

A partir da definição desses nós críticos referentes ao problema selecionado (HAS), para cada um desses nós críticos foi descrito o resultado esperado ao serem elaboradas ações para seu enfrentamento, e os produtos a serem gerados para se alcançar os objetivos já citados nesse plano de intervenção.

Desse modo, também foi citada a previsão dos recursos necessários para realizar cada uma dessas ações que foram elaboradas, visando promover possíveis melhorias da qualidade de vida da população do PSF Rio de Peixe.

Posteriormente, foram definidos os atores previstos como responsáveis: a equipe de saúde da família e a Secretaria Municipal de Saúde. Para o controle de cada uma dessas ações e dos recursos necessários e dos nos críticos foi previsto um prazo de dois meses.

Após a priorização dos problemas descritos anteriormente, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica, a qual será apresentada a seguir.

Para isso foi realizado um levantamento de publicações científicas abordando o tema, por meio da busca de bases de dados e os respectivos periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como publicações disponíveis no acervo da Biblioteca Virtual do NESCON, incluindo outros documentos como manuais, diretrizes, livros e textos que são oferecidos pelo curso de Especialização em Atenção Básica e encontram-se disponíveis na Plataforma Ágora. Assim, foram trabalhadas as evidências científicas identificadas nesse levantamento bibliográfico em associação aos registros realizados nos atendimentos prestados junto a Unidade Básica de Saúde.

Para a pesquisa na BVS foram utilizados os descritores: Hipertensão, Educação em saúde, Qualidade de vida.

A intervenção proposta desenvolvida na área do PSF Rio de Peixe, do Município Cambuí em Minas Gerais, teve como equipe executora os profissionais de saúde responsáveis pela cobertura dos serviços de saúde nessa região. Essa equipe realiza o atendimento e é responsável por 412 famílias e cerca de 1.500 pessoas, sendo que dentre essas 338 hipertensos cadastrados a mais tempo com HAS, o que corresponde ao número de família de 22.53%.

Para execução deste plano de intervenção empregar os seguintes recursos humanos e materiais:

-Equipamentos: computador, retroprojeto;

-Profissionais: enfermeira, dentista, médico, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, ACS, agente administrativo e serviços gerais.

-Materiais impressos: ficha de cadastramento e acompanhamento do Hiperdia, cartão de aprazamento, folders educativos, e painéis com fotos ilustrativas.

As estratégias previstas para o desenvolvimento do plano de intervenção compreenderam a descrição das propostas apresentadas nos quadros 1, 2, 3 e 4, os quais descrevem os nós críticos, as operações, os resultados esperados, produtos, recursos materiais, responsáveis, e prazos de execução conforme constan o item 6- Proposta de intervenção.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica, que se caracteriza por níveis elevados de pressão arterial. Associa-se, muitas vezes, a alterações dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

A HAS é considerada o principal fator de risco para complicações tais como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica. Dados estatísticos revelam que, no Brasil, a prevalência, em geral, é de 35.8 % nos homens e de 30% nas mulheres, semelhante aos valores apresentados por outros países (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2006).

Em um total de 22 estudos foram encontradas prevalências entre 22.3 % e 43.9% (média de 32.5%) nas idades entre 20 e 59 anos, e mais de 50% entre 60 e 69 anos, sendo 75% acima de 70 anos (SANTOS, Z. M. S. A., SILVA, R. M., 2002).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em todo o mundo, sendo que, cada vez mais, pessoas morrem anualmente dessas doenças em relação a qualquer outra causa. No Brasil, são a primeira causa de morbimortalidade em adultos. Destaca-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica, ao mesmo tempo em que é uma doença cardiovascular, multiplica muito o risco para adquirir outras doenças cardiovasculares (SILVA, CADE, MOLINA, 2012). A mortalidade por doenças cardiovasculares aumenta com a elevação da pressão arterial, a partir dos valores de 115 x 75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SBC: SBH: SBN, 2010).

Os fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica se apresentam do seguinte modo:

-O termo risco é usado para definir a chance de uma pessoa sadia, exposta a determinados fatores, ambientais ou hereditários, adquirir uma doença.

-Os fatores associados ao aumento do risco para se desenvolver a doença são chamados fatores de risco. Em contrapartida, há fatores que dão ao organismo a capacidade para se proteger contra determinada doença, daí serem chamados fatores de proteção.

-Diversos estudos mostram que existem vários fatores denominados fatores de risco que influenciam no aparecimento ou agravamento da hipertensão arterial. Trabalhos de revisão sobre os mecanismos casuais da hipertensão arterial, ou do aumento da pressão arterial, concordam que sua casualidade é um tanto complexa e multifatorial (SIMONETTI, BATISTA, CARVALHO, 2002).

Dentre os vários fatores de risco da HAS, destacam-se aqueles que são modificáveis, ou, imutáveis (aqueles que não podemos mudar e por isso não podemos tratá-los), e os modificáveis, ou, mutáveis (são fatores sobre os quais podemos influir, mudando, prevenindo ou tratando) (SIMONETTI, BATISTA, CARVALHO, 2002).

1- Fatores de risco não modificáveis:

1.1- Idade e sexo

Tratando-se da variável idade, vários trabalhos consideram-na como um fator de risco importante, o qual contribui para o aparecimento da HAS, devido às alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, como uma consequência do processo de envelhecimento (PESSUTO, CARVALHO, 1998).

Associado com a idade e sexo, a hipertensão arterial ocorre com maior frequência no sexo masculino, porém, devido às mudanças de hábitos das mulheres, essa frequência tem diminuído. As mulheres que fumam e fazem uso de anticoncepcional, com mais de 30 anos, são as mais atingidas. No homem ela aparece depois dos 30 anos e na mulher, somente após a menopausa (PESSUTO, CARVALHO, 1998).

Em ambos os sexos, a frequência da hipertensão cresce com o aumento da idade, sendo que o homem jovem tem pressão arterial mais elevada que as mulheres, porém, após a meia idade, este quadro se reverte (PESSUTO, CARVALHO, 1998).

Segundo LESSA (1998), a presença de HAS em idosos merece maior atenção devido a vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares que são determinadas não somente pela hipertensão, mas, também, por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo.

1.2- Etnia

A etnia negra é um forte fator predisponente para HAS, deixando as pessoas afro-brasileiras expostas ao desenvolvimento de uma hipertensão mais severa, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita quando comparadas as pessoas de etnia branca (CRUZ, LIMA, 1999).

Sabe-se dos estudos de prevalência feitos nos Estados Unidos, que os negros têm maior prevalência de hipertensão arterial do que os brancos (LOLIO *et al*, 1993).

Em consonância com Lolio *et al*. (1993), Pessulto e Carvalho (1998), relatam que em relação à etnia, a negra é mais atingida, sendo que a maior incidência de hipertensão arterial quanto à etnia é junto aos negros e ocorre na faixa etária entre 35 a 44 anos.

Confirma ainda Mano (2009) que, alguns estudos demonstraram uma prevalência maior da hipertensão na raça negra, pois, essa possui também, uma pior evolução da HAS com tendências à complicações mais graves e freqüentes.

Uma das explicações, segundo Mano (2009), talvez tenha correlação com o nível sócio econômico deste grupo de pacientes, não raramente, são mais pertencentes a classes sócias mais baixas. No entanto, a função renal entra em declínio mais rapidamente neste grupo mesmo com controle eficaz da PA. Pessoas de etnia negra parecem apresentar um defeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio, e assim seu transporte renal é atribuído à presença de um gen economizador de sódio que ocasiona o influxo celular de sódio e o influxo celular de cálcio facilitando, deste modo. O aparecimento de HÁ (BARRETO *et al*, 1993).

Associados ao fator de herança da própria etnia encontram-se, também, os fatores ambientais, tais como o fumo, álcool e estresse, dentre outros, que irão se reunir ao primeiro e potencializar os riscos para o desenvolvimento de HAS (CRUZ, LIMA, 1999).

1.3- Hereditariedade

Variações genéticas podem contribuir na determinação dos níveis de pressão arterial de um indivíduo. A hereditariedade elevada da pressão arterial pode ocorrer como um fenótipo, ou, pelo caráter quantitativo de sua distribuição populacional.

Diversos estudos familiares demonstraram a agregação familiar da hipertensão arterial, tanto entre irmãos quanto entre pais e filhos (KRIEGER, PEREIRA, 2008).

2-Fatores de risco modificáveis:

2.1- Tabagismo

O habito do fumo, geralmente, está correlacionado positivamente com o risco de desenvolvimento de doenças isquêmicas do coração. Apesar disso, não tem sido demonstrada sua relação com a pressão arterial. Alguns estudos demonstraram que os fumantes têm pressão ligeiramente mais baixa do que os não-fumantes, mesmo sem haver diferenças significativas. Esses dados sugerem que esses achados sejam devido às interferências dos fatores de risco como o peso (KLEIN, ARAUJO, 1985).

Já um estudo mais recente aponta a nicotina como prejudicial ao organismo, pois promove a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica. Aumenta também a capacidade orgânica em formar coágulos e diminui sua função de destruí-los. Há redução de oxigênio nos glóbulos vermelhos em cerca de 20%, pois o monóxido de carbono que resulta da queima do fumo e do papel, se liga a hemoglobina. Já esta última também lesa a parede interna dos vasos, propiciando a deposição de gorduras (PESSUTO, CARVALHO, 1998).

Segundo Oparil (1997), o fator de vaso constrição é o mais relevante, pois acelera o processo de aterosclerose. Geralmente, o fumante busca o famoso cafezinho, nas situações estressantes, sendo que este consumo de cafeína juntamente com nicotina, são fatores de risco que elevam agudamente a PA.

2.2-Alcoolismo

Nas últimas décadas, o consumo de álcool em níveis elevados vem sendo apontado como fator de risco para o número crescente de doenças. Dentre estas as cardiovasculares assumem um papel de maior destaque, em particular os acidentes vasculares cerebrais (AVC) e a hipertensão arterial (LIMA *et al*, 1999).

Sendo assim, o álcool é um fator de risco que contribui para o agravamento da patologia, segundo a literatura. O aumento das taxas de álcool no sangue elevam a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que quando o paciente deixa de ingerir álcool esses valores se reverterem (PESSUTO, CARVALHO, 1998).

O etanol (sustância contida no álcool) apresenta um efeito bifásico sobre a pressão arterial. Num primeiro momento ele reduz a pressão arterial e depois, causa uma elevação da mesma (LIMA et al, 1999).

Outro estudo confirma que o abuso de álcool pode estar associado à pressão alta. O significado de abuso do álcool pode diferenciar de pessoa para pessoa, dependendo do peso, hábitos alimentares e hereditariedade. De qualquer maneira recomenda-se a moderação com bebidas alcoólicas (CORREA *et al*, 2006).

2.3- Ingestão excessiva de sódio

A ingestão excessiva de sal predispõe ao aumento de pressão arterial (CORREA *et al*, 2006).

Em consonância com Correa et al. (2006), Guyton Hall (2002) relatam que o aumento da ingestão de sal tem muito mais probabilidade de elevar a pressão arterial do que o aumento da ingestão de água. A razão para isso é que a água pura, normalmente, é excretada pelos rins quase tão rapidamente quanto no momento de sua ingestão, ao passo que o sal não é excretado com tanta facilidade. Ao acumular-se no organismo, o sal aumenta, indiretamente, o volume de líquido extracelular por duas razões básicas:

- a. Quando existe excesso de sal no organismo, a osmolaridade dos líquidos corporais aumenta o que, por sua vez, estimula o centro da sede, motivando o indivíduo a ingerir quantidades adicionais de água para diluir o sal extracelular até a sua concentração ficar normal. Esse processo aumenta o volume de líquido extracelular.
- b. Aumento da osmolaridade do líquido extracelular, que também estimula o mecanismo secretor do hipotálamo – hipófise posterior a secretar quantidades

aumentadas de hormônio antidiurético. Por sua vez, o hormônio antidiurético induz os rins a reabsorverem uma grande quantidade de água, diminuindo, assim, o volume excretado de urina e aumentando, ao mesmo tempo, o volume de líquido extracelular.

Por conseguinte, devido a essas importantes razões, a quantidade de sal que se acumula no organismo constitui o principal determinante do volume de líquido extracelular. Como apenas pequenos aumentos do líquido extracelular e do volume sanguíneo podem elevar, de maneira acentuada, a pressão arterial, o acúmulo de uma quantidade adicional de sal no organismo, até mesmo quando pequena, pode, portanto, resultar em uma elevação considerável da pressão arterial (GUYTON, HALL, 2002).

2.4-Obesidade

As dietas altamente calóricas e o sedentarismo são os principais fatores relacionados ao aumento da prevalência da obesidade, outro fator de risco importante para a HAS. Vários estudos apontam para o crescimento acelerado da obesidade e reforçam as necessidades de programas preventivos, que teriam um impacto na redução da incidência da HAS (GALVAO, KOHLMANN, 2002).

Segundo Zaitune *et al.* (2006), a prevalência de hipertensão arterial é maior em indivíduos com sobrepeso ou obesos. A relação entre obesidade e hipertensão arterial tem sido relatada em diversos estudos. Com o passar dos anos, reafirma-se que para cada quilo perdido, esse corresponde a diminuição de um milímetro de mercúrio da pressão arterial.

De acordo com Carneiro *et al.* (2003), os mecanismos pelo qual a gordura abdominal se associa ao aumento da prevalência de hipertensão arterial não são totalmente claros. Alguns autores sugerem que a resistência a insulina e a hiperinsulinêmica poderia ter um papel na gênese da Hipertensão Arterial associada a obesidade.

A hiperinsulinemia provoca aumento da atividade do sistema nervoso simpático e da reabsorção tubular de sódio, ações que contribuem para o aumento da pressão arterial. Por outro lado, a insulina é um hormônio vasodilatador e induz ao aumento

do fluxo sanguíneo para a musculatura esquelética, um efeito que parece ser mediado pelo óxido nítrico. Estes efeitos são acentuadamente diminuídos em pacientes obesos e hipertensos, portadores de resistência à insulina (CARNEIRO *et al.*, 2003).

Em indivíduos normotensos, entretanto, aumentos na produção de insulina, em geral, não se acompanham de elevações dos níveis pressóricos. A explicação para este fenômeno seria que o aumento da atividade simpática, conseqüente a hiperinsulinêmica poderia induzir à vasoconstrição, contrabalançando pela ação direta da insulina. Em indivíduos com predisposição genética a hipertensão, com a ação vasodilatadora da insulina prejudicada, pode ocasionar um aumento da atividade simpática induzida pela hiperinsulinêmica e ser responsável pela elevação dos níveis pressóricos (CARNEIRO *et al.*, 2003).

Outro mecanismo que tem sido proposto para explicar a associação entre aumento de gordura visceral e hipertensão arterial é a possibilidade da gordura visceral mediar a elevação da pressão arterial através da diminuição da natriurese. A maior retenção de sódio não seria dependente dos níveis séricos elevados de insulina, mas seria provocada por ativação do sistema renina – angiotensina, por ativação do sistema nervoso autônomo simpático, e ainda por alterações da hemodinâmica intrarenal, conseqüente a compressão da medula renal.

2.5- Sedentarismo

O sedentarismo é definido como a falta, ou, uma grande diminuição, da atividade física. Esta última é definida como qualquer movimento corporal que implique em gasto de energia. Na realidade, o conceito de sedentarismo não está associado, necessariamente, a falta de uma atividade esportiva. Do ponto de vista da medicina moderna, sedentário, é todo o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com atividades ocupacionais (NETO, 2008).

A vida sedentária provoca literalmente desuso dos sistemas funcionais. O aparelho locomotor e os demais órgãos e sistemas solicitados durante as diferentes formas de atividade física entram em um processo de regressão funcional, caracterizando os músculos esqueléticos pela ocorrência de um fenômeno relacionado a atrofia das

fibras musculares, ou, a perda da flexibilidade articular, além de causar o comprometimento funcional de vários órgãos (NETO, 2008).

Sendo assim, os pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além dessa permitir a diminuição da pressão arterial, o exercício pode, também, reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais, bem como a mortalidade geral e facilitar ainda o controle do peso (BRASIL, 2006).

2.6-Estresse

O estresse é definido como a capacidade natural do indivíduo para reagir as situações de perigo, preparando-se para enfrentar ou fugir, sendo assim fundamental para a sobrevivência humana no seu ambiente primitivo, de constantes ameaças. Sob tensão, o organismo libera hormônios, como a adrenalina, que alertam o sistema nervoso sobre o perigo, mas também perturbam a estabilidade do organismo. A adrenalina provoca o aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial, podendo resultar em um ataque cardíaco (SANTOS 2004).

Este fator de risco ataca indiscretamente qualquer pessoa, mas prevalece com mais intensidade no cidadão de grandes centros urbanos. Preocupações com a família, pressões diárias, excesso de trabalho, risco de desemprego, trânsito, falta de dinheiro, falta de segurança, desilusões amorosas são alguns dos desencadeadores desta reação primitiva e tão danosa (SANTOS 2004).

2.7-Profissão/ Ocupação

Segundo Pessuto, Carvalho (1998), tratando-se da profissão, alguns estudos relacionam a profissão/ocupação com a elevação da pressão arterial, e os índices mais baixos de pressão arterial junto aos grupos socialmente mais privilegiados, ou, aqueles que nunca trabalharam e ocupam, portanto, uma posição intermediária em relação à prevalência de hipertensão.

2.8-Escolaridade

Quando a variável nível de escolaridade, ficou demonstrado que há uma tendência na queda da média da PAS e da proporção de hipertensão arterial, conforme o grau

de educação aumenta. Talvez isso ocorra devido a influencia de outros fatores, como a ocupação e fatores de ordem social. Há uma menor prevalência da doença com o aumento do nível de escolaridade, sendo este dado relevante, já que ira interferir diretamente na assimilação das orientações necessárias ao tratamento (PESSUTO, CARVALHO, 1998).

Em um estudo realizado, a condição social mais adversa, que e a menor escolaridade, encontrou-se associada a HAS, mesmo após o controle dos seus demais fatores causais. Os indivíduos que completam o terceiro grau têm um índice de prevalência de HAS 40% menor do que aqueles que têm menos de 10 anos de escolaridade (SANTOS, SILVA, 2002).

2.9-Diabetes Mellitus.

A hipertensão e a diabetes são doenças inter-relacionadas. A hipertensão é duas vezes mais comum em diabéticos e aumenta com a idade. No momento do diagnostico da diabetes, a hipertensão já existe em cerca de 40% dos doentes, o que sugere uma associação de mecanismos entre as duas, a obesidade e a resistência a insulina levam a hipertensão e esta agrava a intolerância a glicose.

*Diagnostico da Hipertensão Arterial Sistêmica.

A medida da pressão arterial (PA) deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. Considera-se como hipertenso aquele com pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006a).

Na primeira consulta clínica, a medida da pressão arterial deve ser efetuada no mínimo por três vezes, com intervalo de 1 minuto entre cada uma delas. Deve-se aferir a PA nos membros superiores e considerar a medida com o maior valor, caso haja diferença entre essas aferições. O paciente deve estar em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo, não estar com bexiga cheia, não ter praticado exercícios físicos durante o período de 60 a 90 minutos antes, não ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não ter fumado 30 minutos antes da primeira

medida da PA. O diagnostico devera ser sempre realizado pelo médico, incluindo qualquer especialidade. (SANTOS, Z. M. S. A., SILVA, R. M, 2002).

Quadro 2- Classificação da pressão arterial de acordo da media casual no consultório(>18anos).

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estagia I	140-159	90-99
Hipertensão estagia II	160-179	100-109
Hipertensão estagio III	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Observação: Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial. (Diretriz, 2007).

Os procedimentos de medida da pressão arterial são simples e de fácil realização, mas nem sempre são realizados de forma adequada. E necessário haver o preparo adequado do paciente, uso de técnica padronizada e de equipamentos calibrados. A aferição pode ser realizada pelo método indireto com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio, ou, aneróide devidamente calibrado, ou, com técnica oscilométrica pelos aparelhos semi-automáticos digitais de braço validados (SANTOS, Z. M. S. A., SILVA, R. M, 2010).

Muitos estudos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle de HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SANTOS, Z. M. S. A., SILVA, R. M, 2002).

Muitos estudos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle de HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SANTOS, Z. M. S. A., SILVA, R. M, 2002). Por ser essa evolução da doença, em geral, assintomática, seu diagnostico e tratamento freqüentemente é negligenciado, sendo que a adesão

ao tratamento se torna menor do que se espera, determinando um controle muito baixo da Hipertensão Arterial Sistêmica em todo o mundo (BRASIL, 2006a).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), deve-se considerar no diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas.

Na avaliação do paciente hipertenso, a avaliação do risco cardiovascular, é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo. A classificação de risco para cada indivíduo deve ser avaliada pelo cálculo do escore de Framingham (BRASIL, 2006a). Trata-se de conhecimento importante a ser aplicado pelas equipes da estratégia de saúde da família, pois conhecer o risco coronariano dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica pode auxiliar no planejamento e na avaliação das ações de saúde, melhor direcionando os planos de cuidados a esses portadores e melhor definindo os intervalos de vigilância e a intensificação das ações de saúde (SILVA, CADE, MOLINA 2012).

O controle da Hipertensão Arterial Sistêmica depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Estima-se que apenas um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis adequados, e isso é justificado pela insuficiente adesão as mudanças nos hábitos de vida. Estudos revelam uma redução estatisticamente significativa nos valores das pressões arteriais naqueles que adotaram tais mudanças. Os grupos operativos se configuram como uma ferramenta positiva nesse contexto, incentivando a adequação de alguns comportamentos e promovendo melhorias nos níveis pressóricos (OLIVEIRA *et al* 2013).

Frente ao desafio de controlar a Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica deve-se considerar a necessidade de dispor de um espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde, contando com uma equipe multiprofissional, e cujo processo de trabalho favoreça a criação de vínculos com a comunidade para fomentar ações de prevenção e promoção de saúde. A estratégia Saúde da Família como política

prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende a disposição das condições mais favoráveis ao acesso para promover ações de saúde multi setoriais e o cuidado integral dos pacientes que apresentam doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006b). As ações educativas promovidas pelos profissionais desses serviços pode tanto estimular o desenvolvimento da autonomia do indivíduo, quanto, dessa forma, possibilitar discussões fecundas e orientações sobre a importância de serem adotadas mudanças no estilo de vida (OLIVEIRA *et al.*,2013).

A equipe multiprofissional pode ser formada por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musico terapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma síndrome multifatorial, deve-se contar com uma equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso. (SBC: SBH: SBN, 2010).

A implementação de medidas de prevenção no manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica representa um desafio para os profissionais e gestores de saúde. No Brasil, aproximadamente 75% da assistência a saúde da população é realizada pelo Sistema Único de Saúde, já pelo Sistema de Saúde Complementar são assistidas cerca de 46.5 milhões de pessoas. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser consideradas como metas prioritárias a serem atingidas pelos serviços de saúde (SBC: SBH: SBN, 2010).

-Tratamento da Hipertensão Arterial

O tratamento pode ser dividido em não-medicamentoso e medicamentoso. O tratamento sem medicamentos tem como objetivo auxiliar na diminuição da pressão, e se possível evitar as complicações e os riscos por meio de modificações de estilo de vida como: a redução do peso, a redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, uma dieta rica em frutas e vegetal e alimentos com pouco teor de gordura, a diminuição, ou, abolição do álcool, inatividade física. Alimentos ricos em

cálcio atualmente são preconizados em conjunto com toda série de medidas dietéticas já citadas, que juntas são benéficas para a redução da PA (MANO 2009).

As modificações do estilo de vida são aplicáveis a todos os pacientes que se propõe a diminuição do risco cardiovascular, incluindo os normotensos, e necessárias também quando se impõe o tratamento farmacológico da hipertensão (MANO 2009).

Pensando nisso, a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, cita como prioridades alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso de tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada (BRASIL, 2011).

A partir desta política, o Ministério da Saúde lançou, em 7 de abril de 2011, o programa de Academia da Saúde, com o objetivo de promover saúde por meio de atividade física, com a meta de expansão a 4 mil municípios até 2015. Desde 2006, a Secretaria da Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde apóia o financiamento aos programas de atividade física, os quais compreenderam mais de mil projetos em todo o país em 2011 (BRASIL, 2011, p.10).

Quanto ao sucesso da política antitabaco destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nas embalagens do produto, a adesão a Convenção – Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras. Em 2011, foram realizadas consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para ampliar as advertências nos maços de cigarro, o maior controle da propaganda de venda e a proibição de aditivos de sabor nos cigarros (BRASIL, 2011).

Ressaltam-se outras ações tais como a determinação relacionada a implantação do Programa Saúde na Escola, a Promoção de ações de alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação Escolar, prevendo sua implantação em todos os municípios, bem como os incentivos as ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis nas escolas (como as cantinas saudáveis), reformulação de espaços físicos visando a prática de aulas regulares de educação física, e também a prática de atividades físicas no contra turno (Programa Segundo Tempo) (BRASIL, 2011).

A atenção básica do município em estudo já conta com um trabalho de controle da obesidade nas escolas da área abrangência da equipe de Saúde da família que esta proposta de intervenção retrata, verificando o índice de massa corporal dessa

população. Porém, a ausência de nutricionista na equipe tem dificultado o êxito e maior rendimento desse trabalho. O nutricionista é um profissional imprescindível neste tipo de atividade.

Em 2013, a equipe de saúde que essa proposta de intervenção retrata foi contemplada com a implantação de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), onde foram sanadas as necessidades, em geral, quanto ao apoio e trabalho conjunto com outros profissionais para o atendimento aos pacientes.

Com o Programa Academia da Saúde, encontram-se também previstas as construções de alguns espaços saudáveis que possam viabilizar ações de promoção da saúde, e estimular o exercício de atividades físicas e praticas corporais, em articulação com os serviços de Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2011).

Ao realizar ações de prevenção e promoção da saúde, mas mesmo com as mudanças no estilo de vida, a PA permanecer igual ou superior a 140/90 mmHg (ou não estiver em um nível ótimo na presença de outros fatores de risco cardiovasculares) por 3 a 6 meses, a terapia medicamentosa deve ser iniciada. Se a PA estiver extremadamente elevada ou o paciente for portador de fatores de risco cardiovascular, a mono terapia pode ser administrada (NETTINA, 2003).

Em consonância com Nettina (2003), Mano (2009) relata que o tratamento farmacológico se impõe quando as medidas não farmacológicas não são suficientes para o controle da pressão arterial. Em qualquer caso o tratamento não farmacológico sempre deverá ser mantido. São drogas de primeira linha para o tratamento da HAS todos os fármacos com resultado benéfico comprovado em vários trabalhos na prevenção de complicações cardiovasculares: os diuréticos tiazídicos, os betas bloqueadores e os inibidores da ECA e os bloqueadores AT1 (MANO 2009).

Na terapia medicamentosa alguns fatores devem ser considerados: raça – negros respondem bem a terapia diurética, brancos respondem bem a inibidores da ECA, idade – alguns efeitos colaterais podem não ser bem tolerados por pessoas idosas. Tipicamente, os diuréticos são prescritos em primeiro lugar, com doenças e terapias concomitantes – alguns agentes também tratam cefaléias, hiperplasia prostática benigna, insuficiência cardíaca, tem efeitos benéficos sobre distúrbios como

insuficiência renal, ou, tem efeitos adversos em distúrbios como a diabetes ou asma, impactando sobre a qualidade de vida quanto a tolerância aos efeitos colaterais. Quanto as considerações econômicas sobre os tratamento para a Hipertensão Arterial, existem agentes farmacológicos mais atuais, os quais tem um custo muito alto para uso de doses diárias, e esse poderá ser um problema para se alcançar a adesão ao tratamento pelo paciente (NETTINA, 2003).

Incluem: diuréticos – reduzem a PA por promoverem a exceção urinaria de água e sódio para reduzir o volume sanguíneo; bloqueadores beta adrenérgicos – que reduzem PA por diminuïrem o ritmo do coração e reduziem o debito cardíaco, bem como a liberação de renina pelos rins; bloqueadores de alfa - receptores- inibidores alfa – adrenérgicos que reduzem a PA por dilatarem os vasos sanguíneos periféricos e reduziem a resistência vascular periférica, alfa; agonistas centrais – reduzem a PA por diminuïrem o fluxo simpático de cérebro, com isso reduzindo a resistência periférica de catecolaminas vasoconstritoras como a norepinefrina; bloqueadores alfa e beta – adrenérgicos combinados – inibidores adrenérgicos que trabalham através dos receptores alfa e beta; inibidores da ECA – reduzem a PA por bloquearem a enzima que converte a angiotensina I no potente vasoconstritor angiotensina II (NETTINA, 2003).

Se a hipertensão não for controlada com o primeiro medicamento dentro de 1 a 3 meses, podem ser consideradas as seguintes opções: 1) Se o paciente estiver realmente fazendo uso do medicamento e não desenvolveu efeitos colaterais, a dose do medicamento pode ser aumentada. 2) Se o paciente apresentou efeitos colaterais, a dose do medicamento não deve ser aumentada, e uma outra classe de medicamentos deve ser usada em substituição. 3) Se a adição do segundo agente reduzir a pressão, o primeiro agente pode ser lentamente descontinuado, ou, se necessário, a terapia combinada pode ser mantida (NETTINA, 2003).

O melhor tratamento para a hipertensão é usar o menor número de medicamentos nas menores doses possíveis, e incentivar o paciente a manter as modificações em seu estilo de vida. Após a PA ter sido controlada por, pelo menos, um ano, pode-se tentar um declino lento e progressivo na terapia medicamentosa. Entretanto, a maioria dos pacientes precisa reiniciar a medicação dentro de 1 ano. Se a PA desejada ainda não tiver sido alcançada com a adição de um segundo

medicamento, um terceiro agente e/ou um diurético (se já não estiver prescrito) podem ser adicionados (NETTINA, 2003).

-Complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica

Sabe-se que a hipertensão e suas complicações são responsáveis por alta frequência de internações, o que correspondeu a 600 mil casos entre 2000 e 2004, sendo a IC foi a principal causa de hospitalização entre as afecções cardiovasculares (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSAO ARTERIAL, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doenças renais, nota-se que a elevação persistente da pressão arterial origina alterações nos órgãos alvo, principalmente no coração, no cérebro, nos rins e nos vasos sanguíneos (MIRANZI SSC, FERREIRA FS, IWAMOTO HH, PEREIRA GA, MIRANZI MAS, 2008).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO:

Quadro 1 – Operações sobre os nós críticos do problema da Hipertensão Arterial Sistêmica, da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rio de Peixe, Cambuí, Minas Gerais.

Nó crítico 1	• Processo de Trabalho da Equipe de Saúde.
Operação	Implantar a linha de cuidado para Hipertensão Arterial incluindo os mecanismos de referência e contra referência.
Projeto	Atenção a HAS por mecanismos de referencia e contra-referência.
Resultados esperados	Cobertura de 90% da população com adoecimento por Hipertensão Arterial.
Produtos esperados	Protocolos e capacitação dos recursos humanos para regular as ações de cuidado, viabilizando a prática de gestão dessa linha de cuidado.
Atores sociais/ responsabilidades	Os autores sociais serão a população de risco com idade maior ou igual a 20 anos, com o objetivo de fazer ações de promoção e prevenção de Hipertensão Arterial. O trabalho será realizado sob responsabilidade do médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitárias de saúde da ESF, com a participação de alguns pacientes já diagnosticados como hipertensos e já seguindo o tratamento médico. Serão convidados alguns profissionais do NASF como a nutricionista e o psicólogo com o objetivo de promover uma ação de saúde e cuidado com ênfase integral. Todos os profissionais terão a responsabilidade primeiramente de divulgar essas ações mediante visitas domiciliares, afixação de cartazes em diferentes lugares da área como nas igrejas, centro de trabalho, segundo realizando atividades para promover o intercâmbio de conhecimentos e possíveis orientações sobre a HAS. A população de risco para a doença será público alvo para as atividades e os pacientes hipertensos serão atores importantes capazes de manifestar sua experiência desde o diagnóstico até o momento das reuniões convivendo com sua doença.
Recursos necessários	-Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos. -Político: articulação entre os vários setores da saúde e adesão dos profissionais. -Organizacional: adequação dos fluxos de referência e contra referência.

Recursos críticos	Organizacional-adequação de fluxos (referência e contra referência)
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Plano de cuidado de prevenção para portadores de Hipertensão Arterial
Responsáveis:	Equipe do PSF Rio do Peixe.
Cronograma / Prazo para avaliação das atividades.	Início (01/08/2016) e finalização em doze meses (01/08/2017).
Gestão, acompanhamento e avaliação	A intervenção será acompanhada pelos profissionais da equipe de saúde, e se fará uma avaliação ao final de cada atividade desenvolvida com um mínimo de 20 participantes. Essa proposta de intervenção realizada sobre os diferentes fatores de risco que se encontrarem mais presentes nos pacientes participantes das atividades, e os dados anotados quanto as aferições de sua pressão arterial durante as reuniões serão avaliados buscando-se identificar os resultados esperados e de fato obtidos.

Quadro 2- Operações sobre os nós críticos do problema da Hipertensão Arterial Sistêmica, da população sob responsabilidade da ESF Rio de Peixe, Cambuí, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Estrutura dos serviços de saúde.
Operação	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
Projeto	Ampliação da estrutura do serviço para atendimento da HAS.
Resultados esperados	<p>Garantir o acesso aos medicamentos e exames previstos nos protocolos de atendimento para 90% dos pacientes com adoecimento por HAS.</p> <p>Capacitar a equipe de profissionais, realizar contratos para a compra de exames, garantir as consultas para o atendimento aos pacientes com HAS, e promover ações para o controle dos hábitos e estilos de vida.</p>
Produtos esperados	<p>Programar ações de vigilância dos agravos por Hipertensão Arterial.</p> <p>Capacitar os recursos humanos.</p> <p>Monitorar mensalmente o valor da pressão arterial dos hipertensos empregando a "Ficha B" utilizada pelos ACS.</p> <p>Fazer a vigilância dos agravos da Hipertensão Arterial por meio dos indicadores do SIAB.</p>
Atores sociais/ responsabilidades	O médico, enfermeira, técnica de enfermagem e as agentes comunitárias da equipe de Saúde serão os responsáveis por realizar o levantamento sobre os principais medicamentos usados no tratamento dos pacientes com HAS, identificá-los e comunicar o responsável da farmácia para que se possa fazer reuniões e acordos com a gestão e não faltar o abastecimento desses fármacos, e também do acesso e disponibilidade dos exames necessários para o diagnóstico e tratamento da doença, visando fomentar o controle da doença e evitar possíveis complicações. Também é importante informar a Secretaria Municipal de Saúde sobre todo o levantamento sobre os medicamentos utilizados e em falta na rede de serviços para que em conjunto com a Prefeitura Municipal possam ser tomadas as providências necessárias na resolução dessas dificuldades encontradas para

	manutenção do tratamento dos pacientes	
Recursos necessários	<p>-Cognitivo: informação sobre o tema e a criação de projetos.</p> <p>-Político: mobilizar ações sociais e a articulação inter setorial com a rede de ensino e a rádio comunitária.</p> <p>-Organizacional: Elaborar as palestras de educação e saúde.</p> <p>-Financeiros: aumentar a oferta de exames, consultas e medicamentos.</p>	
Recursos críticos	<p>Política-decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços.</p> <p>-Financeiros - aumentar a oferta de exames, consultas e medicamentos</p>	
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla	Motivação
	Prefeitura Municipal	Favorável
	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável
	Fundo Nacional de Saúde	Indiferente
Ação estratégica de motivação	<p>-Apresentar projeto</p> <p>-Estruturação da rede</p>	
Responsáveis:	Secretaria Municipal de Saúde	
Cronograma / Prazo para avaliação das atividades.	Do dia 01/08/2016 ate 01/08/2017	
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>O acompanhamento será feito pela Secretaria Municipal de Saúde mediante o intercambio com os diferentes PSF do município para, assim, poder avaliar se as necessidades dos pacientes, em sintonia aos atendimentos prestados pelos serviços de saúde, encontram-se ou não sendo satisfeitas, em termos do levantamento das dificuldades identificadas para manutenção dos tratamento se as ações descritas para se obter os resultados esperados.</p>	

Quadro 3- Operações sobre os nos críticos relacionados ao problema da Hipertensão Arterial Sistêmica, da população sob responsabilidade da ESF Rio de Peixe, Cambuí, Minas Gerais.

Nó crítico 3	• Hábitos e estilos de vida.
Operação	Promover mais Saúde, estimulando a modificação dos hábitos e estilos de vida.
Projeto	Implantar o Programa Academia da Saúde.
Resultados esperados	Favorecer a diminuição dos hábitos alimentares inadequados, estilo de vida e do uso abusivo de álcool e tabaco.
Produtos esperados	Programar ações de educação em saúde junto ao grupo operativo de hipertensos, Realizar campanhas educativas nas escolas e na rádio. Disponibilizar o programa Academia da Saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	Participarão a população, em geral, e, principalmente os pacientes hipertensos, que receberão aprofundadas informações sobre hábitos e estilos de vida saudáveis, sendo as reuniões ou encontros organizados pela Equipe contando com o apoio de alguns integrantes do NASF como a nutricionista e psicólogo para desta forma a atividade se desenvolver com um olhar compreensivo sobre a equipe multiprofissional.
Recursos necessários	-Cognitivo: informação e estratégias de comunicação. -Político: mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino e rádio comunitária, para decisão articulada entre vários atores quanto a necessidade de provisão de recursos nos serviços de saúde para desenvolver atividades de tratamento e cuidado integral. -Organizacional: palestras de educação em saúde. -Financeiros: adquirir recursos audiovisuais, folhetos educativos

Recursos críticos	<p>Política- Mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino e a rádio comunitária.</p> <p>Financeiros - Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>						
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Ator que controla:</td> <td style="width: 50%;">Motivação:</td> </tr> <tr> <td>Setor Comunicação Social</td> <td>Favorável</td> </tr> <tr> <td>Secretaria de Saúde</td> <td>Favorável</td> </tr> </table>	Ator que controla:	Motivação:	Setor Comunicação Social	Favorável	Secretaria de Saúde	Favorável
Ator que controla:	Motivação:						
Setor Comunicação Social	Favorável						
Secretaria de Saúde	Favorável						
Ação estratégica de motivação	Promover ações de educação em saúde a serem desenvolvidas junto ao grupo operativo de hipertensos.						
Responsáveis:	Equipe do PSF Rio do Peixe.						
Cronograma / Prazo para avaliação das atividades.	Iniciar 01/09/2016.						
Gestão, acompanhamento e avaliação	As diferentes atividades serão acompanhadas pela Equipe do PSF e avaliadas pela mesma. A avaliação dará ênfase ao atendimento prestado e as ações desenvolvidas buscando atentar para os resultados obtidos depois de realizar o conjunto de atividades previstas junto a população participante.						

Quadro 4- Operações sobre os nos críticos relacionados ao problema da Hipertensão Arterial Sistêmica, da população sob responsabilidade da ESF Rio de Peixe, Cambuí, Minas Gerais.

Nó crítico 4	<ul style="list-style-type: none"> • Nível de informação.
Operação	<p>Linha de cuidado Saber +</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de adoecimento pela Hipertensão Arterial.</p>
Projeto	<p>Oferecer informação sobre fatores de risco de adoecimento pela Hipertensão Arterial.</p>
Resultados esperados	<p>População mais informada sobre os riscos de adoecimento pela Hipertensão Arterial.</p>
Produtos esperados	<p>Avaliar o nível de informação da população sobre os riscos de adoecimento pela Hipertensão Arterial.</p> <p>Realizar campanha educativa na rádio comunitária, e Programa Saúde na Escola (PSE).</p> <p>Capacitar a equipe multidisciplinar.</p>
Atores sociais/ responsabilidades	<p>Equipe do PSF e participantes do NASF, os quais dirigirão as atividades junto a população com idade maior ou igual a 20 anos.</p>
Recursos necessários	<p>-Cognitivo: Favorecer o conhecimento sobre o tema, estratégias de comunicação e pedagógicas.</p> <p>-Político: Realizar a articulação inter setorial (parceria com o setor da educação) e mobilização social.</p> <p>-Organizacional: Elaborar uma agenda de atividades.</p> <p>-Financeiro: Realizar a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc</p>
Recursos críticos	<p>Política-Articulação Inter setorial (parceria com o setor da educação) e mobilização social.</p> <p>Financeiros-Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pondera-se que diante da realização desse trabalho e a elaboração desse plano de intervenção para a assistência a ser prestada aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF Rio do Peixe, é extremadamente importante traçar ações que possam ser executadas pela equipe multiprofissional, juntamente com parcerias como setor de educação, rádio local, escolas e comunidade, visando atingir os objetivos previstos e os resultados esperados mediante a realização das intervenções descritas conforme os prazos estabelecidos para cada operação.

A Hipertensão Arterial se apresenta como um grande problema de saúde pública, e assim seus agravos e complicações são considerados a maior causa das doenças cardiovasculares no Brasil. E necessário que se coloque em pratica medidas de prevenção e promoção tendo por finalidade amenizar as conseqüências nas condições de vida da população e as possíveis seqüelas em sua decorrência.

Como aprendizado, todo plano de ação deverá ser avaliado, após sua implementação, anualmente, atentando para os resultados esperados e obtidos quanto ao atendimento as necessidades da população que é público alvo. Essa sistematização no processo avaliativo das ações permitirá alterar as estratégias previstas quantas vezes se fizer necessário, para o aperfeiçoamento dos processos de implementação e melhor alcance de resultados. Assim, este aprendizado é de muita importância para que se possam buscar soluções frente aos problemas identificados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, pois algumas vezes as dificuldades poderão ser enfrentadas com fácil resolução. Todavia, é difícil enxergar as alternativas para solucionar os problemas presentes nos serviços de saúde sem que, previamente, seja elaborado um plano de ação direcionando adequadas estratégias para o enfrentamento dos problemas locais conforme a análise de cada contexto. Somente assim poderão ser executadas ações resolutivas pela equipe do Programa de Saúde da Família frente às principais demandas e necessidades de saúde apresentadas pela população.

Almeja-se, desse modo, que a partir da implantação desse plano de intervenção seja atingido o objetivo previsto e assim se consiga manter os níveis pressóricos da população dessa área de abrangência dentro dos limites preconizados pelo

Ministério de Saúde, buscando-se alcançar melhorias na qualidade de vida e saúde dos pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS

BARRETO, N. D. M. *et al.* **Prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos de raça negra.** Arquivos Brasileiros de Medicina, v. 67, n. 6, p. 449-51, Rio de Janeiro, 1993. Disponível em:

<https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=nVVGv9mCGuuU8Qfs24KQDA&gws_rd=ssl#q=BARRETO%2C+N.+D.+M.+et+al.+Preval%C3%Aancia+da+hipertens%C3%A3o+arterial+nos+indiv%C3%ADduos+de+ra%C3%A7a+negra.+Arquivos+Brasileiros+de+Medicina%2C+v.+67%2C+n.+6%2C+p.+449-51%2C+1993>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2002. Disponível em:<

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica n. 15. 2006a. Disponível

em:<http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad15>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares,**

cerebrovasculares e renais – Brasília: Ministério da Saúde, - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Serie A. Normas e Manuais Técnicos). 2006b. Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca>.

[Php?Conteúdo=publicações/cab14](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca/Php?Conteúdo=publicações/cab14)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerencia de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado as pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária a saúde** / organização de Sandra R. S. Ferreira. Itamar M. Bianchini. Rui Flores. – Porto Alegre. Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011. Disponível em:

<<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/protocolodehipertensao.pdf>>.

CARNEIRO, G. *et al.* **Influencia da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos,** São Paulo, 2003. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a36v49n3.pdf>>.

CORREA, T. D. *et al.* **Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento**, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31_amabc91.pdf>.

CRUZ, I. C. F; LIMA, R. **Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares**. Rev de Enferm da UERJ, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35-44, 1999. Disponível em: <[https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=nVVGV9mCGuuU8Qfs24KQDA&gws_rd=ssl#q=CRUZ%2C+I.+C.+F%3B+LIMA%2C+R.+Etnia+negra:+um+estudo+sobre+a+hipertens%C3%A3o+arterial+essencial+\(HAE\)+e+os+fatores+de+risco+cardiovasculares.+Rev+de+Enferm+da+UERJ%2C+Rio+de+Janeiro%2C+v.+7%2C+n.+1%2C+p.+35-44%2C+1999](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=nVVGV9mCGuuU8Qfs24KQDA&gws_rd=ssl#q=CRUZ%2C+I.+C.+F%3B+LIMA%2C+R.+Etnia+negra:+um+estudo+sobre+a+hipertens%C3%A3o+arterial+essencial+(HAE)+e+os+fatores+de+risco+cardiovasculares.+Rev+de+Enferm+da+UERJ%2C+Rio+de+Janeiro%2C+v.+7%2C+n.+1%2C+p.+35-44%2C+1999)>.

Diretriz. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. vol.89 no.3 São Paulo Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012>.

GALVAO, R ; KOHLMANN, O. Jr. **Hipertensão arterial no paciente obeso**. 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoobeso.pdf>>.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Medica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/posgraduacao/odontologia/receptor.php?id=26096>>.

IRIGOYEN, M. C. *et al.* **Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos**. Ver. Sociedade de Cardiologia, São Paulo, v.13, n. 1, p. 20-45, 2003.

KLEIN, C. H; ARAUJO, J. W. G de. **Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial** em Volta Redonda, Rio de Janeiro. 1985.

KRIEGER, J. E; PEREIRA, A. C. **Hipertensão Arterial. Dos fatores de risco clássicos ao perfil de risco individualizado: quais são os caminhos**, Curitiba, 2008. Disponível em: <<http://WWW.medcenter.com/Medscape/LoginSite.aspx.langtype=1046>>.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças de modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo – Rio de Janeiro: HucitecAbrasco, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.Php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400023>.

LOLIO, C. A. *et al.* **Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco**, São Paulo, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n5/06.pdf>>.

MANO, R. **Hipertensão Arterial Sistêmica**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/Pag1.shtml>>.

MINISTÉRIO DE SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília. Ministério de Saúde. 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>.

MIRANZI SSC, FERREIRA FS, IWAMOTO HH, PEREIRA GA, MIRANZI MAS. **Qualidade de vida indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família**. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>>.
NETO, T. L. B. **Sedentarismo. Portal do Coração**. 2008. Disponível em: <<http://portaldocoracao.uol.com.br/resultado.php.id=1195>>.

NETTINA, S. **Prática de enfermagem**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. Disponível em: <<https://issuu.com/guanabarakoogan/docs/nettina-amostrasdepaginasr>>.

OLIVEIRA. T. L. *et al.* **Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso no tratamento da hipertensão arterial**. Acta Paul Enferm. V. 26. n. 2. P. 179-84, Minas Gerais, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a12.pdf>>.

OPARIL, S. **Hipertensão arterial**. In: BENNETT, J. C.; PLUM, F. C. Tratado de medicina interna. 20. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. V. 1, p. 285-301. Disponível em: <<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Aimportanciadasmudancasnoestilodevidaaposodiagnosticodehipertensaoarterialsistemicarevisaobibliografica.pdf>>.

PESSUTO, J; CARVALHO, E. C. **Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial**, Ribeirão Preto, 1998. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>.

SANTOS, R. **Doenças Cardíacas: um mal que se pode prevenir**. 2004. Disponível em:<<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm.LibDocID=3977&ReturnCatID=1801>>.

SANTOS, Z. M. S. A., SILVA, R. M. **Aspetos relacionados com a hipertensão**. In: SANTOS, Z. M. S. A., SILVA, R. M. Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: Unifor; 2002. P. 15-25. Disponível em:<<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/327/2029>>.

SILVA, V. R. CADE, N. V. MOLINA, M. Ci. **Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família**. Ver. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro. V. 20. N 4. P. 439-44. Out/dez. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0730.pdf>>.

SIMONETTI, J. P; BATISTA, L; CARVALHO, L. R. **Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos, São Paulo**, 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13351.pdf>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Rev Brás de Hipert, v. 10, n 1, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>.

ZAITUNE, M. P. A. *Et al.*, **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e praticas de controle no Município de Campinas**, São Paulo, Brasil. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?script=S0102-311X2006000200006>>.