

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

JENNIFER CONCEPCIÓN SERJAHAN

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA
DAS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
POPULAÇÃO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONFIM.
SÃO JOÃO DEL REI, MINAS GERAIS.**

Juiz de Fora / Minas Gerais

2015

JENNIFER CONCEPCIÓN SERJAHAN

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA
DAS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
POPULAÇÃO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONFIM.
SÃO JOÃO DEL REI, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. LÚCIA APARECIDA
FERREIRA

Juiz de Fora / Minas Gerais

2015

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta alta prevalência na população mundial, sendo dessa forma necessários programas de prevenção e de acompanhamento para a população. A doença é o principal fator de risco para complicações cardiovasculares. A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos. O conhecimento da doença está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares. Este trabalho objetiva elaborar uma proposta de intervenção com vistas à redução dos fatores de risco por meio de ações de promoção e prevenção da saúde no Programa de Saúde da Família (PSF) Bonfim em São João Del Rei, Minas Gerais e tentar reduzir as complicações por meio de ação educativa. O presente projeto de intervenção visa qualificar o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de revisão de literatura com os principais temas relacionados à hipertensão arterial e elaboração de um plano de intervenção educativo com o intuito de melhorar as condições de saúde da população alvo.

Palavras-chave: Atenção básica, hipertensão arterial, fatores de risco, complicações.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) has a high prevalence in the world population, so prevention programs and monitoring need to be applied in the population. The disease is the main risk factor for cardiovascular disease. Health education, associated with self-control pressure levels, physical activity and diet, is an important tool to increase the demand for treatment and control rates of hypertensive patients. Knowledge of the disease is related to improving the quality of life, reducing the number of decompensation, to fewer hospital admissions. This paper aims to draw up a proposal for intervention in order to reduce the risk through promotion actions factors and preventive health care in the Family Health Program (PSF) Bonfim in Sao Joao del Rei, Minas Gerais and try to reduce complications through educational activities. This intervention project aims to qualify the process of work in the Family Health Strategy (ESF), in addition to literature review with key issues related to high blood pressure and the development of an educational intervention plan in order to improve the health of the target population.

Keywords: Primary health care, high blood pressure, risk factors, complications.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. JUSTIFICATIVA	8
3. OBJETIVOS	9
3.1 OBJETIVOS GERAL	9
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
4. METODOLOGIA	10
5. REVISÃO DE LITERATURA	11
5.1 EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	11
5.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	11
5.3 FATORES DE RISCO PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	12
5.4 COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	13
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	14
6.1 DEFINIÇÕES DOS PROBLEMAS	14
6.2 PRIORIZAÇÕES DOS PROBLEMAS	14
6.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO	15
6.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA	16
6.5 SELEÇÕES DOS “NÓS CRÍTICOS”	16
6.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES.....	16
6.7 ELABORAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO	17
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	19

1. INTRODUÇÃO

São João Del rei esta localizada na Macrorregião Centro Sul de Minas Gerais, no Brasil á 186 km da capital Belo Horizonte, fazendo parte das Vertentes, entre a Serra de São José (leste) e a Serra do Lenheiro (oeste). É a maior cidade setecentista do estado. Localiza-se na Bacia do Rio Grande e tem seu relevo formado pelas serras do complexo da Mantiqueira, extremamente propício ao ecoturismo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a cidade enquadra-se na região do Campo das Vertentes, sudeste de Minas Gerais. Polariza cidades de sua região e do Sul de Minas (BRASIL, 2010).

Geograficamente a cidade está dividida em cinco regionais (regiões): Região Central, Zona Norte, Zona Sul, Zona Leste e a Zona Oeste. Contudo, a população de São João Del Rei não costuma dividir a cidade por regiões geográficas, e sim de acordo com os bairros principais ou centrais de uma região, ou seja, aqueles que, de certa maneira, polarizam uma determinada área. São as principais regionais da cidade: Regional Centro, Regional Fábricas (Região Central); Regional Colônia do Marçal, Regional Cohab (Zona Norte); Regional Bonfim, Regional Tijuco (Zona Sul); Regional Matozinhos, também chamado de Grande Matozinhos (Zona Leste); e Regional Senhor dos Montes (Zona Oeste). Os três maiores bairros de São João Del-Rei, em número de habitantes, são: Matozinhos (20 153), Tijuco (15 699) e Colônia do Marçal (9 986), conforme o Censo IBGE/2010.

O município possui uma área aproximadamente de 1464 km², abrigando uma população de aproximadamente 84.469 habitantes (BRASIL, 2010), apresentando um crescimento demográfico (na última década) de cerca de 7% (conforme dados dos Censos de 2000 e 2010 sendo possível, ali, a visualização de diversos aspectos hidrográficos e geomorfológico) repúblicas estudantis espalhadas pela cidade.

Localizado na região conhecida como os campos das vertentes em uma área predominantemente montanhosa, São João Del Rei faz parte do circuito turístico trilhas dos inconfindentes juntamente com mais quinze municípios (OLIVEIRA; JANUÁRIO, 2007).

As principais atividades econômicas são o turismo o comércio e serviços

em geral indústria (mobiliário, produtos alimentício, vestuário, calçado, esquadrias, estrutura e artefato de metal móveis coloniais e modernos, peças de estanho queijo mineiro e a famosa pinga) e educação. No artesanato regional destacam-se os bordados, rendas de abrolhos e trabalhos em crochê. Os artesãos locais ainda produzem moveis rústicos objetos de estanho copiados de modelos antigos, principalmente coloniais (IBGE, 2010).

A cidade conta com vários postos de saúde tradicionais e de Unidades Básicas de Saúde, e com mais de dez unidades que faz parte das estratégias de saúde da família (ESF). O pronto atendimento (Urgência e Emergência) é realizado na UPA 24h Antônio Andrade Reis Filho.

Atualmente, foi implantado na cidade uma unidade regional do SAMU, responsável por atender São João Del Rei e região. Ainda conta com: a Farmácia Popular do Brasil, uma unidade do Centro Viva Vida, o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), Clínica Municipal Especializada da Mulher e da Criança (Núcleo Materno e Infantil), Rede Viva Vida, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (SILVA, 2014).

A Unidade de Atenção Primaria Bonfim 0703, situada na Rua Tenente Mario Cesar Lopes, 240, Barrio Bonfim, foi inaugurada em 2009. A ESF Bonfim atende 3610 habitantes e 1006 famílias. O nível de alfabetização é de 90,5%. A maioria das pessoas são assalariadas, sendo que a taxa de emprego gera em torno dos 25,69% e os principais postos de trabalho são comércio e serviços públicos. Os pacientes têm acesso a consultas médicas e são realizadas por meio da demanda agendada e demanda espontânea.

A população é atendida com base nos princípios do Programa Saúde da Família, com atendimento de enfermagem, médico e odontológico. Possui médicos generalistas (atendem adultos e crianças) e cirurgiões dentistas. Oferecem, serviços de curativo, retirada de pontos, aplicação de injeção, nebulização, imunização, pré-natal, coleta de cito patológico, vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, encaminhamento para internamento e para consultas especializadas. Desenvolve atividades programadas para grupos específicos através do Programa Mãe Curitibanos, Atenção à Saúde da Criança, Hipertensos, Diabéticos, Planejamento Familiar, Saúde Mental, Adolescente e atividades de promoção à saúde e estímulo à prática de

atividades físicas e hábitos saudáveis.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública em todo mundo, e a mais frequente das doenças cardiovasculares. Apresenta-se na maioria das vezes assintomática, sendo também o principal fator de risco para as complicações potenciais de órgãos alvos. Também é de suma importância considerar o impacto na qualidade de vida das pessoas visto que, para consegui-lo, é necessária a adoção de medidas individuais como as mudanças nos hábitos de vida; medidas coletivas como apoio da família e agregados para a manutenção do regime terapêutico em fim, um conjunto de condições convergentes para a promoção de saúde do hipertenso (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial constitui-se em uma das afecções mais comuns do mundo moderno e atinge, em média, de 15 a 20% da população adulta. No Brasil, encontra-se a mesma estimativa na população com idade acima de 20 anos sendo portadora de hipertensão arterial, no total aproximado de 12 milhões de brasileiros (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados (BRASIL, 2006).

Este projeto de intervenção é uma proposta que possibilita o enfrentamento aos fatores de risco fundamentais para diminuir a incidência da hipertensão arterial sistêmica e assim evitar complicações fatais para a vida. Além disso, foi escolhido o tema pelo elevado número de pacientes com Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF Bonfim do município São João Del Rei/MG, porém é preciso elaborar um projeto de intervenção para garantir o acompanhamento e abordagem adequada desses pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Elaborar um plano de intervenção para controlar a incidência das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica na população no PSF Bonfim São João Del Rei em Minas Gerais.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1-Identificar a situação de saúde da população atendida pelo PSF Bonfim, São João Del Rei, Minas Gerais.

2-Promover o conhecimento sobre os riscos de desenvolver complicações na hipertensão arterial.

3-Elaborar um plano de intervenção para o controle da hipertensão arterial com a finalidade de diminuir as complicações da hipertensão arterial.

4. METODOLOGIA

No presente projeto de intervenção foi avaliado o diagnóstico de saúde do PSF Bonfim, realizado por meio das análises dos prontuários, consultas médicas, visitas domiciliares, reuniões, utilizando o método de estimativa rápida para encontrar os problemas. Em uma população de 3546 foram encontrados 548 pacientes com hipertensão arterial o que representa um 15,4% da população atendida o que constitui uma alta prevalência na área de abrangência, sendo o problema priorizado para desenvolver a intervenção.

Com os dados coletados foi definida a necessidade de uma proposta de intervenção com o objetivo de fazer um acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos, visando ao manejo adequado da Hipertensão arterial.

Foi realizado um levantamento bibliográfico de publicações referentes a estudos de prevalência da hipertensão arterial em adulto e suas complicações, revisão de literatura sobre o tema nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no site do Ministério da Saúde (MS) utilizando as seguintes palavras-chave: Hipertensão arterial, complicações, Prevenção primária.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Até o final dos anos 1940 pouco se conhecia sobre a epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica, não havia critérios padronizados e amplamente divulgados para sua definição; a partir de 1970, começou o interesse pela hipertensão arterial sistêmica como problema de saúde pública, quando já eram claros os indícios de sua relação com óbitos por doenças cardiovasculares (LESSA, 1993).

Os estudos epidemiológicos sobre a hipertensão arterial sistêmica no Brasil iniciaram-se no final da década de 1970. A população de diversas regiões, sub-regiões e cidades continuam sendo avaliadas para determinar métodos de controle a fim de sanar esta enfermidade de caráter importante na saúde pública. Não existe uma padronização dos resultados apresentados ao longo dos anos, sendo que muitos dados demonstram aspecto cíclico, de forma que um gênero é mais predisposto que outro e após um período deixa-o de ser. Salienta-se ainda a dificuldade de estabelecer um padrão em virtude da oscilação interestadual (LESSA, 2001; PASSOS et al., 2006; JUNIOR et al., 2009).

5.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) e consideram como uma síndrome, por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência a insulina, diabetes mellitus e dislipidemias, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; ROSARIO et al., 2009).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (LEWINGTON et al., 2002).

Os limites de pressão arterial considerado normal são arbitrários (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). De acordo com Brasil (2006) os valores que classificam os indivíduos acima de 18 anos são: <120/<80 mmHg (Normal), 120-139/80-89 mmHg (Pré-hipertensão), 140-159/90-99 mmHg (Estágio 1), $\geq 160/\geq 100$ mmHg (Estágio 2).

5.3 FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A pressão arterial aumenta linearmente com a idade (VASAN et al., 2001). Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais frequentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica (FRANKLIN et al., 2005).

O fator genético é um forte indicador do desenvolvimento da hipertensão, por isso, os indivíduos com casos da doença na família devem estar atentos para monitorar o possível desenvolvimento da doença (MANO; PIERIN, 2005).

A obesidade, em especial a obesidade central, é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial desde idades jovens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). As consequências da obesidade são várias: as alterações metabólicas, a hipertensão arterial e o desfecho dessa associação são as doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O sal contém em sua composição o sódio que é um potente estimulante cardíaco e, além disso, exerce atividades hipertensivas nos vasos sanguíneos periféricos (SMELTZER; BARE, 2006).

A ingestão prolongada de álcool pode, além de aumentar a pressão arterial, aumentar a mortalidade cardiovascular em geral (AVILA et al., 2010).

Outro fator de risco para hipertensão é o tabagismo. A nicotina presente no cigarro provoca o aumento do trabalho cardíaco, a disfunção do endotélio capilar, a liberação de catecolaminas e a hiper-reatividade vascular aumentando, conseqüentemente, a pressão arterial. Além disso, o fumo passivo, a terapia de reposição nicotínica e o uso da bupropiona (coadjuvante na cessação do hábito de fumar) devem ser considerados como causas em

potencial de refratariedade ao tratamento anti-hipertensivo (MORENO; TOLEDO; FONSECA, 2004).

Os fatores socioeconômicos podem estar associados ao controle dos níveis pressóricos e podem ser entendidos como nível de escolaridade e renda (PIRES, MUSSI, 2008). O nível de escolaridade é inversamente proporcional à hipertensão, ou seja, quanto maior o grau de instrução, menores os índices de hipertensão (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

A maior parte do tratamento da hipertensão deve ser baseado em mudanças nos fatores de riscos modificáveis que tem como participação fundamental o apoio familiar. Além disso, é de extrema importância a atenção para os fatores não modificáveis (raça, idade, hereditariedade).

5.4 COMPLICAÇÕES NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Um desequilíbrio na homeostase circulatória pode ocasionar a hipertensão arterial sistêmica, comum nas doenças cardiovasculares. A pressão arterial elevada provoca alterações patológicas na vascularização e hipertrofia do ventrículo esquerdo, constituindo a principal causa de acidente vascular encefálico, representando um importante fator de risco para as vasculopatias e suas complicações como o infarto do miocárdio e afalência cardíaca ocasionando em morte súbita. Outros fatores importantes que podem estar presentes são a formação de aneurisma dissecante da aorta e a insuficiência renal (GOLDMAN et al., 2001).

A hipertensão arterial não tratada corretamente, explica 25% dos casos de diálise por insuficiência renal crônica terminal, 80% dos acidentes vasculares cerebrais (derrame cerebral) e 60% dos casos de infarto do miocárdio. Essas doenças são a principal causa de morte no país, quase 300 mil óbitos por ano. As complicações, quando não levam à morte, prejudicam a qualidade de vida do paciente e oneram o Estado. Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem de derrames cerebrais e infartos do miocárdio. As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 1,18 milhões de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2005, a um custo aproximado de 1,3 bilhões de reais (MINAS GERAIS, 2006).

De acordo com a classificação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a doença cardiovascular é toda alteração que venha modificar a hemodinâmica do sistema circulatório. Como doenças cardiovasculares incluem-se: a doença arterial coronariana, o acidente vascular encefálico (AVE), a doença arterial periférica, as doenças renais e a insuficiência cardíaca congestiva (KANDEL, 2000).

As doenças cardiovasculares representam um problema a ser enfrentado no cotidiano da saúde coletiva. Contudo, muitas vezes, o processo silencioso e multifatorial da aterogênese só se tornará perceptível ao usuário após o vento de complicações nas quais a qualidade de vida poderá ser irremediavelmente comprometida ou até ocorrer à morte.

No Brasil em 2005, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 283.927 óbitos, isto é, 31,5% do total de mortes. Portanto, ocorreram, aproximadamente, 23.661 mortes por mês, 789 por dia, ou seja, quase 32 mortes cardiovasculares por hora nesse ano. Constitui, pois, a principal causa obituária no país (DATASUS, 2010).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 DEFINIÇÕES DOS PROBLEMAS

Após a análise do diagnóstico de saúde foram encontrados os problemas fundamentais:

1. Elevado número de pacientes fumantes.
2. Elevada prevalência de pacientes Hipertensos descontrolados.
3. Elevada incidência das doenças Transmissíveis.
4. Incremento de pacientes com doenças psiquiátricas e altas ingestão de drogas psicotrópicas.

6.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Uma vez que os problemas foram encontrados, foi preciso priorizá-los, como demonstrado no quadro 1.

Quadro 1. Priorização dos problemas da ESF Bonfim, 2015.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Elevado número de pacientes fumantes	Alta	5	Parcial	3
Elevada prevalência de pacientes Hipertensos descontrolados	Alta	7	Parcial	1
Elevada incidência das doenças Transmissíveis.	Alta	4	Parcial	4
Incremento de pacientes com doenças psiquiátricas e altas ingestão de drogas psicotrópicas.	Alta	6	Parcial	2

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

A elevada prevalência de pacientes hipertensos descontrolados foi considerada como o problema prioritário. O número de pacientes sem controle e propensos a desencadear complicações incentivo à equipe para realizar ações com objetivo de diminuir a incidência e o risco para a saúde.

6.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

A pressão arterial é a força com que o sangue corre pelas artérias. Se a pressão for muito alta, pode danificar os vasos sanguíneos e órgãos do corpo. Quanto maior é a pressão arterial, e quanto mais tempo ela permanece sem tratamento, maior será o risco de graves problemas de saúde, incluindo: (insuficiência cardíaca, ataque cardíaco, AVC, danos aos rins, alterações visuais). A hipertensão, na maioria das vezes, é apontada como “o assassino

silencioso” devido à falta de sinais e sintomas que possam caracterizar os portadores das crises hipertensivas (SMELTZER et al., 2008).

6.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Elevada prevalência de pacientes Hipertensos descontrolados tem causas como:

- Baixo nível de informação sobre os riscos da doença;
- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Nível socioeconômico baixo.

6.5 SELEÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”

Foram selecionados três “nós críticos” relacionados ao problema:

1. Baixo nível de conhecimento sobre o risco da doença.
2. Hábitos e estilos de vida inadequados.
3. Desequilíbrio psicológico mantido (stress, ansiedade, depressão).

6.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES

Foram selecionados os “nós críticos”, nos quais a equipe tem a possibilidade de ação mais direta e que podem ter um impacto sobre o problema priorizado (quadro 2).

Quadro 2: Desenho das operações dos “nós críticos” do problema “Elevada prevalência de pacientes Hipertensos descontrolados da ESF Bonfim, 2015.

NÓS CRÍTICOS	OPERAÇÃO-PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTO ESPERADO	RECURSOS NECESSÁRIOS
--------------	------------------	----------------------	------------------	----------------------

Baixo nível de conhecimento sobre o risco da doença	Melhor comunicação/ Melhorar o nível de conhecimentos dos pacientes respeito aos fatores de risco na hipertensão arterial.	Um maior conhecimento sobre a doença População mais informada sobre os riscos e complicações.	População mais informada sobre os riscos da doença.	Financeiros: Disponibilização de materiais educativos. Econômico: Para aquisição de folhetos. Cognitivos: conhecimento sobre o tema.
Hábitos e estilos de vida inadequados	Vivendo com saúde/ Modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos.	Redução dos hábitos tóxicos Estilos de vida mais saudável. Prática de exercícios físicos nos pacientes.	Campanha Educativa diante os médios de comunicação.	Organizacional: Para organizar as atividades físicas, os grupos de interação. Cognitivas: Conhecimento sobre o tema. Financeiros: Para aquisição de folhetos, métodos áudio visuais.
Desequilíbrio psicológico mantido.	Trabalhando em equipe/ Organizar a agenda programada junto com psicologia. Incrementar ações de prevenção e promoção de saúde.	Melhor satisfação dos pacientes no atendimento.	Aumento das consultas programadas com o psicólogo. Ter uma programação de atividades de promoção e prevenção.	Financeiros: Aquisição de recursos, material didático, educativo, folhetos cartazes. Organizacional: Organização da agenda programada.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.7 ELABORAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção descreve as operações que serão implementadas pela equipe e os resultados esperados para oferecer com melhor qualidade à prevenção dos agravos da hipertensão arterial (quadro3).

Quadro 3: Plano de intervenção sobre os nos críticos da ESF Bonfim, 2015.

Problema prioritário	Elevada prevalência de pacientes Hipertensos descontrolados
Nó crítico 1	Baixo nível de conhecimento sobre o risco da doença
Projeto 1	Melhor comunicação
Resultados 1	Um maior conhecimento sobre a doença. População mais informada sobre os riscos e complicações
Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida inadequados
Projeto 2	Vivendo com saúde
Resultados 2	Redução dos hábitos tóxicos Estilos de vida mais saudável. Prática de exercícios físicos nos pacientes
Nó crítico 3	Desequilíbrio psicológico mantido
Projeto 3	Trabalhando em equipe
Resultados 3	Melhor satisfação dos pacientes no atendimento

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas causados pela HA nos leva a refletir sobre a importância de uma intervenção, bem como a adoção de medidas preventivas, com a finalidade de minimizar o número de pessoas acometidas pela doença, e consequentemente os custos gerados e o número de mortes. A identificação dos fatores de risco relacionados à HA pode colaborar com os avanços na epidemiologia cardiovascular e, nas medidas profiláticas e de tratamento de níveis pressóricos elevados. Evidencia-se a necessidade de conscientização dos pacientes quanto à sua participação nos programas de saúde, nesse sentido, a atenção básica mostra-se como peça fundamental de elo entre políticas de saúde e a comunidade, e a ESF como estrutura potencial na consolidação da promoção da saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, A et al. Revista Brasileira de Hipertensão, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Brasília: Ministério da saúde, 2010.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. [Banco de dados na internet]. Brasil, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 05 maio. 2010.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. *Arq. Bras. Cardiol.*, v.95, supl.1, p.1-53, 2010.

FRANKLIN, S. S et al. Predictors of new onset diastolic and systolic hypertension: the Framingham Heart Study. *Circulation* ,v.111,n.9,p.1121-27, 2005.

GOLDMAN, L. et al. Tratado de Medicina Interna. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

IBGE-Instituto brasileiro de geografia e estatística. Dados do censo 2010 publicados no DOU em 04/01/2010. Disponível em; <http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=32>. Acesso em: 05 maio. 2010.

JUNIOR, C. V. S. et al. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Tratado de Cardiologia SOCESP. 2 .ed. Barueri: Manole, 2009.

KANNEL, W. B. Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. *Am. J. Hypertens*, v. 13, n. 1-2, p. 3-10, 2000.

LEMINGTON, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality : a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies, *Lancet*, v.360, n.9349, p.1903-1913, 2002.

LESSA, I. Estudos Brasileiros sobre a epidemiologia da Hipertensão Arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. Brasília, v.2, n.3, p.59-75, mai./jun., 1993.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Revista Brasileira Hipertensão*, v.8, n.4, p. 383 – 392, outubro/dezembro de 2001.

- MANO, G.M.P.; PIERIN, A.M.G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul. Enferm*, São Paulo, v.18, n.3, p.267-275, 2005.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.
- MORENO, J.H.; TOLEDO, J.C.Y.; FONSECA, F.A.H. Hipertensão refratária e tabagismo. *Rev. Bras. Hipertens.*, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.256-261, 2004.
- OLIVEIRA, S.T.; JANUÁRIO, M.V.C. O turismo em São João Del Rei – Minas Gerais: uma análise Preliminar. *Cultur*, Bahia, v.1, n.1, p.1-10, 2007.
- PASSOS, V. M. A, ASSIS, T. D; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Volume 15 – n.1, p. 35-45, jan/mar de 2006.
- PESSUTO, J; Carvalho, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.6, n.1, p.33-39,1998.
- PIRES, C.G.; MUSSI, F.C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Cien Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.2257-2267, 2008.
- ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Card*, v.93, n. 6, p. 672-678, 2009.
- SILVA, D.R. Uso inadvertido de medicamentos psicotrópicos na comunidade de Guarda-Mór em São João Del Rei-MG. 2014, 30 f. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, São João Del Rei. 2014.
- SIMONNETTI, J. P; BATAISATA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de riscos em pacientes hipertensos. *Revista Latino-americana Enfermagem*.v.10, n.3, p. 415-422, 2002.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão In: Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 904-916.
- SMELTZER, S. C.; BARE, Brendo G.; HINKLE. JANICE, L.; CHEEVER, KERRY, H. *Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgico*. Tradução: Brunner e Suddarth. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/medica/diretrizes.asp>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

VASAN, R.S. et al. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet*, v.358, n.9294, p.1682-1686, 2001.