

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

RAUL ALEXANDER VIDAL MILANÊS

**PREVENÇÃO E CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO
TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CIDADE
NOVA, PEDRA GRANDE EM DIAMANTINA – MINAS GERAIS**

DIAMANTINA - MINAS GERAIS
2016

RAUL ALEXANDER VIDAL MILANÊS

**PREVENÇÃO E CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO
TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CIDADE
NOVA, PEDRA GRANDE EM DIAMANTINA – 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: Daniele Falci de Oliveira

**DIAMANTINA - MINAS GERAIS
2016**

RAUL ALEXANDER VIDAL MILANÊS

**PREVENÇÃO E CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO
TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CIDADE
NOVA, PEDRA GRANDE EM DIAMANTINA – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Daniele Falci de Oliveira – colaborador externo

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

DEDICATORIA

Aos meus entes queridos: pais, esposa, que tanto adoro e que consistem no meu principal motivo de viver.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, responsáveis pelos valiosos ensinamentos de vida e pela minha existência.

A minha esposa, pela ajuda, amor e apoio incondicional.

Aos meus pacientes e colegas do trabalho, assim como minhas agentes comunitárias de saúde que fizeram possível este trabalho.

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

José de Alencar

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica, também conhecida como pressão alta é conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem na hipertrofia cardíaca e vascular. A equipe de saúde realizou diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificado o aumento da prevalência de Hipertensão Arterial na comunidade. Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes. O estudo tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para prevenção e controle da hipertensão arterial no território da unidade básica de saúde, bem como verificar o grupo etário mais propenso para ao desenvolvimento desta doença, identificar os fatores de risco, apontar as medidas de prevenção no contexto interdisciplinar e da atenção básica. Para busca de informações sobre a temática foram realizadas pesquisas bibliográficas na Biblioteca Virtual em Saúde. O projeto de intervenção foi construído segundo os passos do planejamento estratégico situacional. Conclui-se que a atenção primária à saúde reflete diretamente na prevenção de doenças como a hipertensão arterial.

Descritores: Hipertensão. Atenção Básica. Promoção da saúde.

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension also known as high blood pressure is defined as a syndrome characterized by elevated blood pressure levels associated with metabolic disorders, hormonal and trophic phenomena, consisting of cardiac hypertrophy and vascular. The health team conducted diagnosis and survey of the main problems, being identified an increased prevalence of hypertension in the community. This health condition is amenable to interventions, it is possible to carry out promotion, prevention and treatment preventing new cases and reducing complications in these cases. The study aims to develop an intervention project for the prevention and control of hypertension within the basic health unit and check the most likely age group to the development of this disease, identify risk factors, point prevention measures in interdisciplinary primary care context. To search for information on the subject were conducted literature searches in the Virtual Health Library. The intervention project was built in the footsteps of situational strategic planning. It is concluded that primary health care is directly reflected in the prevention of diseases such as hypertension.

Keywords: Hypertension. Primary Care. Health Promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Identificação do Município de Diamantina: aspectos históricos, geográficos, demográficos e socioeconômicos.....	9
1.2 Unidade Básica de Saúde Cidade Nova /Pedra Grande.....	12
1.3 Análise situacional e seleção do problema prioritário.....	14
1.4 Descrição do problema.....	16
1.5 Identificação e seleção dos nos críticos do problema escolhido.....	17
3 JUSTIFICATIVA.....	18
4 OBJETIVO	19
5 METODOLOGIA	20
6 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	26
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do Município de Diamantina: aspectos históricos, geográficos, demográficos e socioeconômicos.

O município de Diamantina localiza-se na chamada borda da Serra do Espinhaço, na região do Jequitinhonha, dividindo as bacias do rio São Francisco e do rio Jequitinhonha. Está distante da capital Belo Horizonte 282 km e faz limites com os municípios de Gouvêa, Datas, Serro, Couto de Magalhães de Minas, Monjolos, Augusto de Lima, Buenópolis, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves, Olhos d' Água, Bocaiúva e Carbonita. Possuindo uma área de 3.869km² e uma população de 44.746 habitantes, segundo dados do IBGE 2007. Nome do Município: Diamantina, localizada no estado de Minas Gerais, ficando a uma distância de 282 km de Belo Horizonte, capital mineira e 678.6 km da capital brasileira, Brasília (IBGE, 2014).

O município tem uma população de aproximadamente de 45.304 habitantes. Com quase três séculos de fundação, passando de povoado a arraial até chegar a município. Diamantina é uma cidade rica em história e tradições. Possui um patrimônio arquitetônico, cultural e natural rico e preservado. A formação do município está intrinsecamente ligada à exploração do ouro e do diamante. A ocupação inicial do território se deu com Jerônimo Gouvêa, que, seguindo o curso do Rio Jequitinhonha, encontrou, nas confluências do Rio Piruruca e Rio Grande, uma grande quantidade de ouro. Por volta de 1722, começou o surgimento do povoado, sempre seguindo as margens dos rios que eram garimpados. A partir de 1730, ainda com uma população flutuante, o Arraial do Tijuco foi se adensando. Por meio da expansão de pequenos arraiais ao longo dos cursos d'água em direção ao núcleo administrativo do Tejuco, foi se formando o conjunto urbano de Diamantina, tendo como primeiras vias a Rua do Burgalhau, Rua Espírito Santo e Beco das Beatas (IBGE, 2014).

Em 1938, o conjunto arquitetônico do Centro Histórico da cidade foi tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, e, no final da década de 90, veio o reconhecimento mundial: Diamantina recebe da UNESCO o título de Patrimônio Cultural da Humanidade. Atualmente, Diamantina é uma das cidades

históricas mais conhecidas e visitadas do país. O casario colonial, de inspiração barroca; as edificações históricas; as igrejas seculares; a belíssima paisagem natural e uma forte tradição religiosa, folclórica e musical conferem uma singularidade especial à cidade. Construída em um sítio íngreme, possui traçado urbano sinuoso, formado por ruas estreitas com calçamento em pedra. O casario, definidor das ruas, não possui recuo frontal e se destaca pelo colorido vivo das esquadrias que contrasta com o branco das paredes. Há várias igrejas no centro, em geral se destacam do entorno no qual estão inseridas. Nota-se o uso de elementos que remetem à arquitetura portuguesa influenciada pela árabe, como muxarabis e treliças nas janelas e varandas. A morfologia urbana de Diamantina foi inspirada nas cidades medievais portuguesas. Na área central da cidade encontramos uma parte plana, de pedras acinzentadas. A tipologia comum é a colonial, havendo poucos exemplos de construções neoclássicas, ecléticas ou neocoloniais. A arquitetura moderna está representada por três obras de Oscar Niemeyer, da década de 50. Encravada na inóspita Serra do Espinhaço, Diamantina é um exemplo vivo de arquitetura colonial de linhas e formas suaves, adaptadas aos trópicos (IBGE, 2014).

Atualmente a economia de Diamantina baseia-se na agropecuária, na mineração, pequenas indústrias e no turismo.

Tabela 1 – População do município de Diamantina por faixa etária e por sexo, 2010.

N° de indivíduos	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 mais	Total
Masculino	1274	1813	2256	2435	2268	1909	3152	2848	1926	2074	21955
Feminino	1163	1728	2168	2463	2362	2007	3354	3120	2119	2865	23349
Total	2437	3541	4424	4898	4630	3916	6506	5968	4045	4939	45304

Fonte: IBGE (2010)

Taxa de crescimento anual do município em 2010 de acordo com as informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística foi de 0,617 %, em relação a população atual e a densidade demográfica é 330.415 hab./km² aproximadamente.

O programa de Saúde da Família posteriormente renomeado Estratégia de saúde da família foi implantado no município em 2005. Atualmente conta com nove equipes, funcionando de segunda a sexta, e estão distribuídas em toda a cidade. A cobertura do município é de 100%. A maioria da população tem assistência à saúde oferta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém há uma parcela da população que possui assistência particular, em clínicas privadas especializadas.

1.2 Unidade Básica de Saúde Cidade Nova /Pedra Grande

O ESF Bela Vista, no Bairro Bela Vista tem acesso facilitado a população que está sempre utilizando os serviços oferecidos. O horário de funcionamento é das 07h00min as 17h00min horas, de segunda a sexta-feira. Os serviços prestados são de boa qualidade, e, de maneira geral, a população encontra-se satisfeita com o atendimento oferecido pela equipe.

A equipe atende 615 famílias que compreendem a 2284 pessoas.

O nível de alfabetização da população adscrita da unidade de 7 a 14 anos na escola é de 100% e de 15 anos ou mais é de 97,83%

Tabela 2 - Estrutura por idade e sexo da população

Grupo de idades	Masculino	%	Feminino	%	TOTAL	%
< 1 ano	9	0,39	11	0,48	20	0,87
1 – 5 anos	74	3,2	92	4,0	166	7,2
6 – 11 anos	64	2,8	79	3,3	143	6,2
12 – 18 anos	191	8,3	140	6,1	331	14,4
19 – 30 anos	164	7,1	387	16,9	551	24,1
31 – 50 anos	213	9,3	225	9,8	438	19,1
51 – 59 anos	246	10,7	240	10,5	486	21,2
60 anos e +	63	2,7	86	3,7	149	6,5
Total	1024	44,8	1260	55,2	2284	100

Fonte: História de saúde individual do paciente 2014-2015

A população da área de abrangência é uma população de baixo poder aquisitivo, com grandes dificuldades. Os principais postos de trabalho consistem em atividades ligadas ao comércio formal e informal, construção civil, garimpo, na Prefeitura Municipal e nas Escolas da cidade. As taxas de desemprego são altas contribuindo para o aumento de uso de droga.

Apresentam uma quantidade de 316 hipertensos e 51 diabéticos que são acompanhados pela Equipe de Saúde da Família. O índice de alcoolismo e uso de drogas é intenso. Foram 15 óbitos da área de abrangência no ano de 2013, sendo as principais causas o infarto do miocárdio (sete pacientes), seguido de acidente vascular encefálico (quatro pacientes), câncer (três pacientes) e suicídio (um paciente). Não ocorreu nenhum óbito materno infantil em esse período do tempo.

A equipe da unidade é composta por um médico do Programa Mais Médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

O espaço físico da unidade de saúde é bem restrito, se constitui de uma recepção, dois consultórios médicos, uma sala de reunião, sala de curativo, sala de micro

nebulização e injetáveis, dois banheiros para uso da comunidade e um para uso dos funcionários, sala de materiais de limpeza e sala de estoque de materiais e arquivo.

Os serviços oferecidos a comunidade são: Acolhimento, realizado pela enfermeira, que acontece todos os dias no horário de 07h00min as 09h00min; consultas médicas são realizadas durante toda a semana no período da manhã e tarde; Consultas de puericultura realizadas pela enfermeira, que ocorrem no período da tarde, nas segundas e nas quartas feiras; exame preventivo do colo uterino, realizado pela enfermeira, nas manhãs das quartas feiras; Consultas de enfermagem realizadas diariamente; Aferição de Pressão Arterial, micro nebulização, reidratação oral, Aferição de Glicemia: durante todo o período de funcionamento da unidade; Visita Domiciliar de acordo com a agenda, realizada pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

1.3 Análise situacional e seleção do problema prioritário

A equipe de Cidade Nova / Pedra Grande, tendo como base o Planejamento Estratégico definiu os problemas principais sendo:

- Elevado índice de Hipertensos.
- Elevado índice de alcoólatras
- Elevado número de gestantes adolescentes
- Alto índice de vetores transmissores de doenças.
- Elevado índice de dependente químico.

Na seguinte tabela demonstra a relação dos problemas priorizados pela equipe Cidade Nova/ Pedra Grande, assim como os critérios utilizados para essa seleção.

Quadro1 - Priorização dos problemas do PSF Cidade Nova/ Pedra Grande.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento
Elevado número de hipertensos	Alta	08	Parcial
Alto índice de vetores transmissores de doença	Alta	07	Parcial
Elevado número de gestante adolescente	Alta	06	Parcial
Elevado índice de alcoólatras	Alta	05	Parcial
Elevado índice de dependente químico	Alta	04	Parcial

A ESF Cidade Nova/Pedra Grande após a definição e priorização do problema, realizamos a seguinte descrição, do total de 1848 pessoas jovem e adultas a idade maiores de 15 anos, temos um total de 316 hipertensos para um 17.09 % parâmetro que se encontra com comportamento similar seguindo as estadísticas do país. Dentre os pacientes identificados como hipertensos todos estão em tratamento, sendo que cerca de 70% encontra-se controlados. Em ano 2013 somente 24 pacientes ficaram internado por hipertensão descontrolada e, ocorrerem um total de sete óbitos consequentes infarto agudo do miocárdio.

O ESF Cidade Nova/ Pedra Grande deve enfrentar a Hipertensão como um sério problema de saúde, uma vez que pacientes hipertensos apresentam grande probabilidade de desenvolver complicações como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, cardiopatias, insuficiências renais dentre outros.

Os fatores ambientais e de estilo de vida, tais como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, obesidade, tabagismo, favorecem o surgimento da doença.

Estas doenças e agravos vêm aumentando e, no Brasil são as principais causas de óbitos em adultos sendo o infarto do miocárdio um dos fatores de maior risco, a Prevenção e diagnóstico precoce da hipertensão são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, bem como a melhoria das condições de vida do paciente.

A explicação do problema possibilita identificar as variáveis que interferem nas causas dos mesmos parâmetros que se influenciam pelos estilos de vidas, níveis social, níveis de informação, também os fatores culturais, ambientais repercutem de forma direta sobre esta população alvo.

1.4 Descrição do problema

Dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica e registros da UBS.

- Indicadores de frequência: 316 hipertensos, 51 diabéticos, 251 tabagistas, 125 obesos, 345 pacientes com alcoolismo.
- Indicadores sobre eficácia das ações: 20 internações por hipertensão, sete mortes por hipertensão complicações infartos do miocárdio.

Para explicar o problema prioritário identificado devemos conhecer sua causa, e geralmente a causa de um problema é outro problema. Nosso problema prioritário é o aumento da prevalência de Hipertensão Arterial.

O Modelo Econômico e Social leva a um ambiente cultural e socioeconômico específico de acordo a cada região. Em nossa população existem desemprego e baixos salários, péssimos hábitos e estilos de vida como sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de sal, alcoolismo e baixo nível de informação sobre os riscos que provocam a hipertensão. Tudo isso potencialmente provoca stress aumenta a chance de se desenvolver hipertensão e levam a consequências desfavoráveis como infartos, doenças renais, doenças neurológicas. As consequência são internações frequentes, aumento da morbimortalidade, invalidez parcial ou total, e

aumento de desempregos por doenças crônicas.

Através do Modelo Assistencial centrado na pessoa, reorganização dos serviços de saúde, organização do processo de trabalho, uso de protocolos adequados, trabalho em equipe, referência e contra-referências, pretendemos melhorar a autonomia do paciente alcançando uma atenção integral e diminuindo eventos cardiovasculares, renais e neurológicos.

1.5 Identificação e seleção dos nos críticos do problema escolhido.

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

Nível de informação: Devem-se informar mais a população e capacitar as pessoas sobre doenças crônicas mais freqüentes e como fazer para modificar estilos de vida, tudo a través de promoção a saúde.

Processo de trabalho da equipe de saúde: Devem-se fazer mudanças de mentalidade de equipe da saúde e população, podemos fazer controle periódico de hipertensão em consultas e em visitas domiciliares e capacitar os pacientes sobre sua doença.

Dificuldade do pessoal capacitado para fazer atividades físicas: Devem-se solicitar a secretaria de saúde a contratação de pessoal capacitado em educação física para fazer atividade física para sim evitar sedentarismo

Baixo nível econômico: Devem-se solicitar a secretaria de saúde um convenio para aumentar a distribuição de medicamentos anti-hipertensivo gratuitamente , assim se evita agravos da população alvo.

3 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde de Cidade Nova/ Pedra Grande realizou diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificado o aumento da prevalência de Hipertensão Arterial (HAS) na comunidade. Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes.

A equipe após análises da situação levantada considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

•

4 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para prevenção e controle da hipertensão arterial (HAS) no território da unidade básica de saúde de Cidade Nova/Pedra Grande em Diamantina/MG.

5 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na ESF o problema identificado foi aumento da prevalência de Hipertensão Arterial. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe a traves das diferentes fontes de obtenção dos dados. Foram selecionados indicadores da freqüência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano.

Identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para lograr a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Descritores: Hipertensão. Atenção Básica. Promoção da saúde.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Esta é ainda, responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal em nosso país (BRASIL, 2006).

A mudança no perfil demográfico da população é acompanhada por alterações epidemiológicas. Tais alterações caracterizam-se por incidência de doenças crônicas degenerativas, como a HAS (WHEBERTH, 2011).

Neste contexto a hipertensão arterial acomete 50 a 70% dos pacientes, porém quando controlada adequadamente reduz significativamente as complicações e incapacidades funcionais destas pessoas (BRASIL, 2006).

Devido a sua cronicidade, a HAS exige um acompanhamento e controle ao longo da vida de seu portador. Um fato preocupante é que muitos indivíduos só descobrem que são portadores da doença em um estágio mais avançado, apresentando graves complicações como: infarto agudo miocárdio, acidente vascular cerebral e doenças renais dentre outras (ARAÚJO e GARCIA, 2006).

A decisão terapêutica baseia-se nas informações sobre a classificação dos níveis de pressão arterial e da estratificação do risco individual como: modificações no estilo de vida, recomendações dietéticas e o tratamento medicamentoso, obtidos durante a avaliação clínica (BRASIL, 2006). Além disso, é necessário identificar e delimitar os fatores de risco para HAS como: hereditariedade, a idade, sedentarismo, obesidade, alcoolismo e tabagismo dentre outros, com a finalidade de garantir estratégias para uma adesão de qualidade ao tratamento (ZAITUNE *et al*, 2006).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado e contínuo são fundamentais para o controle da hipertensão e a redução de complicações. No Brasil, existe um número razoável de hipertensos que desconhecem a doença, que abandonam o

tratamento ou não fazem o controle adequado por falta de condições financeiras, desinformação e dificuldades assistenciais (ASSIS, 2002). Após o diagnóstico da HAS, o paciente inicia a terapia medicamentosa, em virtude disso começa a conflitar-se com o número de prescrições, medicamentos e horários, dessa maneira leva ao uso incorreto da medicação ou abandono da terapia (NASSAU, 2010).

Portanto, a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Certamente existe um grande número de hipertensos que apresenta outras comorbidades como diabetes, dislipidemias e obesidade, trazendo implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle das condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (MINAS GERAIS, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a HAS identifica-se como um problema de saúde grave no Brasil e no mundo. Conta com uma alta prevalência na população, com taxas de controle baixas (a prevalência varia de 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos). A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA, a partir de 115/75 mmHg, de forma linear, contínua e independente.

Williams (2010) afirmou que cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração). A maioria delas aconteceu em países de baixo e médio desenvolvimento econômico, sendo mais da metade dessas mortes em indivíduos entre 45 e 69 anos de idade.

Diversos estudos relataram que a pressão arterial possui um fator de risco alto para as principais causas de morte no país (doenças cardiovasculares e cerebrais). No entanto, essa é uma condição que possui possibilidades de controle eficaz, com grandes chances de se evitar complicações (MION JÚNIOR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001; TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Os profissionais da AB possuem importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS. Devem também ter,

sempre em foco, uma prática de trabalho centrada no indivíduo, envolvendo o usuário e o cuidador para a definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão. Embora a HAS seja um dos problemas de saúde mais comuns nos serviços de AB, as equipes de Saúde ainda possuem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. A única forma possível de diagnóstico da HAS é mediante a verificação da pressão arterial. Entretanto, muitas vezes essa prática não acontece. A maioria dos pacientes hipertensos só procura orientação médica e/ou de enfermagem quando se manifesta algum sintoma da doença. Sendo assim, é necessário que os usuários sejam informados sobre a importância de verificação da pressão arterial da população em geral, pelo menos uma vez ao ano. Desse modo a doença poderá ser diagnosticada precocemente, evitando-se sua descoberta repentina após alguma complicação instalada (BRASIL, 2001).

A prevalência das doenças cardiovasculares em adultos aumenta a cada decênio de vida. Dentro desse contexto, programas de intervenção de base comunitária foram introduzidos em diferentes países desde o início da década de 70. Esses programas buscam diminuir a morbidade e a mortalidade por doenças cardiovasculares por meio da redução dos fatores de risco cardiovasculares nas comunidades. Isso acontece a partir de práticas de promoção da saúde e prevenção presentes nas comunidades locais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1988).

O estabelecimento de um processo de educação permanente com os profissionais da AB possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade provocada por essas duas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é algo fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (BRASIL, 2013).

O diagnóstico da hipertensão arterial depende, exclusivamente, dos níveis pressóricos. Reforça-se, desse modo, a necessidade de verificação da PA pelo menos uma vez ao ano para aquelas pessoas que não apresentam HAS. Para

aqueles indivíduos cujos níveis tensionais estão na faixa limítrofe recomenda-se que sejam avaliados em um intervalo menor de tempo. Já os usuários considerados hipertensos devem ser acompanhados, em nível ambulatorial, com terapêutica anti-hipertensiva (BRASIL, 2013).

Em pesquisa realizada por Castro e Car (2000), comprovou-se que as modificações no estilo de vida relacionaram-se à presença de sintomatologia, à compreensão dos doentes sobre a HAS e ao impacto dessa patologia em suas vidas. Para as autoras, o enfrentamento da cronicidade da HAS envolve, entre outros aspectos, a compreensão do seu significado conforme a percepção do indivíduo hipertenso sobre o processo saúde-doença. No estudo realizado por Kyngäs e Lahdenperä (1999), sintomas de pressão alta foram relatados por 61% das mulheres e 29% dos homens. Entre os hipertensos que referiram sintomas, 71% deles afirmaram ter reduzido o sal da dieta.

As equipes de Saúde da Família possuem um importante papel na implementação do atendimento, por meio da criação de vínculos entre os profissionais e a comunidade. Promovem, assim, nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, buscando prestar assistência de acordo com as reais necessidades dessa população e identificando fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (ROSA e LABATE, 2005).

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico relacionado ao problema a alta incidência de paciente hipertenso, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cidade Nova/ Pedra Grande, em Diamantina, Minas Gerais

Nó crítico	<p>Cuidar da saúde: Modificar hábitos e estilos de vida inadequados.</p> <p>Viver Melhor: Nível de informação inadequado sobre a doença. Reorganizar o processo de trabalho.</p> <p>União de ações: Organizar agenda de trabalho. Busca Ativa de pacientes hipertensos.</p> <p>Qualidade de vida: Dificuldade do pessoal capacitado para fazer atividades físicas.</p> <p>Viva Melhor: Baixo nível econômico.</p>
Operação	<p>Cuidar da saúde: Modificar hábitos e estilos de vida.</p> <p>Viver Melhor: Aumentar nível de informação e autonomia da população sobre a doença, oferecer uma atenção integral ao indivíduo, promover educação em saúde.</p> <p>União de ações: Implantar a linha de cuidada para hipertenso na população adulta.</p> <p>Qualidade de vida: Solicitar a secretaria de saúde a contratação de pessoal capacitado em educação física para fazer atividade física.</p> <p>Viva Melhor: Melhorar as condições sócio econômicas da população alvo.</p>
Resultados	<p>Cuidar a saúde: Diminuir o número de hipertenso a um 8%,</p>

esperados	<p>também sedentários, obesos, tabagistas, alcoólicos.</p> <p>Viver Melhor: População mais informada sobre Hipertensão e suas complicações.</p> <p>Qualidade de vida: Contratação de pessoal capacitado em educação física.</p> <p>União de ações: Aumentar o número de diagnósticos e controle de Hipertensos; conhecer população de riscos de Hipertensão Arterial; agenda organizada; aumentar o número de pacientes pesquisados de hipertensão e diminuir em 8 % o número de hipertenso na população adulta.</p> <p>Viva Melhor: Melhoria das condições socioeconômicas da população alvo.</p>
Produtos esperados	<p>Cuidar da saúde: Aumentar o número de consultas programadas e visitas domiciliares. Implantar o programa de caminhadas. Estabelecer Campanha educativa na radio local.</p> <p>Viver Melhor: Palestras Educativas sobre Hipertensão. Campanhas Educativas na radio local. Capacitação dos agentes comunitários. Grupos Operativos.</p> <p>União de ações: Maior número de pacientes avaliados. Programar atividades todos os meses. Aumentar o número de visitas domiciliárias.</p> <p>Qualidade de vida: Melhorar a qualidade das atividades esportivas realizadas.</p> <p>Viva Melhor: Parcerias com serviço social e instituições não governamentais.</p>
Atores sociais/ responsabilidade	<p>Equipe de saúde Cidade Nova Pedra Grande. Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Conselho Municipal de Saúde e</p>

	Prefeitura Municipal.
Recursos necessários	<p>Cuidar da saúde:</p> <p>Estrutural: Organização das atividades como palestras</p> <p>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema</p> <p>Financeiro: Aquisição de recursos necessários, folhetos informativos.</p> <p>Político: mobilização social, parcerias entre os setores (saúde, educação, Social), e com associações Locais (Governamental e não governamental).</p> <p>Viver Melhor:</p> <p>Estrutural: Organização das atividades por micro-área</p> <p>Cognitivo: Conhecimento sobre os temas.</p> <p>Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos informativos etc.</p> <p>Político: mobilização social, parcerias entre os setores (saúde, educação, Social), e com associações Locais</p> <p>União de ações:</p> <p>Estrutural: organização dos fluxos de referência e contra referencia e da elaboração do protocolo</p> <p>Cognitivo: Elaboração da linha de cuidado e protocolo</p> <p>Financeiro: Recursos para a aquisição de materiais</p> <p>Político: Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais</p> <p>Qualidade de vida;</p> <p>Estrutural: Organizar atividades esportivas por microarea.</p>

	<p>Cognitivo: Aquisição de pessoal capacitado</p> <p>Financeiro: Aquisição de recursos para médios complementares para a realização das atividades físicas.</p> <p>Político: Decisão do governo para contratação do pessoal.</p> <p>Viva Melhor:</p> <p>Cognitivo: Identificação das pessoas com dificuldade socioeconômica</p> <p>Financeiro: Apoio da Prefeitura Municipal para financiamento do projeto.</p> <p>Político: Aprovação do projeto e articulação intersetorial</p>
<p>Recursos críticos</p>	<p>Cuidar da saúde:</p> <p>Político: Mobilização através de parcerias com outros sectores (saúde, educação, social)</p> <p>Financeiro: Aquisição de recursos necessários, folhetos informativos.</p> <p>Viver melhor:</p> <p>Organizacional: Organização de atividades por microárea.</p> <p>Político: mobilização social, parcerias entre os setores (saúde, educação, Social), e com associações Locais.</p> <p>Financeiro: Recursos para o financiamento do projeto.</p> <p>União de ações:</p> <p>Político: Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais.</p> <p>Qualidade de vida:</p>

	<p>Político: Decisão do governo para contratação do pessoal.</p> <p>Financeiro: Aquisição de recursos para médios complementares para a realização das atividades físicas.</p> <p>Viva Melhor:</p> <p>Financeiro: Apoio da Prefeitura Municipal para financiamento do projeto.</p> <p>Político: Aprovação do projeto.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: - ESF e Secretaria Municipal de saúde (SMS)e Prefeitura Municipal</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	<p>Cuidar da saúde: Não é necessário.</p> <p>Viver melhor: Não é necessário.</p> <p>União de ações: Apresentação de dados epidemiológicos.</p> <p>Qualidade de vida: Apresentar o projeto a prefeitura municipal.</p> <p>Viva Melhor: Apresentar o projeto a prefeitura municipal, apoio dos setores sociais.</p>
Responsáveis:	Equipe de saúde Cidade Nova Pedra Grande. Médico, Enfermeira , Tec. de enfermagem.
Cronograma / Prazo	<p>Cuidar da saúde: 04 meses para o início das atividades</p> <p>Viver melhor: três meses</p> <p>União de ações: Apresentação dos dados em três meses</p> <p>Qualidade de vida: Apresentar o projeto em quatro meses e início das atividades em 10 meses</p> <p>Viva Melhor: Apresentação do projeto em quatro meses</p>
Gestão,	Será avaliado de forma mensal.

acompanhamento e avaliação	
-----------------------------------	--

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações na Atenção primária à saúde são primordiais no controle da hipertensão arterial e na diminuição da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Acreditamos que o aperfeiçoamento do processo de trabalho da equipe de saúde da família melhora a efetividade e qualidade dos serviços prestados ao público hipertenso.

Planejamos realizar o monitoramento e avaliação do plano de ação por meio de uma planilha de acompanhamento das ações propostas, bem como, por meio da avaliação do indicador percentual de hipertensos com níveis de pressão adequados.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, G.B. S; GARCIA, T.R. Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev. Eletr. Enf.* v. 08, n. 02, p. 259 - 272, 2006. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 10 maio 2011.
- ASSIS, M. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: URJ, 2002. Disponível em: <<http://www.crdeunati.uerj.br>>. Acesso em :01 outubro 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica n.15).
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos institucionais - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, D.F. 2001, 26p.
- BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas**. Brasília: Ministério da saúde, 2013.
- CAMPOS, C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.
- CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Rev. Esc. Enf. USP.* v.34, n. 2, p.145–153, 2000.
- IBGE Minas Gerais | **Diamantina** | Censo Demográfico **2010** Disponível: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=312160&idtema=79>
- IBGE** | Cidades | Minas Gerais | **Diamantina** 2014 Disponível: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312160>
- KYNGÄS, H.; LAHDENPERÄ. T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *Journal of Advanced Nursing*, v.29, n.4, p.832–839, 1999-
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à saúde do Adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006, 198p.
- MION JR, D.; PIERIN, A.M. G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial - Respostas de médicos brasileiros a um inquérito. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.47, n. 3, p.249-254, 2001.
- NASSAU, F.M. Uso de Medicamentos e Assistência de Enfermagem aos Idosos Hipertenso na Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura, 2010. Disponível: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 22 de junho 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Glossário de Promoção da Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde (OMS); 1988.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo assistencial. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1032, nov./dez., 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Arq Bras Cardiol**. V. 95 (1 supl.1), p. 1-51, **2010**. Disponível http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.asp

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, 233 – 8, jun. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01040707200700020004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 28 jan. 2014.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

WHEBERTH, A.P.V.B.. Polifarmácia em idosos. Governador Valadares, 2011. Disponível: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 30 de outubro 2011.

ZAITUNE M.P.A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.:285-294, fev, 2006. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0425.pdf>>.

