

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DAVID ESTEBAN ARAGON CURBELO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ATENUAR OS FATORES DE RISCO QUE
INCIDEM NA PREVALÊNCIA E COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA**

GUARENÉSIA - MINAS GERAIS

2016

DAVID ESTEBAN ARAGON CURBELO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ATENUAR OS FATORES DE RISCO QUE
INCIDEM NA PREVALÊNCIA E COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA**

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.

Orientador: Prof. Ailton de Souza Aragão

GUARENÉSIA - MINAS GERAIS

2016

DAVID ESTEBAN ARAGON CURBELO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ATENUAR OS FATORES DE RISCO QUE
INCIDEM NA PREVALÊNCIA E COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA**

Banca Examinadora

Membro 1 - Prof. Ailton de Souza Aragão – UFTM

Membro 2 – Profa. Regina Maura Rezende – UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em 24/ 08/2016

AGRADECIMENTOS

A minha esposa, pela paciência e incentivo durante toda a realização deste trabalho.

Ao meu tutor, pela ajuda oferecida e por compartilhar seus conhecimentos.

A todos meus colegas pelo apoio, e minha equipe de saúde da família, por participar comigo na realização deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho objetivou a construção de um plano de ação para a atuação sobre os principais fatores de risco que incidem na prevalência e complicações da hipertensão arterial sistêmica. Para a consecução do objetivo, foi realizado um levantamento dos dados dos pacientes com a doença no PSF Renovação. Também foram feitas discussões com os moradores da área de abrangência e com a equipe de saúde. A metodologia utilizada foi uma revisão narrativa de literatura com coleta de dados na base eletrônica SCIELO. O período avaliado foi desde Julho de 2014 a Dezembro de 2015. Os resultados indicaram que a educação em saúde na atenção básica, constituiu um instrumento de intervenção importante. Na elaboração do plano de ação foi adotada a seguinte dinâmica: descrição da etapa a ser desenvolvida, seguindo o referencial teórico discutido na disciplina Planejamento e Avaliação de Saúde, do Curso de Especialização em atenção Básica em Saúde da família da UFMG, e especificidades da proposta de intervenção relacionada à etapa descrita. O Plano de ação elaborado contém: identificação dos nós críticos, desenho de operações para os nós críticos do problema, identificação de recursos críticos, análises de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo. O plano de ação é uma ferramenta que visa facilitar a intervenção no problema identificado, porém ainda há um trabalho a ser feito para atenuar os fatores de risco que incidem na prevalência e complicações da Hipertensão Arterial.

Descritores: Hipertensão. Fatores de risco. Educação para saúde. Atenção Primária em saúde.

ABSTRACT

This work aimed at the construction of a plan of action for action on the main risk factors that affect the prevalence and complications of hypertension. To achieve the goal, a data survey was conducted of patients with the disease in the PSF Renewal. They were also made discussions with residents of the catchment area and the health team. The methodology used was a literature narrative review with data collection in electronic base SCIELO. The study period was from July 2014 to December 2015. The results indicated that health education in primary health care was an important intervention instrument. In preparing the action plan was adopted the following dynamics: description of the step being developed, following the theoretical framework discussed in the Planning discipline and evaluation of Health, Specialization Course in Basic attention of UFMG Family Health, and specifics of the proposal intervention related to the described step. The elaborate action plan contains: identification of critical nodes, operations design for the critical nodes of the problem, identification of critical resources, plan feasibility studies, preparation of operating plan. The action plan is a tool to facilitate the intervention in the problem identified, but there is still work to be done to mitigate the risk factors that affect the prevalence and complications of Hypertension.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Education to health. Primary health care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DER/MG	Departamento de Estrada de Rodagem de Minas Gerais
DAPE	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
IGA	Instituto de Geociências Aplicadas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Posto de Saúde da Família
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SIAB	Sistema de Informação da atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Programação das palestras. PSF Renovação.....	8
Quadro 2. Avaliação dos problemas identificados de acordo com importância, urgência, capacidade de enfrentamento e priorização.....	Erro! Indicador não definido.1
Quadro 3. Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “Elevada incidência de Hipertensão Arterial”.....	Erro! Indicador não definido.
Quadro 4. Recursos Críticos para problema “acompanhamento deficiente aos portadores de HAS”.....	Erro! Indicador não definido.7
Quadro 5. Análise de viabilidade do plano.	27
Quadro 6. Elaboração do plano operativo.	29
Quadro 7. Gestão do plano.	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distância entre as comunidades e a sede de Guaranésia. .	Erro! Indicador não definido.
Tabela 2. Número e Proporção de pacientes Hipertensos do PSF Saúde e Vida I. Guaranésia/MG, 2015.	Erro! Indicador não definido.
Tabela 3. Número e proporção dos pacientes hipertensos acompanhados do PSF I, Guaranésia/MG, 2015.	Erro! Indicador não definido.
Tabela 4. Aspectos demográficos: população do PSF Renovação por faixas etárias (fevereiro/2015)	Erro! Indicador não definido.
Tabela 5. Índice de Desenvolvimento Humano de Guaranésia/MG, 2015.	Erro! Indicador não definido.
Tabela 6. Renda, Pobreza e Desigualdade - Guaranésia – MG. .	Erro! Indicador não definido.8
Tabela 7. Percentual da população segundo a situação do saneamento do município de Guaranésia 1991-2010.....	Erro! Indicador não definido.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Localização de Guaranésia no Estado de Minas Gerais.....	Erro! Indicador não definido.
--	--------------------------------------

Figura 2. Mesorregiões Geográficas do Estado Minas Gerais.**Erro! Indicador não definido.**

Figura 3. Arvore explicativa do problema.....24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2 JUSTIFICATIVA	Erro! Indicador não definido.
3 OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
4 METODOLOGIA.....	Erro! Indicador não definido.
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	Erro! Indicador não definido.
6 PLANO DE AÇÃO	Erro! Indicador não definido.
6.1 Diagnóstico Situacional	Erro! Indicador não definido.
7 CONCLUSÕES	Erro! Indicador não definido.1
REFERÊNCIAS.....	Erro! Indicador não definido.2

1 INTRODUÇÃO

Guaranésia está localizado na mesorregião Sul/Sudoeste do Estado Minas Gerais, na grande região geográfica do Sudoeste brasileiro e pertence à bacia hidrográfica do Rio Grande. Limita com os municípios de Guaxupé, San Pedro da União, Monte Santos de Minas, Arceburgo e Jacuí, todos no Estado de Minas Gerais e com o município de Mococa, este no estado de São Paulo. Distante da capital, Belo Horizonte, 457 km. Pavimentada, e com os municípios polarizadores: Alfenas e Poços de Caldas, distantes 110 km; e com São Sebastião do Paraíso, distante 70 km. Sua área corresponde a 294,8 Km², a Latitude é de 21.17: 57 sul e a longitude de 46:48 09 oeste, segundo o Departamento de Estrada de Rodagem de Minas Gerais. A estimativa da população em 2014 era de 19.319 habitantes (MINAS GERAIS, 2014).

Tabela 1. Distância entre as comunidades e a sede de Guaranésia.

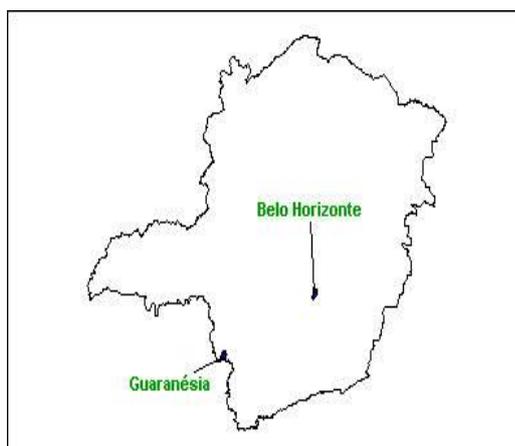
Comunidade	Distância da Sede (km)
Santa Cruz da Prata	16
Graminha	10
Água Limpa	10
Cachoeira	07
Onça	10
Bugio	11
Serrinha	11
Mandaguari	12
Matão	12
Gordura	08

Fonte: IGA – Instituto de Geociências (2014)

O município tem atualmente como Prefeito ao Sr. João Carlos Minchillo, como Secretária de Saúde à Sr.^a Carmen Elena Da Silva e como Coordenadora da Atenção Básica à enfermeira Ana Maria Villas Boas.

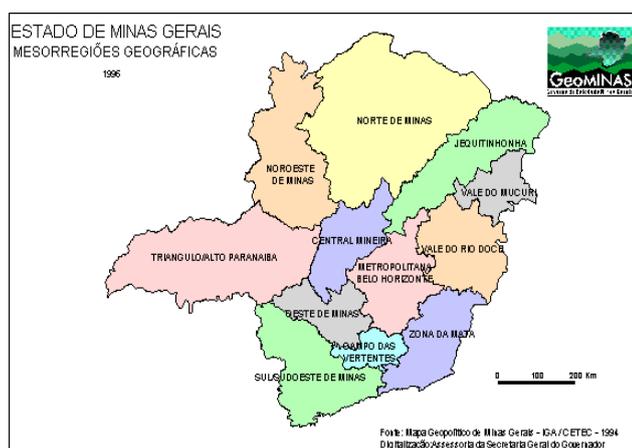
A comunicação de Guaranésia com os demais municípios se faz através de linhas regulares. Estão incluídos em sua extensão territorial, além da sede municipal, mais um distrito, Santa Cruz da Prata, e mais 08 comunidades, povoados ou bairros rurais considerados principais. O distrito de Santa Cruz da Prata situa-se a 16 km de distância da sede municipal. O acesso a Guaranésia se dá a partir da cidade de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, através do percurso BR-262; MG-050 e BR-491 (MINAS GERAIS, 2014).

Figura 1. Localização de Guaranésia no Estado de Minas Gerais.



Fonte: IGA – Instituto de Geociências (2014)

Figura 2. Mesorregiões Geográficas do Estado Minas Gerais.



Fonte: IGA – Instituto de Geociências (2014).

O Rio Canoas, que banha o município de Guaranésia, era em princípios de século XIX conhecido pelo nome de Rio das Capivaras, porque em suas águas encontravam-se, em grande quantidade, aqueles animais. Todavia, o fato de um emigrante das margens do Rio Canoas (município de Ibiraci), que se fixou entre a

Estrada Real e o Rio das Capivaras, haverem recebido o apelido de "Canoas", ficou o rio, em cujas proximidades construíram seu rancho, conhecido "rio do Canoas", e depois, Rio Canoas. Da mesma forma, o povoado que próximo dali surgiria, haveria de ficar conhecido por Santa Bárbara das Canoas. "Santa Bárbara" por espírito de devoção de José Maria Uthoa, mais conhecido por "canoas", que mandara construir uma capela bem próxima à sua moradia, sob invocação daquela Santa (MINAS GERAIS, 2014).

1.1 Apresentação do problema

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ao tempo mesmo é considerada uma doença e um fator de risco para doenças cardiovasculares, cérebro vasculares, renais e outras, aparecendo como um grande desafio para a saúde pública devido que a doença cardiovascular é a principal causa de morte no Brasil.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definido quando encontramos valores de pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg e diastólica acima de 90 mmHg. A pressão arterial que é limítrofe com valores entre 130-139mm Hg de sistólica e diastólica entre 85-89mm Hg, enquanto nós consideramos pressão arterial sistólica normal <130mmHg e diastólica <85 mm Hg. A pressão arterial é ótima se a pressão arterial sistólica é <120 mmHg e a diastólica <80mmHg (PIERIN, 2010).

Por essa razão, a OPAS / OMS tem por objetivo melhorar e desenvolver estratégias e ferramentas para facilitar o desenvolvimento de atividades de detecção precoce, a avaliação em curso e extensão do nível da população como patologia, fatores de risco e os impactos causados pela hipertensão conhecimento, quer como as implicações de seu controle e prevenção da saúde representa para a saúde pública (OMS, 2010).

"A cada ano, 7,6 milhões de pessoas morrem em todo o mundo devido à hipertensão, sendo que 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos" (MALACHIAS, 2010, p. 2).

Na Estratégia de Saúde da Família I Township Descanso / SC, verificou-se uma prevalência de 20 casos por 100 pessoas, ou uma percentagem de 32%, considerando pessoas entre 20 e 60 anos de idade. Predominância de gênero de 35% entre os homens e 30% para as mulheres é observada, que é semelhante aos dados gerais de Santa Catarina (DATASUS, 2011).

No Brasil, a hipertensão tem afetado mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 36% dos homens adultos e 30% das mulheres e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, incluindo acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio, representando as duas principais causas de mortes no país isolado (MALACHIAS, 2010).

Segundo Pinheiro (2010) a hipertensão arterial sistêmica é considerada uma condição clínica multifatorial que esta caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associado freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (PINHEIRO, 2010).

A hipertensão está presente em todo o mundo, exceto em um pequeno número de indivíduos que vivem em sociedades primitivas, culturalmente isoladas. Nas sociedades industrializadas, a pressão arterial aumenta constantemente durante as duas primeiras décadas. Tanto em crianças quanto adolescentes, a hipertensão está associada com o crescimento e maturação (FAUCI, 2008).

Outro aspecto que merece atenção é a mudança do perfil da população brasileira em relação ao estilo de vida, tais como hábitos alimentares, aumento progressivo da prevalência de sobrepeso e obesidade, juntamente com a baixa adesão à realização de atividade física, contribuindo para o delineamento desse projeto (JARDIM, 2007).

Os fatores ambientais e genéticos podem contribuir para diferenças regionais e raciais na pressão arterial, bem como a prevalência de hipertensão.

Estudos têm demonstrado que as sociedades que passam por mudanças de um lugar menos industrializado para um mais industrializado, refletem numa contribuição ambiental profunda para a pressão arterial (JARDIM, 2007).

Sabemos que a obesidade e ganho de peso são fatores de risco muito fortes e independentes para a hipertensão; estima-se que 60% dos pacientes hipertensos têm mais do que 20% de excesso de peso. Entre as populações, observa-se o predomínio de hipertensão aumentada com relação à ingestão de NaCl e baixa ingestão dietética de cálcio e potássio, podendo contribuir para o risco de hipertensão. Em quanto a fatores ambientais, como o consumo de álcool, o estresse psicoemocional e baixos níveis de atividade física podem também contribuir para a hipertensão (FAUCI, 2008).

Com respeito às complicações, a hipertensão pode estar associada a problemas tais como: infarto agudo do miocárdio, doença cerebrovascular, doença renal crônica, doença vascular periférica. A hipertensão é também chamada assassina silenciosa, porque muitos pacientes não apresentam sintomas da doença, o que torna difícil estabelecer um diagnóstico, acontecendo que muitas vezes, o diagnóstico ocorre pela complicação (TOLEDO, 2007).

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema que precisa de muita atenção no município Guaranésia e na equipe saúde da família (ESF) na qual atuo. Na ESF 512 pessoas com HAS, ou seja, 15,8% da população maior de 15 anos. Muitas vezes, os pacientes permanecem sem tratamento por não conhecerem a doença e suas complicações e só procuram atendimento quando apresentam sintomas, tais como dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, sangramento nasal, visão embaçada e outras complicações como arritmia cardíaca, doença renal crônica e doenças cerebrovasculares.

Ainda existe um sub-registro de pessoas com esta doença que ficam sem diagnóstico e tratamento, tendo em conta que algumas vezes é assintomática. Os pacientes não podem mudar alguns fatores de risco como, história familiar ou idade, mas podem, certamente, mudar ou controlar outros importantes, como o tabagismo, o peso, e a dieta, entre outros, mas não têm conhecimentos sobre os fatores do risco.

Avaliando todas as complicações que derivam da HAS, sua alta taxa de mortalidade, sua elevada taxa de invalidez e a presença de todos os fatores de risco modificáveis que influem seu desenvolvimento consideraram este trabalho de extrema relevância.

“O controle da hipertensão arterial é pouco satisfatório, estudos em nosso meio mostram que apenas cerca de 30% dos hipertensos estão controlados” (MACHADO, 2005, p. 270).

Temos entre os pacientes acompanhados um grupo de pacientes descontrolados. Por isso é muito importante a construção de um projeto de intervenção com esse público.

Muitos fatores predispõem os indivíduos ao aumento da pressão arterial. A herança genética é o único que não é modificável. Os demais fatores como a ingestão de muito sal, estresse, obesidade, sedentarismo e ingestão de bebidas alcoólicas em excesso são passíveis de modificação. Portanto, a atuação dos profissionais de saúde no controle da hipertensão deve prever a adoção de hábitos de vida saudáveis (SANCHEZ, 2004).

A Tabela 2 contém informações referentes à população de Guaranésia e o número de hipertensos cadastrados e efetivamente acompanhados. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Tabela 2. Número e Proporção de pacientes Hipertensos do PSF Saúde e Vida I. Guaranésia/MG, 2015.

Hipertensos	No.	%
Sem acompanhamento pelo PSF	29	5,7
Com acompanhamento pelo PSF	483	94,3
Total Cadastrados no PSF	512	100

Fonte: Dados obtidos dos registros do PSF (2014).

Tabela 3. Número e proporção dos pacientes hipertensos acompanhados do PSF I, Guaranésia/MG, 2015.

Hipertensos acompanhados	Nº	%
Controlados	397	82,2
Descontrolados	86	17,8
Total de Controlados	483	100

Fonte: Dados obtidos dos registros do PSF (2014).

3 OBJETIVOS

Objetivos Gerais

Elaborar um Projeto de Intervenção com a finalidade de diminuir a incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica e melhorar a qualidade de vida das pessoas já

diagnosticadas na área de abrangência do PSF Saúde e Vida I, em Guaranésia - MG.

Objetivos Específicos

- 1 Identificar os pacientes hipertensos que possuem fatores de risco para serem trabalhados.
- 2 Orientar sobre as conseqüências das complicações desta doença e como fatores de risco pode interferir em seu desenvolvimento.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta intervenção foi utilizado o método do planejamento estratégico situacional (PES) conforme aos textos da seção 1 do modulo de iniciação científica e seção 2 do módulo do planejamento e uma revisão de literatura sobre o tema, com os descritores: Hipertensão Arterial, equipe de saúde, Promoção de saúde.

Para a construção deste projeto serão utilizados trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, entre outros. A busca de artigos foi realizada nos anos 2014 e 2015, utilizando as palavras chaves: Hipertensão Arterial, Hiperpadia e Sistema Único de Saúde.

Os artigos que se encontram nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas serão selecionados conforme sua relevância e coerência com o assunto proposto. Outros dados importantes que serão utilizados são os disponíveis na secretaria municipal de saúde de Guaranésia, dados do Ministério de Saúde e arquivos do PSF.

4.1 Cenário de estudo

O projeto de intervenção será desenvolvido no território de abrangência da ESF Renovação, localizada no município de Guaranésia Minas Gerais, que tem um total de população de 3981 indivíduos distribuídos em 1196 famílias, envolvendo os hipertensos contidos neste espaço geográfico.

4.2 Sujeitos da intervenção

A população deste projeto de intervenção será os 512 hipertensos cadastrados até este momento na Unidade de Saúde.

Pretende-se sensibilizar cerca de 100% dos pacientes, com aos quais serão realizadas ações educativas sobre fatores de risco associados à hipertensão arterial em conjunto com a equipe de Estratégia de Saúde da Família, líderes comunitários e sociais. É esperado que participem das ações os profissionais médicos, enfermeira, ACS, psicólogo, e líderes comunitários.

4.3 Estratégias e ações

Realizar, inicialmente, uma reunião com todos os membros da equipe para sensibilizá-los sobre o projeto, em especial com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por seus conhecimentos da comunidade na qual se encontram os pacientes hipertensos.

Utilizar as visitas domiciliares, consultas e a sala de espera como espaços para orientação, principalmente aos familiares sobre os riscos da doença e as ações que se pretende realizar.

Propõe-se a trabalhar por etapas:

Etapa 1:

- Realizar convite aos hipertensos cadastrados para participação no projeto, através de visitas domiciliares, que serão realizadas pelos ACS.
- Realizar uma reunião com os hipertensos que aceitarem participar do projeto. Conforme o número de participantes poderá ocorrer a divisão em dois ou mais grupos. Nesse momento eles serão informados das ações a serem realizadas como palestras, dinâmicas grupais e atividades participativas. A equipe fará a descrição do projeto de intervenção, seu objetivo e importância, tendo com eles uma conversa sobre a sua participação. Pretende-se propiciar uma melhor aprendizagem de como evitar as complicações, diminuindo os fatores de risco.

Etapa 2:

- Criação dos grupos para a realização das atividades com temas, que será feita pela equipe multiprofissional: médica, enfermeira, técnica de enfermagem, Agentes comunitários, e psicólogos.

Nesses grupos, será realizada orientação aos hipertensos sobre os fatores de risco e as conseqüências.

Será trabalhado em seções, realizando ações de caráter educativo onde se abordará os temas seguintes:

Quadro 1. Programação das palestras. PSF Renovação.

Nº	TEMAS	PALESTRANTE
1	Conceito de hipertensão arterial e complicações.	Médico e enfermeira.
2	Alterações dos órgãos principais	Médico e enfermeira.
3	Explicar os principais fatores de risco da HAS.	Médico e enfermeira.
4	Importância da participação da família e comunidade na redução dos fatores de risco	ACS, líderes comunitários, enfermeira e médico.

Fonte: Autoria Própria (20014).

4.4 Avaliação e monitoramento

- Realizar-se reunião na unidade, lideradas pelo médico e enfermeira com todos os envolvidos na intervenção a participação de todos os membros da equipe para monitoramento e avaliação da mesma.
- A equipe realizará reuniões com líderes da comunidade para criar grupos de apoio ao projeto para que a população se sinta envolvida e responsabilizada também com o problema.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial é definida quando encontramos valores de pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg e diastólica acima de 90 mmHg. É classificada como limítrofe com valores entre 130-139mm Hg de sistólica e entre 85-89mm Hg de diastólica, enquanto que a pressão arterial é normal se a sistólica é <130mmHg e diastólica <85 mm Hg. A pressão arterial é ótima se a pressão arterial sistólica é <120 mmHg e a diastólica <80mmHg (PIERIN, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é tanto uma doença quanto um fator de risco, aparecendo como um grande desafio para a saúde pública devido que a doença cardiovascular é a principal causa de morte no Brasil.

O Brasil detém uma forte estrutura para integrar a prevenção e controle do diabetes e hipertensão, com protocolos estabelecidos e um sistema nacional de cadastro de pessoas com diabetes. O Ministério da Saúde prioriza entre suas ações do Mais Saúde a estruturação de redes de atenção, assim como ações de prevenção e atenção do diabetes e da hipertensão, uma vez que representam para estados e municípios um alto custo, devido ao aumento da prevalência das DCNT e suas complicações na população, assim como da morbidade e mortalidade associadas a estas enfermidades. Os problemas de saúde como a HA e DM, que demandam atendimento na AB são em geral pouco estruturados, estão relacionados com o modo de viver das comunidades e não respondem favoravelmente somente à oferta de “consultas médicas - exames de apoio diagnóstico – medicamentos”. Para enfrentar e resolver estes problemas as equipes de saúde devem trabalhar de maneira interdisciplinar, utilizando conhecimentos dos vários núcleos profissionais

para, por meio de uma clínica ampliada e a regulação com a atenção especializada e os serviços de urgência e emergência, criar um campo compartilhado de “saber fazer” que contribua para melhorar o quadro de morbimortalidade e a qualidade de vida da população (OPS, 2010).

De acordo com OPS (2006, p 11)

Dos fatores potencialmente controláveis, HAS e DM, são críticos do ponto de vista de saúde pública. No Brasil, dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabete Mellitus de 2001 apontaram para uma prevalência destes fatores na população brasileira acima de 40 anos de idade de 36% e 10%, respectivamente. Estima-se que mais de 15 milhões de brasileiros têm HAS, sendo aproximadamente 12.410.753 usuários do SUS. Mais de um 1/3 desconhecem a doença e menos de 1/3 dos hipertensos com diagnóstico apresentam níveis adequados de pressão arterial com tratamento proposto.

Há consenso sobre a importância da adoção de estratégias de atenção integral, cada vez mais precoces ao longo do ciclo de vida, focadas na prevenção do aparecimento de HAS e DM e suas complicações. Estão bem estabelecidas as ações de saúde que devem ser implementadas para um efetivo controle desses fatores de risco visando à prevenção da doença e de seus agravos. O principal desafio é traduzir em ações concretas de cuidado integral a indivíduos e comunidades o conhecimento científico e os avanços tecnológicos hoje disponíveis e colocá-los no âmbito populacional ao alcance de um maior número possível de indivíduos ⁽¹⁵⁾ (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2006).

De acordo à Secretaria de Atenção à Saúde (2006)

“Para maximizar benefícios e minimizar riscos e custos, é preciso organizar estratégias específicas para diferentes perfis de risco, levando em conta a complexidade e a disponibilidade das intervenções”.

Segundo Brasil (2013, p. 160), “mais importante do que diagnosticar no indivíduo uma patologia isoladamente, seja diabetes, hipertensão ou a presença de dislipidemia, é avaliá-lo em termos de seu risco cardiovascular, cerebrovascular e renal global”.

A proposta de Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde sugere a formulação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as doenças em todo o mundo por meio de medidas preventivas. Existem inúmeras intervenções protetoras vasculares e renais de benefício comprovado. Entre elas destacam-se adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis, cessação do tabagismo,

prática de atividade física regular, controle da pressão arterial, manejo das dislipidemias, manejo do diabetes com controle da glicemia e uso profilático de alguns fármacos (BARRETO, 2005).

5.1 Prevenção não farmacológica

5.1.1 Alimentação Saudável

Um dos pilares da prevenção cardiovascular são hábitos de vida saudáveis, incluindo alimentação saudável, cujas diretrizes são estabelecidas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e pelo Guia Alimentar para a População Brasileira e corroboram as recomendações da Organização Mundial da Saúde, no âmbito da Estratégia Global de Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Basicamente, definem que a energia total deve ser distribuída nos macronutrientes de gorduras, carboidratos e proteínas, sendo o consumo de colesterol total inferior a 300mg/dia e de sódio < 2,0 gr de 2 a 4 gr (equivalente a 5 gramas de cloreto de sódio).

Dietas Cardioprotetoras

Além dessas diretrizes gerais, algumas intervenções nutricionais mostraram-se efetivas na redução de eventos cardiovasculares em indivíduos de alto risco. Dietas protetoras são baseadas em alimentos de origem vegetal em abundância (frutas, legumes e verduras, cereais integrais, grãos e leguminosas, nozes e semelhantes), azeite de oliva e óleos vegetais (milho, soja, canola) como a principal fonte de gordura (com substituição de manteiga e cremes), carne vermelha em pouca quantidade e bebidas alcoólicas em quantidades não mais do que moderadas, de preferência com as refeições. Salienta-se que as dietas são ricas em fibras alimentares e pobres em alimentos com carboidratos simples refinados e em alimentos industrializados. Além disso, um elemento importante nessas dietas é o teor mais elevado de ácidos graxos Omega 3, ingestão aumentada deste esta relacionada a redução de risco cardiovascular. Óleos vegetais, como os de canola e de soja, óleo de peixes, especialmente de águas frias e gordurosos, representam fontes alimentares ricas nesses nutrientes.

Dietas Hipocolesterolêmicas e Anti-Hipertensivas

Uma dieta rica em fitoesteróis (substâncias vegetais presentes nos grãos comestíveis como sementes, soja, cereais, especialmente milho, legumes, frutos secos), proteína de soja, fibras solúveis e amêndoas é capaz de reduzir níveis de colesterol total e sua fração LDL-C em magnitude similar àquela obtida com estatinas. A dieta ideal para paciente com hipertensão -- caracterizada por ser pobre em sal, rica em potássio e com grande quantidade de frutas, legumes, verduras e produtos lácteos, reduziu os níveis pressóricos e as taxas de hipertensão em magnitude comparável àquela obtida com o emprego de alguns fármacos antihipertensivos. Para maiores detalhes, ver o Manual de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Controle do peso

Existe uma clara associação entre peso e risco cardiovascular. Em indivíduos acima do peso ideal, a redução de peso reduz o risco cardiovascular e a incidência de Diabete Mellitus. Além disso, o tratamento da obesidade a curto e médio prazo reduz os níveis de glicemia, pressão arterial e melhora o perfil lipídico. O diagnóstico de obesidade é feito a partir do índice de massa corporal ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$), sendo o ponto de corte $> 30 \text{ kg/m}^2$. Indivíduos com IMC entre 25 e $29,9 \text{ kg/m}^2$ são considerados pré-obesos e se associados com obesidade central (cintura >88 mulheres e >102 para homens) ou outros fatores de risco, devem ter intervenção e serem acompanhados. O tratamento inicial do indivíduo obeso ou pré-obeso, mas com outros fatores de risco visa promover perdas de 5 a 10% do peso inicial em até seis meses de tratamento, com manutenção do novo peso em longo prazo. Espera-se uma perda média de peso de 0,5 a 1kg/semana. O tratamento inicial pode ser feito com orientação de uma dieta com déficit de 500 a 1000 kcal/dia (valor energético total 1000 a 1800 kcal/ dia), associado com atividade física regular. O aumento da atividade física deve ser gradual, 10 min/3x/ semana até 30-60 minutos diariamente. Orientações específicas sobre redução de peso encontram-se no Manual de Obesidade do Ministério da Saúde. É importante salientar que além da dieta e da atividade física, o manejo da obesidade envolve abordagem comportamental, que deve focar a motivação, condições para seguir o tratamento, apoio familiar, tentativas e insucessos prévios, tempo disponíveis e obstáculos para as mudanças no estilo de vida. Para indivíduos que atingiram o peso ideal ou estão neste nível é importante enfatizar a necessidade de manutenção deste alvo, por

meio da ingesta energética adequada e atividade física regular. O paciente obeso que perdeu peso deve ser alertado de que, para manter o seu novo peso é necessário comer menos e/ou exercitar-se mais do que fazia antes do emagrecimento, para manter o novo peso alcançado.

Álcool

A ingestão leve a moderada de bebidas alcoólicas, equivalente a duas doses para homens e uma dose para mulheres (dose = 1/2 uma cerveja, ou 1 cálice de vinho ou 1/2 drinque de destilado por dia) pode estar associada com menor incidência de doença cardiovascular. Vale lembrar, entretanto, que a ingestão excessiva de álcool é um importante fator de risco para morbimortalidade em todo o mundo, além de ser fator de risco para acidente vascular cerebral, fibrilação atrial e insuficiência cardíaca, de forma que o consumo de álcool não deve ser estimulado de forma generalizada. Para pacientes que optem por manter ingestão regular de álcool, os profissionais de saúde devem recomendar a restrição para quantidades menos deletérias.

Atividade Física

A prática de atividade física regularmente promove efeito protetor para a doença cardiovascular. A recomendação da atividade física como ferramenta de promoção de saúde e prevenção de doenças baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua ou acumulada. Realizando-se desta forma, obtém-se os benefícios desejados à saúde e a prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, com a redução do risco de eventos cardiocirculatórios, como infarto e acidente vascular cerebral. A orientação ao paciente deve ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos/semana (equivalente a pelo menos 30 minutos realizados em 5 dias por semana). O efeito da atividade de intensidade moderada realizada de forma acumulada é o mesmo daquela realizada de maneira contínua, isto é, os trinta minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15

minutos (p.ex. manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (p.ex. manhã, tarde e noite). Dessa maneira, atenua-se ou elimina-se a principal barreira à aquisição do hábito da realização da atividade física devido a falta de tempo (Figura 4). De forma prática, atividade física moderada é aquela que pode ser realizada mantendo-se a conversação. Por exemplo, uma caminhada com o passo acelerado, com a percepção do aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória, sem impedir a possibilidade de diálogo com outra pessoa. Em outras palavras, a atividade não deve ser fatigante, pois aí ela deixaria de ser moderada e passaria a ser intensa.

Tabagismo

A recomendação para abandono do tabagismo deve ser universal, sendo particularmente útil na prevenção de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal. Diversas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, inclusive o simples aconselhamento de parar de fumar, possuem benefício comprovado para efetivo abandono do tabagismo. A farmacoterapia melhora, de maneira clinicamente importante, a cessação do hábito de fumar. Para o sucesso do tratamento, entretanto, é fundamental que o paciente esteja disposto a parar de fumar (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2006).

6 PLANO DE AÇÃO

O Plano de ação nasceu do diagnóstico situacional onde realizamos as etapas do mesmo.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados pela equipe, foram propostas algumas intervenções a fim de garantir a melhoria no atendimento aos pacientes com HAS.

O trabalho contou com a participação dos profissionais de saúde da equipe e a população adstrita na Unidade Básica de Saúde Renovação, no bairro Bom Jesus, localizado no município Guaranésia /MG.

6.1 Diagnóstico Situacional

Tabela 4. Aspectos demográficos: população do PSF Renovação por faixas etárias (fevereiro/2015)

Faixa etária	Nº	%
--------------	----	---

Menor de um ano	42	0,1
De 1-4 anos	167	4.1
De 5-6 anos	93	2.3
De 7 a 9 anos	164	4,1
De 10 a 14 anos	283	7.1
De 15 a 19 anos	373	9.3
De 20 a 39 anos	1358	34.1
De 40 a 49 anos	633	15.9
De 50 a 59 anos	453	11.3
De 60 e mais anos	415	10.4
Total	3981	100

Fonte: Dados coletados dos registros do PSF (2014).

A taxa de crescimento anual da população do município, no período 2000-2010 foi de: 0,05 % (MINAS GERAIS, 2014).

A atividade econômica do município de Guaranésia está baseada na agropecuária, sendo que nos últimos anos a atividade industrial passou por expansão (MINAS GERAIS, 2014).

No meio agrícola estão baseadas na produção do café, da cana-de-açúcar, milho, arroz, feijão e laranja. Sendo que o café e a cana-de-açúcar são os produtos de maior peso no agronegócio do município, com respectivas produções em 2014: (café: 9.288 toneladas, cana-de-açúcar: 209.100 toneladas) *(IBGE-2014).

Pela tradição e geografia regional, a pecuária do município se destaca na criação do gado leiteiro, com um total de 9.655 cabeças de vacas ordenhadas (IBGE, 2014). O município ainda desenvolve a criação de: suínos, eqüinos, muares, caprinos, ovinos e galináceos.

A produção industrial engloba desde as pequenas empresas às indústrias de grande porte. Sendo o setor mais notável a indústria têxtil, que vai de prestação de serviços, como bordados e estampagem à indústria de fiação. Principais Indústrias (grande porte) do Município:

SIAC do Brasil Ltda: pertencente ao grupo italiano SIAC SPA.

Setor: Metalurgia – produção de cabines de tratores agrícolas e máquinas rodoviárias.

Destilaria Alvorada do Bebedouro

Setor: Agroindústria – produção de álcool combustível e açúcar.

Fábrica de Tecidos Santa Margarida

Setor: têxtil – produção de fios em geral

Cristal Indústria Têxtil

Setor: têxtil – produção de fios em geral

Na última década, o comércio local se desenvolveu aceleradamente. Com o crescimento da chamada "parte alta da cidade" (bairros geograficamente mais alto que a região central), o comércio migra-se então principalmente para bairro Bom Jesus, concentrando-se na Rua Francisco Monteiro Dias, conhecida como a "rua do comércio", onde é possível encontrar restaurantes, variedades, confecções e bens de consumo duráveis (MINAS GERAIS, 2014).

A renda per capita média de Guaranésia cresceu 97,47% nas últimas duas décadas, passando de R\$302,92 em 1991 para R\$527,73 em 2000 e R\$598,17 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 74,21% no primeiro período e 13,35% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 7,65% em 1991 para 3,13% em 2000 e para 0,81% em 2010. Os dados referentes ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Guaranésia são apresentados na Tabela; abaixo.

Tabela 5. Índice de Desenvolvimento Humano de Guaranésia/MG, 2015.

Ano	IDHM
1991	0,447
2000	0,599
2010	0,701

Fonte: IBGE, 2010.

A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,48 em 1991 para 0,54 em 2000 e para 0,41 em 2010.

O índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar (MELO, 2014)

Tabela 6. Renda, Pobreza e Desigualdade - Guaranésia – MG.

	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	302,92	527,73	598,17
% extremadamente pobres	7,65	3,13	0,81
% de pobres	30,51	16,05	5,77
Índice de Gini	0,48	0,54	0,41

Fonte: IBGE, 2010.

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Saúde e Vida I Renovação é razoavelmente boa, pois 100% de casas de tijolos sendo residências com abastecimento de água pela rede pública; sistema de esgoto em 1194 casas (99,67%). Há energia elétrica em 100% das residências e o destino do lixo é coleta publica em 1196 domicílios (99,83%). SIAB 2014.

Tabela 7. Percentual da população segundo a situação do saneamento do município de Guaranésia 1991-2010.

--	--	--	--

Indicadores de Habitação - Guaranésia – MG	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	94,94	99,25	98,93
% da População em domicílios com energia elétrica	98,81	99,80	100
% da população em domicílios com coleta de lixo.	95,46	98,61	99,27
% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequado	0,20	0,24	0,02

Fonte: SIAB, 2010.

A proporção de crianças e jovens freqüentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação. No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 36,91% e no de período 1991 e 2000, 79,62%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos freqüentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 41,56% entre 2000 e 2010 e 94,62% entre 1991 e 2000. A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 22,25% no período de 2000 a 2010 e 208,42%, no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 73,48% entre 2000 e 2010 e 144,21% entre 1991 e 2000 ⁽¹⁾.

Em 2010, 62,13% dos alunos entre 6 e 14 anos de Guaranésia estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Em 2000 eram 54,94% e, em 1991, 28,86%. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 32,16% estavam cursando o ensino médio regular sem atraso. Em 2000 eram 24,86% e, em 1991, 4,73%. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 9,85% estavam cursando o ensino superior em 2010, 5,11% em 2000 e 2,19% em 1991. Nota-se que, em 2010, 2,37% das crianças de 6 a 14 anos não freqüentavam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 14,07%.

A escolaridade da população adulta é importante indicador de acesso a conhecimento e também compõe o IDHM Educação. Em 2010, 42,84% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 26,65% o ensino médio. Em Minas Gerais, 51,43% e 35,04% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais

antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 8,64% nas últimas duas décadas.

Os anos esperados de estudo indicam o número de anos que a criança que inicia a vida escolar no ano de referência tende a completar. Em 2010, Guaranésia tinha 9,69 anos esperados de estudo, em 2000 tinha 8,38 anos e em 1991 8,39 anos. Enquanto que Minas Gerais tinha 9,38 anos esperados de estudo em 2010, 9,16 anos em 2000 e 8,36 anos em 1991 (MINAS GERAIS, 2014).

A área do PSF Saúde e Vida I Renovação tem um total de 416 estudantes que se encontram vinculados à escola, o que representa 97,42 do total da população. Em relação aos moradores com 15 e mais anos alfabetizados, estes totalizam 3.177, o que representa 97,57 % (TOLEDO, 2007).

Dentro da comunidade encontra-se um laboratório clínico, 24 igrejas, 4 creches, três supermercados, lojas e pequenos comércios, duas escolas, uma farmácia, dois ginásios, uma Fábrica de Tecidos, etc. Além disso, telefonia, correio, bancos.

Vejamos características centrais do sistema municipal de saúde: Mais de 90% da população é completamente dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com uma Santa Casa, um centro de Reabilitação, com o Centro da Criança e com um Centro de Especialidades, na qual tem as seguintes especialidades: Ortopedista, Cardiologista, Psiquiatra, Pediatra, Otorrinolaringologistas, Ginecologistas, Neurologista, Clínico, Oftalmologista, Nutricionistas e Psicólogos. Também conta com cinco equipes saúde da família, sendo um deles localizado em um distrito na zona rural. A referência para média e alta complexidade são os municípios de Alfenas e Divinolândia principalmente.

Na unidade de pronto atendimento é realizado atendimento de urgência e primeiros socorros, contam com 4 enfermeiras, 12 técnicas em enfermagem e 4 recepcionistas que trabalham todos 12/36 horas sucessivamente. Além disso, conta com os médicos que trabalham em turnos de 6h, 12h e 24 horas.

O município possui 1 ambulância para transporte de pacientes dentro do município, 7 ambulâncias e um micro-ônibus para transporte de pacientes que necessitam de cuidados em outras cidades.

Possui também um conselho Municipal de Saúde em pleno funcionamento, constituído de um presidente e 15 membros. As reuniões ordinárias acontecem uma vez ao mês (MINAS GERAIS, 2014).

A unidade de saúde (PSF Saúde Vida I Renovação) na qual este plano de ação será desenvolvido está situada na Rua Ângelo Panissa, n 300 no bairro Bom Jesus. Ele está em operação desde 2005 e, recentemente recebeu manutenção na infraestrutura. A unidade funciona de segunda a sexta-feira, durante 07.00 horas a 11.00 horas de manhã e 13.00 horas até 17.00 horas na tarde. Têm uma população de 3981 usuários, com um total de 1198 famílias cadastradas. Todas as ruas são asfaltadas.

A equipe está constituída por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, 8 agentes comunitárias de saúde, um dentista, uma auxiliar de cirurgião dentista, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Todos cumprem 40 horas de jornada laboral por semana.

A unidade de saúde se encontra em boas condições estruturais e possui bom espaço físico. Conta de uma recepção ampla com todas as condições para a estadia dos pacientes que ficam em espera para o atendimento, uma sala para consultas médicas, uma para consulta de enfermagem, uma consulta para fazer triagem, sala dos agentes comunitários de saúde, sala de expurgo e esterilização. Também conta com sala de vacina, sala de curativos, sala de nebulização, uma de consulta odontológica, sala de escova tório, cozinha e um total de 05 banheiros. Além da estrutura física, também está muito bem equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe.

6.2 Elaboração do Plano de ação

6.2.1 Definição dos problemas

Ao fazer a análise situacional do território atendido pela equipe de saúde, foi determinado um grupo de problemas que afetam à população e que interferem em seu estado de saúde, desde o ponto de vista objetivo como subjetivo.

Os principais problemas identificados foram os seguintes:

- * Alta incidência e prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial
- * Alta incidência de pacientes com Diabetes Mellitus descontrolada
- * Altos numeram de pacientes com Obesidade e Dislipidemias
- * Incidências elevada de Cardiopatias
- * Elevados numeram de pacientes usuários dependentes químicos e álcool.

* Elevada incidência de patologias tireóidea

* Alta incidência de pacientes com uso abusivo de psicofármacos

Depois de analisar e discutir todos os problemas, a fim de estabelecer uma ordem de prioridades, decidimos dar uma pontuação para cada um deles, usando uma escala de 1-10 de acordo com a urgência do problema, tal como exposto no quadro abaixo.

Quadro 2. Avaliação dos problemas identificados de acordo com importância, urgência, capacidade de enfrentamento e priorização.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Prioridade
Alta incidência e prevalência de pacientes com hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	10	Parcial	1
Alta Incidência de pacientes Diabéticos descontrolados	Alta	10	Parcial	2
Altos números de pacientes com obesidade e dislipidemias	Alta	3	Parcial	7
Elevada incidência de Cardiopatias	Alta	6	Parcial	5
Elevados números de pacientes dependentes químicos e de álcool	Alta	8	Parcial	3
Elevada incidência de patologias tireóideas	Alta	7	Parcial	4
Alta incidência de pacientes com uso abusivo de psicofármacos	Alta	5	Parcial	6

Fonte: Dados obtidos dos Registros do PSF (2014).

6.2.2 Descrição do problema selecionado.

Segundo Lima (2004)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência de 20% da população adulta, mas também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento.

Segundo Costa (2001, p. 15) “A HAS é definida como uma 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”.

De acordo com Meireles (2013, p. 25) “é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial, freqüentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares”.

Segundo Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010 p 1-52)

Esta doença é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica em pelo menos duas aferições subseqüentes obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranqüilo. Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com conseqüentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando apresentam sintomas, já decorrem as complicações.

Quanto à HAS secundária, o tipo prevalente é o induzido por contraceptivos hormonais. O controle adequado da pressão arterial é ponto de partida para a diminuição da morbidade e a mortalidade por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Nos últimos 20 anos a detecção precoce da HAS, diminuiu a mortalidade por cardiopatia isquêmica e eventos cerebrovasculares, por ser um importante fator de risco para estas doenças (FERREIRA e CROMBET, 2010-2001).

A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência no mundo moderno, aonde as elevadas taxas de obesidade, aliadas à tendência ao envelhecimento das populações vem reforçar esta estatística (PEREIRA, 2009).

O diagnóstico da hipertensão depende de uma avaliação criteriosa, procurando-se identificar a presença de hipertensão secundária, assim como os portadores de hipertensão de consultório, condição relativamente freqüente nos extremos da idade (PEREIRA 2009).

Os riscos cardiovasculares atribuídos à hipertensão são conhecidos e se iniciam a partir das faixas pressóricas pré-hipertensivas, numa relação contínua (BRANDÃO, 2010). A obtenção de um controle pressórico rigoroso (<140/90 mm Hg) mostrou nos últimos anos prover uma redução substancial no risco cardiovascular, particularmente no que se refere à ocorrência do acidente vascular cerebral e da insuficiência cardíaca (CARRETERO, 2000).

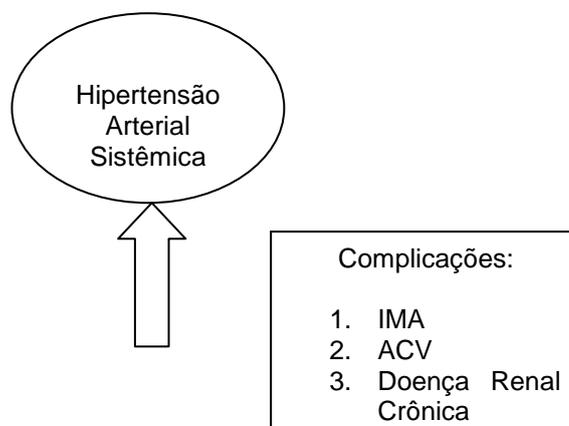
Em populações nas quais se encontram presentes outros fatores de risco, lesões de órgãos-alvo ou condições clínicas correlatas, o impacto da pressão arterial sobre a morbimortalidade cardiovascular será ainda maior e a obtenção de alvos pressóricos mais estreitos (<130/80 mm Hg) (CARRETERO, He, 2000-2009), particularmente na população de diabéticos, nefrópatas e cardiopatas, tem mostrado maior proteção. Para quaisquer pacientes, as recomendações para as modificações no estilo de vida e controle dos fatores de risco correlatos devem ser enfatizadas, destacando-se a redução do peso corporal, que terá grande impacto sobre o controle da pressão e os distúrbios associados à síndrome metabólica (SBC, 2010).

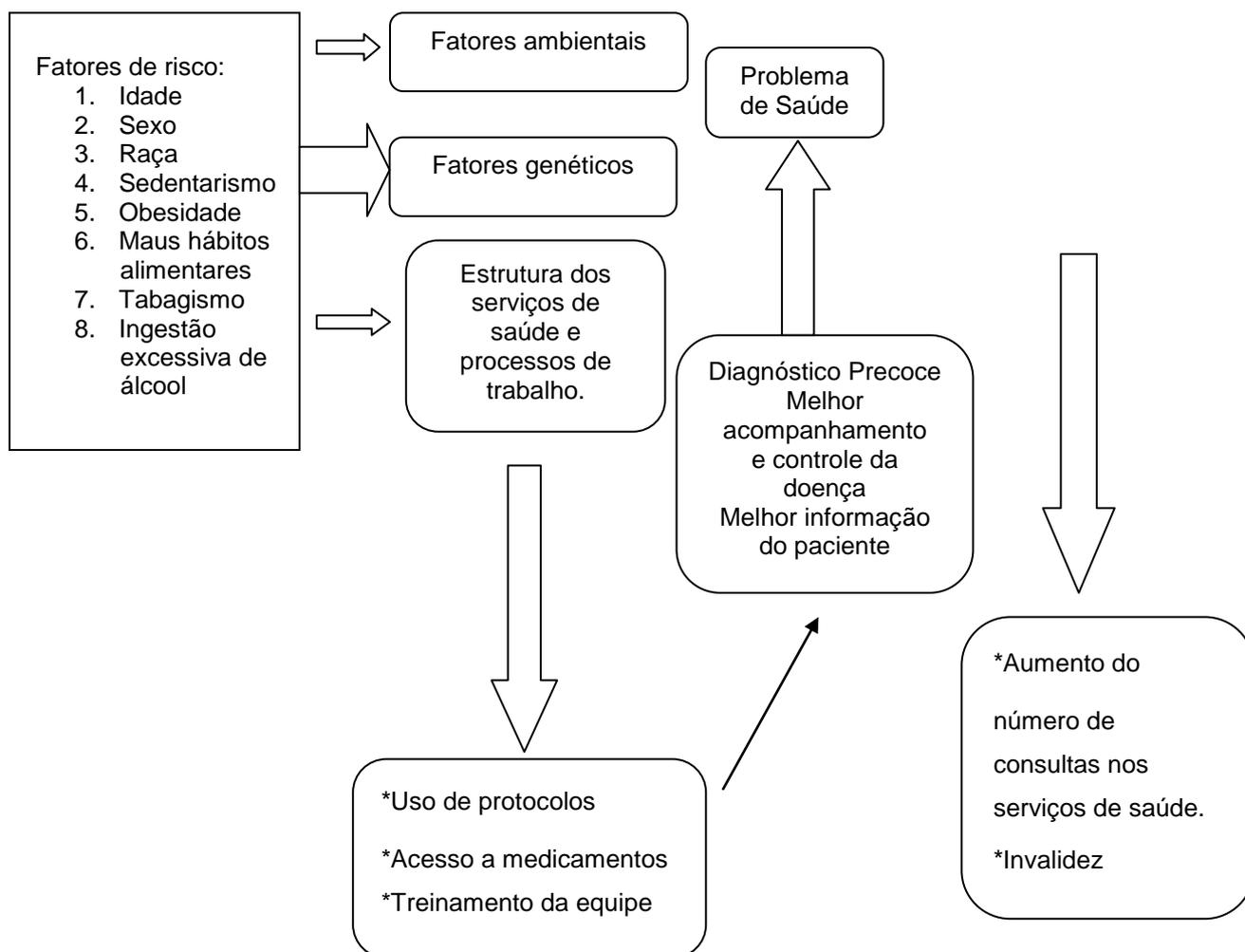
A utilização de anti-hipertensivos, por sua vez, faz freqüentemente necessária e em mais de dois terços dos pacientes duas ou mais drogas serão utilizadas. A escolha se dará geralmente entre as drogas de primeira linha (diuréticos, beta-bloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima de conversão e bloqueadores dos receptores da angiotensina II), usadas sob forma de monoterapia ou terapia combinada, para pacientes selecionados. De forma geral, o impacto dos anti-hipertensivos de primeira linha sobre o risco cardiovascular em populações gerais de hipertensos será semelhante. A presença de situações específicas, no entanto, poderá tornar mandatória a utilização de determinada droga para o uso inicial.

De forma geral, o impacto dos anti-hipertensivos de primeira linha sobre o risco cardiovascular em populações gerais de hipertensos será semelhante. A presença de situações específicas, no entanto, poderá tornar mandatória a utilização de determinada droga para o uso inicial (ROSA, 2004). A (HAS) é uma doença altamente prevalente no mundo moderno, no qual os hábitos e estilos de vida e alimentação modernos, aliados às altas taxas de obesidade, sedentarismo e envelhecimento populacional progressivo, atuam como pilares no seu aparecimento e desenvolvimento.

6.2.3 Explicação do problema

Figura 3. Arvore explicativa do problema





6.2.4 Identificação dos nós críticos.

1. Alta incidência e prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial.

Quadro 3. Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “Elevada incidência de Hipertensão Arterial”.

Nós críticos	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Insuficiente educação sobre Hipertensão Arterial	<p>Juntos podemos lográ-lo</p> <p>-Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a</p>	<p>Incluir as famílias nas palestras e no acompanhamento dos hipertensos.</p> <p>Oferecer palestras que abordem a doença com suas complicações.</p>	<p>Maior número de pacientes e familiares participando e acompanhando o paciente hipertenso.</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema.</p> <p>Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais.</p> <p>Organizacionais: auxiliar a equipe nas</p>

	doença.			divulgações dos grupos
Não cumprimento de maneira regular do uso dos medicamentos .	Pela saúde. Educação dos pacientes na importância de tratamento sistemático de Hipertensão Arterial.\Pela saúde.	Aumentar em 100% o número de pacientes conscientizados com cumprimento da prescrição médica.	Monitoramento da prescrição Médica implantado: criar um receituário para hipertensos para renovação da prescrição médica	<i>Financeiro:</i> <i>aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc</i> <i>Organizacional</i> <i>Educação em saúde de todos os pacientes promovendo o auto-cuidado da saúde.</i>
Existe ainda um sub-registro de pacientes que sofrem desta doença e não tem acompanhamento e tratamento.	Fazer pesquisa ativa em consulta, visitas domiciliares, de pressão arterial para diagnóstico de novos casos\pela saúde.	Logra diagnosticar 100% dos pacientes com esta doença.	Fazer diagnóstico de novos casos de hipertensão, acompanhamento e tratamento para diminuir complicações	Organizacional: Organização das atividades da equipe para fazer pesquisa ativa
Mãos hábitos alimentares da população e pouca prática de exercícios físicos	Melhor vida Modificar hábitos e estilos de vida. Capacitação de equipes de saúde Formar grupos de hipertensos para ser avaliados anualmente e oferecer lhes atividades educativas.	Diminuir o número de sedentários, sobrepesos e obesos e as complicações da doença. -Equipe capacitada melhora o atendimento para a população. Melhorar avaliação nutricional do paciente hipertenso	Campanha sobre os benefícios da dieta rica em frutas e vegetais. Campanha educativa; na rádio local e comunidade.	Cognitivo →informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político →conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação Intersetorial com a rede de ensino; Financeiro →para aquisição de recursos e folhetos informativos sobre o controle adequado da Hipertensão

				Arterial
Estrutura dos serviços de saúde	<p>ajudá-los viver</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de Hipertensão Arterial.</p>	Garantia de medicamentos e exames para a maior quantidade de pacientes.	Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	<p>Políticos → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço financeiros → aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos;</p> <p>Cognitivo → elaboração do projeto de adequação.</p>
Falta de conhecimento sobre as complicações desta doença.	<p>Conhecendo a Hipertensão Arterial.</p> <p>Aumentar o nível de informação à população sobre os riscos do mau controle da Hipertensão Arterial</p>	Lograr uma população mais informada e mais capacitada sobre o manejo da Hipertensão Arterial.	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre a Hipertensão Arterial;</p> <p>Programa de Saúde Escolar;</p> <p>capacitação dos ACS e de cuidadores.</p> <p>Principais líderes comunitários</p>	<p>Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagogias;</p> <p>Organizacional → organização da agenda;</p> <p>Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.</p>

Fonte: Elaboração do pesquisador (2014).

6.2.5 Identificação dos recursos críticos

Quadro 4. Recursos Críticos para problema “acompanhamento deficiente aos portadores de HAS”

Operação /projeto	Recursos Críticos
Elaborar uma agenda programada Organizar uma agenda de acordo com as orientações do programa de atenção primária á saúde.A Linha de cuidado	Financeiro: para aquisição de agendas. Político: aprovação de um projeto pelo coordenador da atenção primaria.
Elaborar um projeto com vista a modificar os hábitos de estilos de vida da população \ Melhor vida	Financeiro: compram de recursos áudio visuais folhetos. Político: Aprovação do projeto pelo Secretário de Saúde.
Implantar um sistema de acolhimento com vista em atender os usuários com hipertensão Arterial \ Pela Saúde	Recursos para aquisição de fichário
Elevar na educação sanitária dirigida a aumentar no conhecimento de esta doença \ saber +	Políticos: articulação intersetoria (parceria com o setor educação) aumento da oferta na propaganda escrita, espaços na radio. Arrendamentos de locais para este trabalho. Cognoscitivo: conhecimento sobre o tema.

Fonte: Elaboração do pesquisador (2014).

Quadro 5. Análise de viabilidade do plano.

Operações /projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
Linha de cuidado	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Político: Parceria, mobilização social, disponibilização de materiais.	Médico e enfermeira Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária

Melhor vida	<p>Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação.</p> <p>Político: conseguir o espaço na radio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino.</p> <p>Financeiro: para a aquisição de recursos.</p>	<p>Médico e enfermeira</p> <p>Setor de comunicação social</p> <p>Secretário de saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Indiferente.</p>	<p>Não é necessária</p> <p>Não é necessária</p> <p>Apresentar o projeto.</p>
Pela saúde	<p>Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço financeiro (aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos).</p> <p>Cognitivo: Elaboração do projeto de adequação</p>	<p>Secretário de saúde</p> <p>Prefeito Municipal</p> <p>Fundo Nacional de Saúde</p> <p>Secretário de saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto de estruturação de redes</p>
Pela saúde	<p>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema.</p> <p>Político: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais.</p>	<p>Médico e enfermeira</p> <p>Médico e enfermeira. Secretário de saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	
Saber +	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação pedagógicas.</p> <p>Políticas: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.</p>	<p>Médico e enfermeira.</p> <p>Secretária de Educação.</p> <p>Secretário de saúde.</p> <p>Secretária de Educação</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	

Fonte: Elaboração do pesquisador (2014).

Quadro 6. Elaboração do plano operativo.

Plano operativo; promoção da saúde de hipertensos.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Elaborar agenda programada Organizar uma agenda de acordo com as orientações do programa de atenção primária à saúde\linha de cuidado	Agendas organizadas. Atendimento com horário programado, sem pacientes extras.	Programação mensal das atividades (consultas médicas), Consultas de enfermagem, Grupos operativos.	Palestras em centros comunitários e na unidade de saúde	Médico Enfermagem Agente Comunitário Saúde	Três meses para o início
Elaborar um projeto com vista a modificar os hábitos de estilos de vida\melhor vida	Pessoas mais conscientizadas sobre os hábitos de estilos de vida.	Capacitação de todos os pacientes para melhorar hábitos e estilos de vida.	Apresentar o projeto ao secretário de saúde	Médico enfermeira Agente Comunitário de Saúde	Quatro meses para início
Elevar na educação sanitária dirigida a aumentar no conhecimento de esta doença \Saber +	Melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos	Labor educativa dirigida a grupos de hipertensos	Apresentar projeto ao Departament o Municipal de Saúde	Licenciada Ana Maria Vilas Boas	Quatro meses para início

Fonte: Elaboração do pesquisador (2014).

Quadro 7. Gestão do plano.

Planilha de acompanhamento das operações/projeto "Alta incidência de pacientes com HIPERTENSÃO ARTERIAL.

Operação Linha de cuidado					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programação mensal das atividades (consultas médicas), Consultas de enfermagem, Grupos operativos.	Coordenador (a) da Atenção Primária e equipe de saúde.	1 ano	Programa implantado		
Operação Melhor vida					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Capacitação de todos os pacientes para melhorar hábitos e estilos de vida e agentes comunitários	Coordenador (a) da Atenção Primária e equipe de saúde.	4 meses	Programa implantado		
Operação Saber +					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Labor educativa dirigida a grupos de hipertensos	Coordenador (a) da Atenção Primária e equipe de saúde.	1 ano	Programa implantado		

7 CONCLUSÕES

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública que afeta a todos os países, sendo uma patologia muito preocupante no Brasil pela alta incidência e prevalência da mesma.

Os dados dessa investigação confirmam resultados de outros estudos que mostram a importância de trabalhar sobre os fatores de risco e as complicações da doença.

Nesse estudo, o percentual de pessoas com desconhecimento acerca dos riscos da hipertensão arterial sem controle e das suas complicações, foi elevado.

Este estudo deixa patente a necessidade dos profissionais de saúde de desenvolverem ações educativas, assim como promover a prática de exercícios físicos pelos pacientes com hipertensão e modificar hábitos e estilos de vida para diminuir os problemas ocasionados pela Hipertensão Arterial.

Além disso, este trabalho demonstra que para obter controle dos hipertensos é preciso realizar ações direcionadas a educação dos clientes hipertensos e familiares visando adesão ao tratamento para evitar complicações.

Esta investigação contribui a melhorar a qualidade da atenção prestada pela ESF para os usuários e a sociedade em geral, além de permitir formular propostas para aperfeiçoar o trabalho da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- BARRETO S. M, DE OLIVEIRA A. R, SICHIERI R, MONTEIRO C. A. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* v.14 n.1 Brasília mar. 2005.
- BRASIL. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Edição de Julho 2010, vol. 95 (1), Supl. 1, págs. 1-51.
- BRANDÃO A, RODRIGUES CIS, CONSOLIM-COLOMBO F, et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
- CARRETERO, O. A; OPARIL S. (Janeiro 2000). "Essential hypertension. HYPERLINK "<http://circ.ahajournals.org/content/101/3/329.long>"Part I: definition and etiology." (em inglês). *Circulation* 101 (3): 329-35. DOI:10.1161/01.CIR.101.3.329. PMID 10645931
- COSTA A.F, CASTRO A.C, QUEIROZ A.L. Cadernos de Atenção Básica 7. Hipertensão Arterial sistêmica e Diabetes Mellitus protocolo. Ministério de Saúde. Brasília 2001; Pág 15.
- DATASUS. Disponible en: <<http://siab.datasus.gov.br>>. Acceso en: 11 enero 2011.
- FAUCI, A. S. Harrison Medicina Interna. Rio de Janeiro: 17ª edición, volumen 2., McGraw-Hill, 2008.pg. 1549-1562.
- FERREIRA C. C, PEIXOTO MR, BARBOSA M. A et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq. Bras. Cardio*. 2010 out; 95(5): 621-628.
- HE, F. J; MACGREGOR GA. (Junho 2009). "A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes" (em inglês). *Journal of Human Hypertension* 23 (6): 363–84. DOI:10.1038/jhh.2008.144. PMID 19110538.
- JARDIM, P. C. B. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. v.88 n.4, p.452-457. 2007.
- LIMA J. L, DE SOUZA S.L. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial Versus Estilo de Vida Docente. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2004; 03 (6): - ISSN 1518-1944.

MACHADO G. P, GERALDO A. M. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. 2005;18(3):269-75

MALACHIAS, M. V. B. Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.2-3, 2010.

MELO N. <http://nelcivone.blogspot.com.br/2014/03/o-indice-de-gini-e-desigualdade-social.html>, 2014.

MEIRELES A.L, ALVES A.C, DE SIQUEIRA A. G. Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica. Atenção à saúde do adulto. 2013; 3: 25.

MINAS GERAIS. Prefeitura Municipal de Guaranésia. PORTAL Saúde. 2014. www.prefguaranesia.mg.gov.br.

OPS. PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR, CEREBROVASCULAR E RENAL CRÔNICA – Cadernos de Atenção Básica n.º 14, 2006.

OPS. Linhas de Cuidado Hipertensão Arterial e Diabetes. Brasília – DF 2010, p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://new.paho.org>>. Acesso em: 16 oct. 2010.

PEREIRA M, LUNET N, AZEVEDO A. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. J Hypertension 2009; 27(5): 963–975.

PIERIN, A. M.G. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Diagnóstico e classificação. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.11-17, 2010.

PINHEIRO J.A. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2010; 95(1 supl.1): 1-51

ROSA EC, PLAVNIK F. L, TAVARES A, et al. Como Diagnosticar e Tratar Hipertensão arterial sistêmica. Tavares. 2004 dez; 12 (61): 56-69.

ROSNER B. Fundamentals of biostatistics. New York: Duxbury Press; 1994. p.682.

SANCHEZ C. G, PIERIM A. M. G. Perfil do paciente hipertenso atendido em pronto socorro: comparação com hipertensos em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(1):90-8.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica- Cadernos de Atenção Básica n.º 14 [Link Livre para o Documento Original]. BRASÍLIA / DF – 2006.

SELLEN C. J. Estratégias para o controle da HAS em Cidade de La Habana. I Congresso Cubano de HAS. (IV Jornada Científica, La Habana, 2001).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

STRELEC M. A.A. M, PIERIN A. M. G, MION J. D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2003;81(4):349-54.

TOLEDO, M. M. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma nova Ótica Para um velho Problema. Revista Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial. v.16 n.2, p.233-228, Abr- jun. 2007.