

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIUSKA PEREZ APOLONIO

**INCIDENCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA COMUNIDADE DO
PSF ESPERANÇA III DO MUNICIPIO DE POÇOS DE CALDAS**

Campos Gerais/ MG

2015

MARIUSKA PEREZ APOLONIO

**INCIDENCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA COMUNIDADE DO
PSF ESPERANÇA III DO MUNICIPIO DE POÇOS DE CALDAS**

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

Orientadora: Prof. Olinda Maria Gomes Da Costa Vilas Boas.

Campos Gerais/ MG

2015

MARIUSKA PEREZ APOLONIO

**INCIDENCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA COMUNIDADE DO
PSF ESPERANÇA III DO MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova o Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção de título de Especialista em Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais.

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof. Márcia Helena Miranda Cardoso Podestá

Aprovado em Alfenas: 03 /11/2015.

Dedico esse trabalho a meu querido esposo, Manuel, que me dá força e coragem a cada dia para seguir adiante, mediante seu amor, carinho e apoio. A minha família que adunque longe, sempre estão pertos em meu coração, motivando meus passos e iluminando o meu caminho para ser cada dia melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por todo o que significa em minha vida, e ter me dado força e saúde para superar esta nova etapa de minha vida.

Aos meus pais e irmãos que são a maior motivação de minha vida.

Ao meu amor por sua constante presença, amor, paciência e dedicação.

À equipe de Saúde da família de Esperança III, pelo apoio e disponibilidade.

À minha orientadora Olinda, pela orientação e constante dedicação.

“Os homens perdem sua saúde para juntar dinheiro; e depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde; por pensarem, ansiosamente no futuro, perdem o presente de tal forma que acabam por nem viver o presente nem o futuro; vivem como se nunca fossem a morrer e morrem como se nunca tivessem vivido”.

Dalai Lama

RESUMO

A hipertensão arterial é uma das doenças de maior prevalência na população de todo o mundo, causando a morte prematura e invalidez. Atinge em média de 30% da população brasileira, sendo uma das principais causas de mortalidade e de incapacidade em pacientes da unidade de saúde de família Esperança III, localizada no município Poços de Caldas, Minas Gerais. O trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência da Hipertensão Arterial nesta comunidade. Para a realização deste projeto será aplicado um instrumento para coleta de dados dos pacientes cadastrados no programa de hipertensão da área de abrangência, da quais 525 pessoas tinham o diagnóstico de Hipertensão Arterial, sendo casos novos, só do ano passado (2014) 73 pessoas. A partir dos resultados serão planejadas medidas para reforçar o componente educacional no atendimento integral de pacientes com Hipertensão Arterial e aumentar seus conhecimentos sobre a doença, com a finalidade de melhorar o funcionamento do programa, criar estilos de vida saudáveis e reduzir fatores de riscos da doença como alto consumo de álcool, sedentarismo, estresse contínuo, maus hábitos alimentares, sobrepeso, tabagismo, e alto consumo de sal. Também é proposto a redução de novos casos de hipertensão arterial na atenção primária à saúde.

Palavras- chave: Hipertensão Arterial. Estratégia Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo Gral.....	13
3.2 Objetivo Especifico.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
5.1 Conceito e epidemiologia.....	15
5.2 Fatores de risco para hipertensão arterial.....	18
5.3 Prevenção primaria.....	19
5.4 Classificação do risco cardiovascular.....	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Poços de Caldas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, no sudeste do país. Está localizado na mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas. Os municípios limítrofes são os mineiros Botelhos e Bandeira do Sul a nordeste, Campestre a leste, Caldas a sudeste e Andradas a sul e os paulistas Águas da Prata a sudoeste, São Sebastião da Gramma e Divinolândia a oeste e Caconde a norte. É limitada ao Norte pela Serra de São Domingos, ao Sul pela Serra do Gavião e a do Caracol, pela face Oeste a Serra de Poços de Caldas é limitante e a Leste, a Serra do Selado e o Serrote do Maranhão. (Wikipédia, Prefeitura Municipal de Poços de Caldas, 2014).

O município conta com uma população de 152.435 habitantes e uma área de 547, 260 Km². O município tem no turismo sua maior fonte de renda e possui um dos melhores IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) do interior do estado, sendo que em 2010 foi de 0, 779. A área territorial da Unidade compreende o bairro de Jardim Esperança. Apesar de a distância territorial ser pequena, a diferença socioeconômica e cultural é imensa entre estas comunidades. A população é formada por poços caldenses, imigrantes dos municípios vizinhos e da região Nordeste do país que se mudaram em busca de melhores condições de vida. (SANTOS, 2014).

Para o atendimento da Saúde tem vários hospitais para atenção terciária como são: Hospital Santa Casa de Misericórdia/UNIFENAS, Hospital Pedro Sanches, Hospital do Coração Santa Lúcia, Hospital Unimed, Hospital Climepe São Luiz, Hospital São Domingos, Hospital Regional do Câncer, Hemominas (Banco de Sangue), Policlínica Dr. José Ayres de Paiva, DIMEN - Medicina Nuclear, Clínica Memorial de Radioterapia, Instituto Regional de Neurologia, Instituto Donato de Oftalmologia, UNACON/CACON Oncologia, ONCOGEN - Centro de Oncologia. O Atendimento secundário constituído por o Pronto atendimento (UPA), Hospital Municipal Margarida Moraes, SAMU, Núcleo da zona Leste, Núcleo da Zona Sul, Hospital Margarida Moralles (Zona Sul), Hospital Gilberto Mattos (Zona Leste), Além, a cidade possui numeras clínicas e institutos renomados e com alta tecnologia sendo

referência em saúde no Sul de Minas e Leste Paulista. Na atenção primária de saúde, Poços de Caldas encontra-se organizado por 32 PSF, postos de saúde da família, localizados em todas as regiões do mesmo, tem relação com outros municípios como são Andradas, Caldas, Santa Rita de Caldas, Campestre, Botelho, Bandeira do Sul e Campestrinho que atendemos pacientes necessitados aqui, e os encaminhamentos aos pacientes de alta complexidade são para as cidades de Belo Horizonte e Pouso Alegre.

Dentro dos principais problemas de saúde da população de Poços de Caldas encontra-se os pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis, entre elas a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, alto índice de Obesidade e Dislipidemia, consequência dos hábitos dietéticos da população. No inverno aumenta o número de infecções respiratórias agudas ou crônicas agudizadas.

O território de Atendimento a equipe é na zona sul da cidade, Jardim Esperança III, é um território de terreno íngreme, bairro de periferia, com boas condições sanitárias e saneamento básico, a todas as casas chega eletricidade e água tratada, serviço de telefonia, com asfalto nas ruas, com várias vias de acesso; conta com o serviço de correios. Muito embora não tenha correios na área, e para o serviço bancários tem que se dirigir até o centro da cidade. O nível de alfabetização é fundamental médio, com alto número de empregos, sendo as pessoas empregadas a maioria, muitos postos comerciais na zona, onde trabalha uma boa parte da população, outra parte trabalha no comércio em postos do centro da cidade, sendo no comércio os principais postos de trabalho, mais também existe um grande número de pessoas que trabalham em indústrias. As pessoas vivem segundo suas possibilidades, e segundo seus recursos econômicos, mais a maioria pertence à classe média e baixa do município. As principais causas de morte são por doenças cardiovasculares, sobretudo infarto agudo do miocárdio, pelos diferentes fatores de risco e as doenças crônicas mal tratadas, levando a múltiplas complicações, entre elas a morte.

Nesta comunidade Esperança não existem hospitais, há 03 equipes de saúde da família do SUS, Esperança I, II, III, mais só 02 postos, em um posto funciona o equipe II, e em outro posto funcionam as equipes I e III, sendo o meu o III, existe

também um consultório odontológico em cada posto e um privado na área. Temos escolas, creches, e igrejas, delas pertencentes á população de Esperança III: 01 escola, 01 creche, 03 igrejas: 02 Evangélicas e 01 Católica. Temos um laboratório Médico do SUS situado no PSF Esperança I.

O sistema local de saúde esta bem enxertada na comunidade, toda a zona dividida por ruas e população para cada equipe ter mais ou menos a mesma quantidade de pessoas, todas as pessoas da região tem acesso ao posto, já seja para agendar consulta, atendimento urgência, fazer exames, atendimento odontológico, vacinação, e diferentes atividades que são realizadas pelas equipes de saúde. A equipe de saúde em PSF Esperança III esta integrada por 01 médica, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, um auxiliar administrativa e 05 agentes comunitários de saúde, de forma geral a equipe pertence á classe social média, com uma boa situação educacional, a maior quantidade dos integrantes são do nível meio completo, 06 integrantes, 02 do nível universitário superior completo e um no nível técnico. Esta equipe é nova, foi formado faz só alguns meses com a divisão da população de Esperança I e II, passando uma parte da população delas para a formação de Esperança III, ainda encontra se em cadastro das famílias e o conhecimento de todos os dados precisos para realizar o trabalho, também os integrantes da equipe são todos novos.

A população adscrita a Esperança III é de 2312, sendo do sexo masculino 1104 pessoas, representando o 48% do total da população e sexo feminino 1208, para um 52%, com um número de 526 famílias, atendendo a área urbana de 2291 pessoas, e uma área rural adscrita com 21 pessoas, localizada a 12 km do PSF, onde há só 09 famílias. A maior quantidade da população encontra se entre os 20-39 anos de idade, sendo a maior grupo de idade entre os 20-25 anos, e o menor entre as crianças de 0-4 anos. Predominando a população adulta jovem. (Tabela I.)

O principal problema de saúde são as doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), com alto índice de Obesidade e Dislipidemia, concordando com os dados do município.

Tabela 1. População por Grupo de Idade: PSF Esperança III.

	<1	(1-4)	(5-9)	(10-14)	(15-19)	(20-25)	(26-39)	(40-59)	(+60)	Total
Área Urbana	12	59	199	108	82	660	445	535	191	2291
Área Rural				01	03	03	05	07	02	21
Total	12	59	199	109	85	663	450	542	193	2312

Tendo em conta estas problemáticas de saúde na área de abrangência, o projeto está de acordo com os interesses da comunidade e da unidade de saúde, constituindo um grande desafio para os profissionais de saúde que lutam para aprimorar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. A partir dos resultados da pesquisa pretende-se elaborar medidas de educação continuada, reduzir os fatores de risco cardiovascular e co-morbidade associados ao processo hipertensivo, prevenindo complicações graves, invalidez e conseqüentemente aumentando a qualidade de vida da população em estudo. (MAGALHAES et al., 2010).

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta incidência de hipertensão arterial na população de abrangência e o fato de ter 525 pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados, representando o 22% da população, com risco cardiovascular elevado, apresentando custos médicos e socioeconômicos elevados. Esta doença é produzida por varias causas nas que podemos trabalhar em equipe para prevenir a aparição de novos casos, trabalhando sobre os fatores de risco e evitar as conseqüências mais graves como Acidente cerebrovascular, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal Crônica, doença vascular de extremidades e óbitos; desta forma, melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral.

Elaborar um Projeto Intervenção para diminuir a incidência da Hipertensão Arterial na comunidade do Programa de Saúde da Família Esperança III do Município de Poços de Caldas.

3.2 Objetivos Específicos.

- Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial.
- Abordar os pacientes com fatores de risco e introduzir mudanças de estilos de vida e hábitos saudáveis.
- Reduzir a ocorrência de casos novos de Hipertensão Arterial, assim como o número de complicações e incapacidade geradas pela Hipertensão.
- Melhorar o acolhimento e garantir o atendimento dos pacientes doentes na unidade.

4 METODOLOGIA

Para este projeto foi utilizado o diagnóstico situacional, incluindo reunião com a equipe do PSF. Neste trabalho será utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional- PES que a partir de seus fundamentos, o método propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, uma perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo; sendo a modalidade narrativa a estratégia de busca utilizada para as revisões bibliográficas, com os seguintes descritores: Hipertensão arterial, Estratégia Saúde da Família.

Sendo feito para coleta de dados um levantamento bibliográfico das bases de dados do Ministério da Saúde DATASUS, onde foram encontrados 10 artigos com o tema hipertensão e com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais, como SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (Medline -Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica). Foram consultados protocolos, textos e artigos científicos publicados em revistas. Para descrição do problema priorizado, a Equipe do PSF Esperança III utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe por meio de registro da ESF, e estudos epidemiológicos. O instrumento de coleta dos dados será aplicado durante as visitas domiciliares, ou levantamento do total de consultas médicas do programa de hipertensão, pesquisas de campo, e dados dos prontuários.

O trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular global.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Conceito e Epidemiologia.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) acima dos valores considerados normais, que no adulto são de 140 milímetros de mercúrio de pressão sistólica e 90 milímetros de pressão diastólica. Associa-se 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, sendo um excelente modelo para o trabalho de uma equipe multiprofissional. Por ser uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, terá seu tratamento mais efetivo com o apoio de vários profissionais de saúde. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, e a formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular.

A doença está diretamente relacionada com a força exercida pelo sangue contra as paredes das artérias durante a circulação pelo corpo. O problema ocorre porque com o passar dos anos acontece o estreitamento das artérias, o que exige mais força do coração para bombear o sangue pelo corpo, e conseqüentemente o aumento da pressão exercida pelo sangue nas artérias. Devido ao aumento dessa pressão, a doença causa a danificação das artérias e a dilatação do coração, órgão vital para a sobrevivência humana. (MELO, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, La Campanha (2014), a hipertensão arterial é das doenças de maior prevalência na população que afeta cerca de 02 bilhões de pessoas em todo o mundo; a pressão alta contribui para cerca de 9,4 milhões de mortes por doenças cardiovasculares a cada ano, sendo uma das causas mais constantes para doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais que, juntos, formam a principal causa mundial de morte prematura e invalidez, atinge em média de 30% da população brasileira e há outros 12 milhões

que ainda não sabem que possuem a doença, chegando a mais de 50% na terceira idade e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil, é responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular cerebral (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. De acordo com dados dessa última pesquisa do Ministério da Saúde sobre a hipertensão, o Rio de Janeiro (RJ) aparece como a primeira capital na proporção de hipertensos, com 28% de casos, seguido de Recife (PE), com 27,6% e Campo Grande (MS) 26,5%, e o Estado de Minas Gerais com um 25 %.

Segundo o plano municipal de saúde de Poços de Caldas (2013), a primeira causa de óbitos no Município é representada pelas doenças do aparelho circulatório, sendo o 29% destes óbitos por infarto agudo do miocárdio, seguido da insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral. A hipertensão essencial foi registrada sendo responsável por 6% das causas de óbitos. A implementação da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas não Transmissíveis terá como base a capacitação das Equipes de Saúde da Família e profissionais dos NASF para o atendimento integral dos usuários nas unidades mais próximas de seu local de moradia, particularmente os hipertensos, facilitando o acesso e a longitudinalidade do cuidado, incluindo a descentralização do cadastro dos pacientes. Outra estratégia para melhorar as condições de saúde da população de Poços de Caldas será fortalecer o trabalho intersetorial.

A prevenção da hipertensão arterial envolve, principalmente, a conscientização das pessoas para a mudança de hábitos e comportamentos adequados. A introdução dessas mudanças ocorre de maneira lenta e processual, deve ser promovida por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender as necessidades específicas de cada indivíduo, de modo que sejam mantidas por longo do tempo. Para tanto, é imprescindível a utilização de estratégias educativas, como oficinas ou similares, que possibilitem ao indivíduo compreender a importância da aquisição de conhecimento na seleção e incorporação de atitudes e práticas saudáveis em seu estilo de vida, prevenindo e/ou controlando, desse modo, a síndrome hipertensiva, assim como outros agravos à sua saúde. (SANTOS; LIMA, 2008).

As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de ter 525 pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados, representando o 22% da população, sendo casos novos, só do ano passado (2014) 73 pessoas, representando o 14% deles, demonstrando a incidência aumentada. Dos pacientes hipertensos na área de abrangência da ESF Esperança III, 110 são idosos sendo o 20% deles, tabagistas e usuários de álcool 116, sendo o 22%, expostos a alto nível de estresse 20 sendo o 3.8%, com sedentarismo temos 490 representando o 93% e a grande maioria são as pessoas com maus hábitos alimentares 510, sendo o 97%. Também temos vários pacientes com complicações tendo, com AVC 10 pacientes representando o 2 %, com cardiopatia por IMA 28 pessoas, sendo 5% e com IRC 24 para um 4.5 %, como outros com insuficiência cardíaca e outras complicações nos órgãos alvos.

A grande quantidade de idosos dificulta a adesão ao tratamento, pois, estes apresentam dificuldade para memorizar os horários ou até mesmo lembrarem-se dos remédios, também muitos moram sozinhos. É preciso diminuir o uso de álcool e o tabagismo, aumentando o nível de praticas de exercícios, melhorando os hábitos alimentares e diminuindo o nível de estresse. Consideramos este tema de preocupação não só para o médico, mas também para aqueles pacientes sem adesão ao tratamento, permitindo ao profissional identificar as razões e fatores envolvidos na não adesão ao tratamento e ajuda a aperfeiçoar o resultado da atuação da equipe da saúde, possibilitando o desenvolvimento de medidas preventivas para obter melhores resultados, com a finalidade de aumentar as taxas de adesão e qualidade de vida, além de proporcionar subsídios para intervenções sobre a assistência aos pacientes hipertensos, até reduzir os níveis de mortalidade causada por esta doença. (SOUZA et al., 2011).

Em meu caso como médico da comunidade há possibilidade de realizar este projeto para poder ter um conhecimento geral dos problemas de saúde que afetam a comunidade, e de uma maneira mais rápida começar um plano de trabalho e buscar possíveis soluções, atuando com os pacientes e com a participação ativa da comunidade, e assim alcançar melhora na qualidade de vida da população em estudo.

5.2 Fatores de Risco para Hipertensão Arterial.

a) Causas da não adesão: Pacientes que apresentam dificuldade para memorizar os horários ou até mesmo lembrarem-se dos remédios; idosos que moram sozinhos; não entendimento da orientação/prescrição; falta de orientação pela equipe da importância do uso; falta de acompanhamento e controle freqüente; aumento das causas genéticas; falta de pesquisa a pacientes com fatores de risco; dificuldade para mudar hábitos e estilos de vida;

b) Alto uso de álcool e tabagismo: Falta de orientação pela equipe das complicações e da consulta existente para o tratamento preciso; dificuldade dos pacientes para parar de fumar e usar álcool;

c) Maus hábitos alimentares: Falta de orientação pela equipe dos alimentos saudáveis; dificuldade para mudar as costumes das regiões; baixos salários que impedem alimentação adequada;

d) Estresse mantido: Problema pessoal, familiares; trabalhos com muita carga de estresse; falta de lugares na área para praticar exercícios, salas de jogos, cinemas e demais lugares para relaxar; falta de orientação pela equipe de manobras para relaxação e a importância de evitar o mesmo; aumento da pressão social;

e) Aumento do sedentarismo: Poucas academias na área para ajudar as pessoas a praticar exercícios assim como a falta de lugares a céu aberto e a disposição da população em qualquer horário para seu uso; aumento das pessoas com longas jornadas de trabalho e estudo; falta de orientação pela equipe da importância da prática de exercícios; dificuldade para mudar hábitos e estilos de vida;

f) Sobrepeso: Aumento de pessoas com alimentação inadequada; diminuição da prática de atividade física; dificuldade para mudar hábitos e estilos de vida.

g) Alto consumo de sal: O excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial;

h) Sexo e Idade: A prevalência global de hipertensão é maior em homens que em mulheres, estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década. A hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes, que aumenta linearmente com a idade a partir da sexta década, o principal componente é a elevação da pressão sistólica.

5.3 Prevenção primária.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a prevenção primária da HAS é muito importante nestes pacientes com fatores de risco, para evitar aparição de casos novos, sendo ótimas as mudanças nos estilos de vida inadequados, trabalho focado na promoção da saúde para os profissionais do PSF, já que devem ser adotadas várias medidas para o trabalho da equipe de acordo com os fatores de risco de cada pessoa; a implementação de medidas de prevenção contra a HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do SUS, enquanto o Sistema de Saúde Suplementar Complementar assiste aproximadamente 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.

5.4 Classificação do Risco Cardiovascular.

A classificação de risco cardiovascular deve ser realizada por meio de avaliação minuciosa, uma anamnese bem feita e exame físico detalhado. A presença de fatores de risco cardiovascular ocorre mais comumente na forma combinada. Além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável. Além dos fatores clássicos de risco cardiovascular como é a idade (homem > 55 e mulheres > 65 anos); tabagismo; dislipidemias: triglicérides > 150 mg/dL; LDL colesterol > 100 mg/dL; HDL < 40 mg/dL; Diabetes Mellitus; história familiar prematura de doença cardiovascular: homens < 55 anos e mulheres < 65 anos, novos fatores de risco cardiovascular vêm sendo identificados, e ainda que não tenham sido incorporados em escores clínicos de estratificação de risco (Framingham, Score), têm sido sugeridos como marcadores de risco adicional em diferentes diretrizes: glicemia de jejum (100 a 125 mg/dL) e hemoglobina glicada anormal, obesidade abdominal (circunferência da cintura > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres), pressão de pulso > 65 mmHg (em idosos), história de pré-eclampsia na gestação, história familiar de hipertensão arterial, em hipertensos limítrofes. (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Segundo a Revista de Hipertensão Arterial (2015), o aumento dos níveis de pressão arterial tem sido reconhecido como um importante fator de risco para eventos cardiovasculares, especialmente o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular encefálico. Pacientes com pré-hipertensão, especialmente do gênero masculino, apresentam alto risco para o desenvolvimento de hipertensão e devem receber orientações a respeito das mudanças no estilo de vida. Embora sejam escassos estudos que abordem dados sobre a incidência de hipertensão em pré-hipertensos, alguns trabalhos mostram que, se não tratados, pouco mais da metade da população pré-hipertensa desenvolverá hipertensão em até quatro anos.

A aquisição do conhecimento é fundamental, mas é apenas o primeiro passo. A implementação efetiva das mudanças é lenta e, por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade. Devem ser promovidas por meio de ações

na estratégia de saúde da família; individualizadas, elaboradas para atender as necessidades específicas de cada paciente ou coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício, podendo, assim, ser mantidas em longo prazo. O trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e a comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real às práticas saudáveis. Sendo constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos e trabalhar de acordo com os limites e especificidades de sua formação, tendo muitas vantagens já que o número de indivíduos atendidos será maior; a adesão ao tratamento será superior, assim cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos e atitudes podendo se realizar múltiplas ações em equipe e individual. Sendo também muito importante o apoio do núcleo da atenção a saúde da família, integrado pelo fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico, para ajudar a diminuir todos os possíveis fatores de risco e com a redução deles diminuir ao aparecimento de novos casos de HAS. (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A equipe da ESF Esperança III selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal que é a Alta Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica; sobre o qual a equipe tem possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Entre eles temos:

- Hábitos e estilos de vida;
- Nível de informação;
- Processo de trabalho da equipe de saúde; com orientações inadequadas, prescrições ilegíveis, dificuldade de entendimento das orientações/prescrições. Falta de acompanhamento e controle freqüente. Falta de pesquisa a pacientes com fatores de risco.

Tabela 02. Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica na população da Equipe de Saúde da Família Esperança III, em Poços de Caldas, Minas Gerais.

Nó crítico	Operação/projeto.	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Hábitos e estilos de vida inadequada.	Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 40% o número de sedentários, tabagistas, usuários de álcool e obesos no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada Orientada de forma Mensal; Adesão ao grupo com fisioterapeuta e fisiculturista no PSF semanal; Palestras sobre programa “Alimentação saudável”; Palestras sobre “Fumar Afeta sua Saúde”.	Organizacional: Pessoas capacitadas para organizar e realizar as atividades; Lugar adequado para realizar as atividades; Equipamentos necessários. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: Mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Nível de Informação.	Saber Mais Aumentar o nível de informação da população sobre as causas e complicações da Hipertensão Arterial.	População mais informada sobre as causas e as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).	Avaliação do nível de informação da população sobre a HAS; Diminuir o índice de complicações da HAS; Capacitação dos ACS e de cuidadores.	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação; Organizacional: Pessoas capacitadas para organizar e realizar as atividades; Lugar adequado para realizar as atividades; Equipamentos necessários; Político: Articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.	Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado para HAS.	Cobertura de 90% da população com HAS; Aumentar a 90 % da pesquisa em pacientes com fatores de risco; Aumento do acompanhamento e controle freqüente.	Linha de cuidado para HAS; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado implantada.	Cognitivo: Elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: Adequação de fluxos, Reestruturação das Agendas.

Tabela 03. Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica na população da Equipe de Saúde da Família Esperança III, em Poços de Caldas, Minas Gerais.

Operação/projeto	Recursos críticos
Projeto Mais Saúde.	Político: Mobilização social e articulação Intersetorial com a rede de ensino; Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Saber Mais.	Político: Articulação intersetorial e mobilização social.
Linha de Cuidado.	Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Tabela 04. Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operação /projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos	Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação
Mais Saúde. Modificar hábitos de vida.	Político: Mobilização social e articulação Intersetorial com a rede de ensino; Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de comunicação social. Secretário de Saúde.	Favorável Favorável Não é necessário
Saber Mais. Aumentar o nível de informação da população sobre as causas e complicações da Hipertensão Arterial.	Político: Articulação intersetorial e mobilização social.	Setor de comunicação social. Secretário de Saúde.	Favorável Favorável Não é necessária

Linha de Cuidado

Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.

Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Secretário de Saúde.

Favorável

Não é necessária

Tabela 05. Elaboração do plano operativo.

Operação	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
Mais Saúde Modificar hábitos de vida.	Diminuir em 40% o número de sedentários, tabagistas, usuários de álcool e obesos no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada de forma mensal; Adesão ao grupo com fisioterapeuta e fisiculturista no PSF semanal; Palestras sobre programa "Alimentação saudável"; Palestras sobre "Fumar Afeta sua Saúde".		Joise (Fisioterapeuta) Renata (Fisiculturista) Gabriela (Enfermeira).	Dois meses para o início das atividades.
Saber Mais. Aumentar o nível de informação da população sobre as causas e complicações da Hipertensão Arterial.	População mais informada sobre as causas e as complicações da Hipertensão Arterial.	Avaliação do nível de informação da população sobre a HAS; Diminuir o índice de complicações da HAS; Capacitação dos ACS e de cuidadores.		Gabriela (Enfermeira) Claudia e Álvaro (ACS)	Início em três meses e término em seis meses; início em três meses e término em 12 meses; início em seis meses, avaliações a cada semestre; início em dois meses e término em 3 meses.

Linha de Cuidado	Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	Cobertura de 90% da população com HAS, Aumentar a 90 % da pesquisa em pacientes com fatores de risco; Aumento do acompanhamento e controle freqüente.	Linha de cuidado para HAS; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado implantada.	Fabiana (Técnica enfermeira) Gabriela (Enfermeira)	Início em três meses e finalização em 12 meses.
-------------------------	--	---	---	---	---

Tabela 06. Gestão do plano.

Operação: Mais Saúde.					
Coordenação: Enfermeiras - Avaliação Após 6 Meses do início do Projeto.					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
1. Programa de caminhada Orientada.	Renata (Fisiculturista)	2meses	Programa implantado e implementado.		
2. Adesão ao grupo com fisioterapeuta e fisiculturista no PSF semanal.	Joise (Fisioterapeuta) Renata (Fisiculturista)	2meses	Programa implantado e implementado.		
3. Palestras sobre programa "Alimentação saudável", e "Fumar Afeta sua Saúde".	Gabriela (Enfermeira).	2meses	Programa implantado e implementado.		

Operação: Saber Mais.

Coordenação: Enfermeiras e ACS - Avaliação Após 6 Meses do início do Projeto.

Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
1.Avaliação do nível de informação da população sobre a HAS.	Gabriela (Enfermeira). ACS	3meses início e término em 6 meses.			
2. Diminuir o índice de complicações da HAS.	Gabriela (Enfermeira).	6meses e avaliação cada semestre	Programa implantado.		
3.Capacitação dos ACS e de cuidadores.	Gabriela (Enfermeira).	2meses e termino 3 meses.	Programa de capacitação elaborado; ACS capacitados; cuidadores identificados; curso ainda não iniciado.	Atraso na identificação dos cuidadores. Início em 1 mês	

Operação: Linha de Cuidado.

Coordenação: Enfermeiras - Avaliação Após 6 Meses do início do Projeto.

Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
1.Protocolos implantados.	Gabriela (Enfermeira)	Início em três meses e finalização em 12 meses.	Projeção de demanda e estimativa de custos realizada; edital elaborado.		

2.Recursos humanos Capacitados.	Gabriela (Enfermeira)	Início em três meses e finalização em 12 meses.	Programa de capacitação Elaborado e em pratica.
---------------------------------	-----------------------	---	---

3.Gestão de linha cuidado implantada.	Coordenação da UBS.	Início em três meses e finalização em 12 meses.	Projeto de gestão da linha de cuidado em discussão.
---------------------------------------	---------------------	---	---

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial como um dos mais graves problemas de saúde que afeta a população, levando a internações e complicações, sejam devidos invalidez parcial o total do indivíduo. Trazendo assim varias repercussões não somente para o paciente, mais também para sua família e sociedade. Na maioria dos casos ocorre pelo controle inadequado dos fatores de risco, aparecendo mais casos novos e mais pacientes doentes, por ser uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, terá seu tratamento mais efetivo com o apoio de vários profissionais de saúde. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, e a formação de uma equipe multiprofissional proporcionara essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular.

Espera-se que com aplicação deste projeto de saúde sejam identificados a tempo os fatores de risco e trabalhar na base deles para evitar aparição de novos casos de hipertensão. Portanto, torna-se indispensável o desenvolvimento e promoção de políticas de saúde que visam à prevenção das doenças cardiovasculares.

Tais projetos consistem em: Mais saúde para modificar hábitos de vida, com programa de caminhada; adesão ao grupo com fisioterapeuta e fisiculturista no PSF semanal; palestras sobre programa “Alimentação saudável”, palestras sobre “Fumar Afeta sua Saúde”. Saber Mais e outro dos projetos para aumentar o nível de informação da população sobre as causas e complicações da hipertensão arterial como avaliação do nível de informação da população sobre a HAS; diminuir o índice de complicações da HAS, capacitação dos ACS e de cuidadores; a Linha de Cuidado para reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado, a partir dos protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada.

Esperamos com este projeto diminuir em 40% o número de sedentários, tabagistas, usuários de álcool e obesos no prazo de 01 ano. População mais informada sobre

as causas e as complicações da Hipertensão Arterial. Cobertura de 90% da população com HAS, aumentar a 90 % da pesquisa em pacientes com fatores de risco e o aumento do acompanhamento e controle freqüente.

REFERÊNCIAS

MAGALHAES, M. E. C. et al. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? Revista Brasileira Hipertensão, p. 93–97, 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/08-prevencao.pdf>>. Acesso em: 20 julho 2015.

MELO, R. M. Hipertensão arterial causas e conseqüências. SAUDICAS, p. 1–3, 2010. Disponível em: <<http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files.pdf>>. Acesso em: 20 julho 2015.

Revisão do Plano municipal de saúde de Poços de Caldas, Secretaria de Saúde, 2013. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php>>. Acesso em: 20 julho 2015.

REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Brazilian Journal of Hypertension. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, v. 17, n. 1, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 20 março 2015.

SANTOS, Z. M. S. A; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida, Florianópolis, 2008.
Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/tce/v17n1/10.pdf>.
Acesso em: 20 setembro 2015.

SANTOS, W. R. Dislipidemias e risco cardiovascular: Abordagem clínica e terapêutica. Trabalho Conclusão Curso, Campos Gerais, 2014.
Acesso em: 14 agosto. 2015.

Sociedade brasileira de hipertensão arterial (SBH), Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2015.

Sociedade brasileira de hipertensão arterial (SBH). Revista de Hipertensão Arterial. Hipertensão, Obesidade, Inflamação e Sistema Nervoso Autônomo. Volume 18 - Número 1, Janeiro / Março, 2015.
Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/download/revista18.pdf>>. Acesso em: 21 setembro 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH) - A Campanha, São Paulo, 2014. Disponível em: <www.sbh.org.br/geral/acampanha.asp>. Acesso em: 13 junhos. 2015.

SOUZA, M. V. M. de et al. Adesão ao tratamento não farmacológico do paciente hipertenso assistido por um programa de hipertensão de um hospital municipal do rio de janeiro. Revista Eletrônica Nova Enfoque, p. 32–38, 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/acadêmica/article/viewFile/35105/23421>>. Acesso em: 20 julhos. 2015.

Wikipédia, a enciclopédia livre. Prefeitura Municipal de Poços de Caldas. Poços de Caldas e Bagé oficializam convênio de cidades-irmãs, 2014. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Poços_de_Caldas>. Acesso em: 21 abris. 2015.