

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

FERMIN SERRANO MARTINEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO TERRITÓRIO DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE ARICANDUVA – MINAS GERAIS**

**TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS
2015**

FERMIN SERRANO MARTINEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO TERRITÓRIO DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE ARICANDUVA – MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Christian Emmanuel Torres Cabido

FERMIN SERRANO MARTINEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO TERRITÓRIO DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE ARICANDUVA – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Christian Emmanuel Torres Cabido (Orientador)

Examinador 2 : Profa Maria Dolores Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em de,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,de 2015.

DEDICATÓRIA

A minha esposa e meus filhos que dia a dia me dão essa força e alento para seguir cumprindo com meu dever como médico.

AGRADECIMENTOS

A minha equipe de saúde pela união e comprometimento no trabalho.

À UFMG pelo Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família no Brasil

Aos professores que nos acompanharam durante o curso pela dedicação e compromisso do trabalho desenvolvido.

À professora Sibeles Guimarães e ao meu orientador Christian Emmanuel Torres cabido

Obrigado.

"Há verdadeiramente duas coisas diferentes: saber e crer que se sabe.

A ciência consiste em saber; em crer que se sabe reside a ignorância."

Hipócrates

RESUMO

Este trabalho foi elaborado baseado na análise situacional de saúde do município Aricanduva mediante o método de planejamento estratégico situacional e estimativa rápida para identificar os problemas de saúde. Após observar um aumento da prevalência da hipertensão arterial, foi estabelecido este como problema prioritário, decidindo realizar um estudo descritivo qualitativo em hipertensos na faixa etária de 30-65 anos com o objetivo de elaborar uma proposta de intervenção para melhorar a prevenção e controle da hipertensão arterial. Foram estudadas as causas do problema prioritário e realizou-se uma revisão de literatura baseada no tema com base em dados eletrônicos de biblioteca virtuais SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), teses, artigos, revistas coincidindo com muitos autores no referente a que os hábitos e estilos de vida inadequados, a escassa informação da população sobre hipertensão arterial e suas complicações, assim como uma agenda de trabalho desorganizada no relacionado às consultas e visitas domiciliares são fatores que influem diretamente sobre o aumento da prevalência da hipertensão arterial. Esperamos que o impacto desse trabalho sobre a saúde das pessoas seja satisfatório, que haja uma diminuição da morbimortalidade e suas complicações, que o paciente hipertenso seja acompanhado de forma sistemática e contínua em consultas e visitas domiciliares, e que a população tenha informação dos fatores de risco da hipertensão arterial logrando hábitos e estilos de vida saudáveis.

Key words: Systemic arterial Hypertension, Prevalence, Prevention and Control.

ABSTRACT

This work was elaborated based on the situational analysis of health of the municipality Aricanduva through situational strategic planning method and rapid assessment to identify the health problems. After observing an increased prevalence of hypertension was established this as a priority issue, deciding to carry out a qualitative descriptive study on hypertensive patients in the age group of 30-65 years with the aim of elaborating a proposal for intervention to improve the prevention and control of hypertension. Were studied the causes of the problem a priority and there was a literature review based on the theme electronic data-based virtual library SCIELO (Scientific Electronic Library Online) and BIREME (Bibliotheca Regional de Medicina), theses, articles, magazines, coinciding with many authors in respect to which the habits and inappropriate lifestyles, lack of information of the population about arterial hypertension and its complications as well as an agenda of work related to the queries and disorganized home visits are factors that influence directly on the increased prevalence of hypertension. We hope that the impact of this work on people's health is satisfactory, there is a decrease in the morbidity and mortality of complications. The patient hypertensive is accompanied by a systematic and continuous consultations and home visits and that the population has information of the risk factors of hypertension by achieving habits and healthy lifestyles.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, Prevalência, Prevenção e Controle

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico.

BIREME -- Biblioteca Regional De Medicina.

ESF --Estratégia de Saúde Familiar

DATASUS -- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DeCS -- Descritores de Ciência da Saúde.

DCV -- Doença Cérebro Vascular

HA -- Hipertensão Arterial Sistêmica.

HIPERDIA -- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.

PES -- Planejamento Estratégico Situacional.

PSF -- Programa de Saúde Familiar

SBC -- Sociedade Brasileira de Cardiologia

SciELO -- Scientific Electronic Library Online

SIAB -- Sistema Informativo de Atenção Básica.

SUS -- Sistema Único de Saúde.

UBS -- Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVOS.....	14
4. METODOLOGIA.....	15
5. REVISAO BIBLIOGRAFICA.....	16
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERENCIAS.	28

1 INTRODUÇÃO

No final do século XVII, a capitania de Minas Gerais era dividida em quatro comarcas: Comarca do Rio das Mortes, Comarca do Rio das Velhas, Comarca de Vila Rica e Comarca do Serro Frio. Nessa última comarca, existia o Termo de Minas Novas, que ocupava uma extensa área e compreendia, inclusive, o território onde hoje está Aricanduva (IBGE, 2014)

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2014), o Município de Aricanduva possui uma extensão territorial de 243, 329 km² localizado na região do alto do Vale do Jequitinhonha, situada no nordeste mineiro, limita-se ao norte com Capelinha e Itamarandiba, ao sul com São Sebastião do Maranhão, a leste com Capelinha, a oeste com Itamarandiba. Encontra-se na latitude sul de 17°5'02" e na longitude oeste de 42°33'25" e uma altitude de 682 m. É banhada principalmente pelos rios Itamarandiba e São Lourenço, existindo também vários córregos.

A descoberta de metais, especialmente, ouro e diamante nesta região, atraiu um grande número de pessoas que formaram arraiais, proporcionando o surgimento de uma agricultura e pecuária voltada para a alimentação desses povoados. Desta maneira, a ocupação do território onde hoje se encontra o município de Aricanduva, é marcada por fazendas com arquitetura típica do período colonial (IBGE, 2014)

Novas casas surgiram nas proximidades da igreja e, aos poucos, o povoado se consolidou. Inicialmente chamava-se Pita e Bebe, depois recebeu os nomes de Vassoura e Paçoca. Em 1872, o povoado foi elevado a Distrito, recebendo o nome de Lorena, pertencente ao município de Itamarandiba, que já havia se desmembrado de Minas Novas no ano de 1871. Posteriormente, em 1944, o Distrito recebeu o nome de Aricanduva. O nome Aricanduva é um nome indígena que na língua Tupi-Guarani significa "Palmeira Doce". Esse nome foi escolhido porque, naquele tempo, havia um grande número de uma palmeira conhecida, na região, como Aricanga que produzia um fruto bem doce (IBGE, 2014)

Em 21 de Dezembro de 1995, pela Lei nº 12.030, foi criado o município de Aricanduva, após aprovação em plebiscito pela maioria da população. Em 1996, foi eleita a primeira prefeita, a Sra. Maria Alexandrina Cordeiro. A emancipação transformou o antigo distrito e promoveram melhorias na cidade, como a construção da Praça da Matriz e do novo Cemitério, o calçamento de ruas, a água tratada, entre outros.

Apresenta clima tropical de temperaturas médias entre 18º a 30ºC. Sua vegetação é de florestas tropicais com uma área de preservação ambiental de 7.935 hectares, onde existe uma vegetação típica da Mata Atlântica e alguns pontos há transição dessa mata para o cerrado. Em outros trechos encontra-se devastada pelo plantio de eucalipto e café, cultivos diversificados e criação de gado.

Com uma população de 5036 habitantes, Aricanduva tem 1481 famílias cadastradas segundo estimativa feita pelo SIAB (2014), 64,47% destas residem na zona rural o que dificulta muito o acesso aos diversos serviços, entre eles a saúde, pois o município é composto por 31 localidades rurais, sendo a distância média destas comunidades até a sede de 15 a 21 km.

As principais patologias existentes no município são: elevados casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus*, esquistossomose e amebíase assim como outros tipos de vermes; altos índices de prematuridade sexual e conseqüentemente números elevados de gravidez na adolescência; alcoolismo entre jovens e adultos; casos de cervicálgia e lombálgia entre mulheres, colhedores de café e lavradores; pacientes com problemas gástricos assim como adição a medicamentos.

Como no município há um grande número de portadores de hipertensão arterial e diabetes faz-se necessário um maior acompanhamento dos mesmos, pois vem aumentando progressivamente esse número de pessoas hipertensas. A equipe de saúde vem melhorando a atenção por meio do programa HIPERDIA e sendo do nosso conhecimento que temos um sub-registro no percentual de hipertensos o que nós leva abaixo da média nacional. Estamos trabalhando neste sentido e realizando uma melhor avaliação de cada paciente nas consultas por meio de um melhor

rastreamento. No quadro 1 é apresentado o número de hipertensos e diabéticos com seus respectivos percentuais pertencentes à área de abrangência da unidade básica de saúde do município Aricanduva.

Quadro 1. Número de hipertensos em diabéticos

Levantamento do HIPERDIA 2014		
Diabéticos	89	11,66%
Diabéticos c/ hipertensos	61	7,99%
Hipertensos	613	80,30%
TOTAL GERAL	763	100%

Levantamento do HIPERDIA 2014.

Pode-se apreciar que o maior por cento do total geral de pacientes atendidos no HIPERDIA com ampla vantagem são os pacientes hipertensos sem diabetes mellitus acompanhante e os que padecem as duas doenças ao mesmo tempo aumenta o por cento ainda mais: coisa que nos fez refletir sobre a atenção deste grupo de pacientes, o acompanhamento e como ter um melhor controle e prevenção da doença.

“ O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. ” (ARAÚJO, 2007, p.369).

Dessa forma surge a proposta de fazer um estudo considerando o problema prioritário de saúde em Aricanduva que é a alta prevalência de hipertensão arterial.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença muito frequente no Brasil e leva a complicações cardiovasculares, neurológicas e renais. É um grave problema de saúde no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60-69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SBC, 2010). A HAS é uma condição clínica decorrente de fatores genéticos, em geral associados a alterações de estilo de vida e a fatores socioeconômicos.

Segundo o Grupo Hospitalar Conceição, inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20% a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2012).

Em Minas Gerais, a SES/MG estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (ALVES, 2013). Dadalti *et al.* (2013) reconheceram que além da alta prevalência, a HAS tem baixas taxas de controle e é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para as DCV. “As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados.” (SBC, 2010, p.7)

A análise situacional de saúde do município Aricanduva demonstrou uma alta prevalência de pacientes hipertensos existentes na área de abrangência da ESF. Dessa forma é importante resolver o problema para diminuir a morbimortalidade de suas complicações. Sugere-se que a partir desse trabalho, haja uma diminuição da morbimortalidade e suas complicações, que o paciente hipertenso seja acompanhado de forma sistemática e contínua em consultas e visitas domiciliares assim e que a população adquira informação sobre os fatores de risco da hipertensão arterial logrando hábitos e estilos de vida saudáveis.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para melhorar a prevenção e controle da hipertensão arterial no território da UBS do município Aricanduva.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do trabalho foi realizado uma revisão de literatura nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Sistema Informativo da Atenção Básica (SIAB), Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os descritores em ciência da saúde (DeCS) que foram utilizados são: hipertensão arterial, prevalência, prevenção e controle. Foram considerados os artigos publicados nos últimos 14 anos. A metodologia de elaboração do plano de ação foi baseada no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para identificar o problema de saúde foi usado o método de estimativa rápida para levantar dados que transformados em informações permitiram sua identificação. Após processados os problemas identificados no Diagnóstico Situacional da área de abrangência, foi elaborado um plano de ação para enfrentar o problema prioritário.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.7)

[...] A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). 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.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Eles referem que a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mm Hg de forma linear, contínua e Independente. Ademais referem no seu trabalho que no início do presente século mais de 7 milhões de mortes no mundo foram provocadas por elevação de pressão arterial, estas por acidente vascular encefálico (AVE) e por doença isquêmica do coração (DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e a maioria destas em indivíduos entre 45 e 69 anos.

Na conclusão de seu trabalho Jardim (2007) referiu que indicadores de HA e de outros fatores de risco cardiovascular como o sobrepeso y a obesidade se mostraram elevados o que reforça a necessidade de aplicar medidas para combater esses agravos à saúde logrando uma redução da morbidade e mortalidade por DCV.

Estudos anteriores no Brasil analisaram que as DCV têm sido a principal causa de morte e são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de mais de 90 mil indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se por acima de 9 mil óbitos em 2007 (SBC, 2010).

De acordo com Cesarino *et al.*(2008) e Rosário *et al.*(2009), inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Eles também em outros estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos.

O trabalho realizado por Pereira *et al.*(2009) entre os gêneros demonstrou que a prevalência foi maior nos homens que nas mulheres, semelhante a de outros países. Também apresentou que a revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008 em outros países revelaram uma prevalência global maior em homens que em mulheres.

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%). As comparações das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em grande quantidade de países revelaram taxas semelhantes, mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle, em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que “os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS”(SBC, 2006 *apud* SBC,2010,p.8)

Rosário *et al.*(2009) estudaram que mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Esse estudo demonstrou que mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular assim como os hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. Ademais ele referiu que as principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável,

consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

A adoção de hábitos alimentares saudáveis segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) é um componente muito importante da prevenção primária da hipertensão arterial, sendo necessário manter o peso adequado, reduzir o consumo de sal, moderar o de álcool, controlar o de gorduras e incluir alimentos ricos em potássio na alimentação diária.

Também o Ministério da Saúde referente a este tema no ano 2006 indicou que devem ser adotadas as seguintes recomendações no que diz respeito à promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2006):

- Peso corporal: manter o índice de massa corporal dentro da normalidade é ideal. O consumo de calorias deve estar de acordo com o gasto calórico diário, incluindo o gasto com atividade física e evitar alimentos hipercalóricos e sem valor nutricional.

- Deve-se diminuir a ingestão de sódio, recomenda-se reduzir o sal adicionado aos alimentos, evitar os alimentos industrializados, como enlatados, conservas, frios, embutidos, sopas, temperos, molhos prontos e salgadinhos. A redução da ingestão excessiva de sódio diminui a incidência e prevalência de hipertensão arterial.

- Deve-se limitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quem não consome bebidas alcoólicas não deve ser estimulado a fazê-lo.

- Deve-se evitar o consumo de gorduras saturadas. Deve-se evitar a gordura vegetal hidrogenada contida em bolachas doces recheadas, margarinas duras, produtos com massa folhada e dar preferência ao uso dos óleos vegetais insaturados.

- Deve-se garantir o consumo de potássio, utilizando-se verduras, legumes, frutas principalmente cruas, e leguminosas como feijões, ervilha, lentilha, grão-de-bico, soja.

Respeito ao estilo de vida segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), há relação inversa entre quantidade total de atividade física e incidência de hipertensão arterial, sendo essa relação mais evidente com o envolvimento em atividades de lazer e vigorosas. Ademais refere que a atividade física também ajuda no controle de outros fatores de risco, como o peso corporal, a resistência á insulina e a dislipidemia, reduzindo o risco cardiovascular geral que e exercícios físicos auxiliam na prevenção primária da hipertensão arterial.

Outro fator de risco muito importante que aumenta a prevalência da hipertensão arterial é o habito de fumar. Numerosos estudos têm demonstrado esta afirmação.

[...] O fumo é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovasculares. Evitar esse hábito, que em 90% dos casos ocorre na adolescência, é um dos maiores desafios em razão da dependência química causada pela nicotina. No entanto, programas agressivos de controle ao tabagismo resultam em redução do consumo individual e se associam à diminuição de mortes cardiovasculares em curto prazo. O cuidado individual do tabagista é prioritário para toda a equipe de saúde. O apoio psicoemocional incondicional ao tabagista e a prescrição de medicamentos têm-se mostrado muito eficazes. Recomenda-se a execução simultânea de atividades físicas e a educação alimentar para evitar o ganho excessivo de peso que pode ocorrer (SBC, 2006 *apud* ROSÁRIO *et al.*, 2008, p.7)

Recentemente a SBC (2010) demonstrou que outro fator de risco da hipertensão artéria é o estresse, pois em estudo observaram que há evidências de uma relação positiva entre estresse emocional e aumento da pressão arterial e da reatividade cardiovascular, sendo a reatividade aumentada ao estresse um fator prognóstico do desenvolvimento da hipertensão arterial. O estresse crônico também pode contribuir para o desenvolvimento de hipertensão arterial; o controle do estresse emocional é necessário na prevenção primária da hipertensão arterial, na redução da reatividade cardiovascular e redução da pressão arterial, sendo recomendado não só para

hipertensos, mas também para aqueles com fatores de risco para hipertensão arterial.

De acordo ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por grande número de mortes por acidente vascular cerebral, por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes da metade dos casos de insuficiência renal terminal. A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo seja realizado.

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.9):

[...] A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 80% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). 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.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Principais Problemas Identificados:

- 1- Aumento de prevalência de Hipertensão Arterial
- 2- Alto índice de enfermidades parasitárias
- 3- Alcoolismo
- 4- Alta adição a medicamentos.
- 5- Sexualidade precoce
- 6- Alto índice de desempregados.
- 7- Alta taxa de analfabetismo

Problema Prioritário: Aumento de prevalência de Hipertensão Arterial

Prioritário pela importância e urgência do problema, para evitar complicações cardiovasculares, renais, e neurológicas que invalidem os pacientes. A equipe tem a capacidade para enfrentar este problema modificando estilos de vida com apoio de todos, população, comunidade e governo.

Descrição do problema: Dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica e registros da UBS.

- Indicadores de frequência: 674 hipertensos, 89 diabéticos, 251 tabagistas, 125 obesos, 345 pacientes com alcoolismo.
- Indicadores sobre eficácia das ações: 5 internações por hipertensão, 2 morte de 15-59 anos por hipertensão, 5 mortes maior de 60 anos por complicações devido á hipertensão.

Explicação do problema:

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

O Modelo Econômico e Social leva a um ambiente cultural e socioeconômico específico de acordo a cada região. Em nossa população existe desemprego e baixos salários, péssimos hábitos e estilos de vida como sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de sal, alcoolismo e baixo nível de informação sobre os riscos que provocam a hipertensão. Em conjunto esses fatores provocam muito estresse aumentando o número de hipertensos e levam a consequências desfavoráveis como infartos, doenças renais, doenças neurológicas provocando internações com frequência e aumentando a morbimortalidade da população, invalidez temporal ou total, e aumento de desempregos por doenças crônicas.

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

Identificação e seleção dos nos críticos do problema escolhido:

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

Baixo nível de informação: Deve-se informar a população e capacitar as pessoas sobre doenças crônicas mais frequentes e como fazer para modificar estilos de vida, a través de promoção a saúde.

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

Nos quadros 1 a 3 estão apresentados os projetos para os nós críticos identificados no diagnóstico situacional. Nestes, também estão presentes os resultados, produtos, prazos, atores responsáveis, dentre outras informações necessárias para a realização da operação proposta.

Quadro 1 – Operações para o nó crítico: Hábitos e estilo de vida.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida não adequados em hipertensão arterial
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida
Projeto	Hábitos e estilo de vida
Resultados esperados	Diminuir número de pacientes obesos, sedentários, tabagistas e alcoólicos e maus hábitos dietéticos na população.
Produtos esperados	Aumentar o número de consultas programadas e visitas domiciliares Implantar o programa de caminhadas e estabelecer campanha educativa na rádio local.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde, secretário de saúde e setor de comunicação social
Recursos necessários	Estrutural: organizar agenda de trabalho e programa de caminhadas Cognitivo: brindar informação de hipertensão arterial Financeiro: conseguir panfletos educativos Político: conseguir espaço na radio local
Recursos críticos	Político: conseguir espaço na radio local Estrutural: estimular á população para participar em atividades de promoção de saúde e e caminhadas Financeiro: adquirir panfletos educativos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: setor de comunicação social, equipe de saúde e secretário de saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis:	Equipe de saúde
Cronograma / Prazo	Seis meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão e acompanhamento pela equipe de saúde Avaliação pelo conselho de saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 – Operações para o nó crítico: baixo nível de informação sob hipertensão arterial.

Nó crítico 2	Nível de informação baixo sobre hipertensão arterial
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da hipertensão arterial.
Projeto	Informação sobre hipertensão arterial
Resultados esperados	População mais informada sobre hipertensão arterial e suas complicações
Produtos esperados	Campanha educativa na rádio local e palestras educativas sobre hipertensão arterial Capacitação dos agentes comunitários de saúde na prevenção e controle da hipertensão arterial. Adquirir panfletos educativos relacionados á doença.
Atores sociais	Equipe de saúde e Secretario de saúde
Recursos necessários	Estrutural: agenda de trabalho organizada Cognitivo: conhecimento sobre hipertensão arterial Financeiro: adquirir panfletos educativos Político: lograr intersectorialidade e mobilizar a população para atividades educativas.
Recursos críticos	Financeiro: adquirir panfletos educativos Político: intersectorialidade.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: equipe de saúde e secretario de saúde Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de promoção e prevenção de hipertensão arterial no conselho municipal de saúde
Responsáveis:	Equipe de saúde
Cronograma / Prazo	Três meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão e acompanhamento pela equipe de saúde e secretário de saúde e Avaliação pelo conselho municipal de saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3 – Operações para o nó crítico: processo de trabalho da equipe inadequado.

Nó crítico 3	Processo de trabalho inadequado da equipe de saúde para enfrentar o aumento da prevalência de hipertensão arterial
Operação	Organizar a estrutura do serviço para melhorar a agenda de programação das consultas de hipertensos
Projeto	Organização da agenda de trabalho.
Resultados esperados	Agenda de programação das consultas de hipertensos bem organizada e melhor atenção aos pacientes hipertensos.
Produtos esperados	Ter tempo para atividades de promoção e prevenção sobre hipertensão arterial. Acompanhar os agentes comunitários nas visitas ao domicílio e avaliação do maior número dos hipertensos
Atores sociais	Equipe de saúde
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda de atendimento de consultas e visitas domiciliares Cognitivo: conhecimento sobre a organização dos serviços de atenção primária de saúde. Financeiro: recursos necessários para organização do serviço. Político: relacionamento entre integrantes da equipe de saúde.
Recursos críticos	Financeiro: recursos necessários para organização do serviço. Político: relacionamento entre integrantes da equipe de saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: equipe de saúde e secretário de saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica	Apresentação do projeto no conselho municipal de saúde.
Responsáveis:	Coordenadora da atenção básica de saúde
Cronograma/Prazo	Três meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão e Acompanhamento pela equipe de saúde e secretário de saúde e avaliação pelo conselho municipal de saúde.

Fonte: Elaboração própria.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi muito importante a realização da análise da Situação de Saúde de Aricanduva para definir as ações a serem implantadas no enfrentamento dos problemas identificados e para avaliar a possibilidade dessas ações em melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

A hipertensão arterial é a doença crônica não transmissível mais frequente na nossa área de abrangência, e suas complicações são as causas do maior número de mortes no território. Pensamos que atuando sobre os nós críticos que provocam o problema prioritário podem-se lograr mudanças muito importantes referentes à diminuição da incidência de hipertensos assim como nas suas consequências.

Espera-se que trabalho resulte em uma diminuição da morbimortalidade da HAS e suas complicações, um acompanhamento do paciente hipertenso e diminuição do consumo de medicamentos anti-hipertensivos e internações hospitalares que ocasionariam custos socioeconômicos e em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. A.C. **Estratificação de risco de indivíduos com doença renal crônica para a organização da rede de atenção; MG. 2013.** Disponível em semsa.manaus.am.gov.br/04/estratificacaode_risco.pdf. Ultimo acesso em fevereiro 10.2015.

ARAUJO, J.C *et al.* Controle da hipertensão arterial em uma unidade de Saúde da família. **Rev.Saúde Pública**, v.41,n.3, São Paulo, Jun.2007. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext...89102007000300007. Ultimo acesso em 10 fevereiro. 2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde.** Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Ultimo aceso 10 fevereiro. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção á Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.** Brasília,2001.Disponivel em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf Ultimo aceso 10 fevereiro. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/ Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58p. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em www.saude.gov.br/bvs. Ultimo acesso 10 fevereiro. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica-Prevenção Clínica de Doença cardiovascular cerebrovascular e Doença Renal Crônica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56p. (Caderno de Atenção Básica; 14) (Série A - Normas e Manuais Técnicos). Disponível em www.saude.gov.br/bvs. Ultimo acesso 10 fevereiro. 2015

CAMPOS. F. C.C.; FARIA H. P. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.NESCOM/UFMG.:2ed.BeloHorizonte Disponível em [https://www.nescom.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/planejamento das ações de saúde](https://www.nescom.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/planejamento_das_ações_de_saúde) . Ultimo aceso 9 fevereiro.2015.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card.** 2008; 91(1): 31–35. Ultimo acesso 18 fevereiro. 2015.

CORREIA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon. UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3> . Último acesso 18 fevereiro. 2015.

DADALTI, A..M. et al .Hipertensão arterial sistêmica.Diretrizes clínicas.protocolos clínicos FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2013, p.416. Disponível em www.fhmg.mg.gov.br e intranet

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Porto Alegre, 2012. (NO PRELO).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICAS. Aricanduva, Minas Gerais. 2014.. <http://cod.ibge.gov.br/4VQ>.Último acesso 11 fevereiro. 2015.

JARDIM, P. C.. *et al.* Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arg. Bras. Cardiol.** v 88.n 4 , São Paulo, jul.2007.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção á saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção Clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, n.14, p.1-56, 2006

PAZ, A. M. *et al.***Orientações para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UNB, Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, 2013. Disponível em: [HTTP://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/DocOrientadorPIL.pdf](http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/DocOrientadorPIL.pdf)

PEREIRA, M. *et al.* Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension 2009**; 27(5): 963–975.Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>

ROSARIO, T. M, *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. . 2009; 93(6): 672–678. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a03.pdf>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Linha Guia da Hipertensão Arterial, Belo Horizonte, Minas Gerais. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p. Disponível em www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guias/LinhaGuia.pdf

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**: Belo Horizonte, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a03.pdf>

SOUZA, M. S. L. **Orientações para apresentação e redação de projetos de pesquisa e trabalhos acadêmicos**. 4ed Belo Horizontes: Coopmed, 2012.