

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

HERIBERTO RAMON SUAREZ VERDECIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE FATORES DE
RISCO DE HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA NA ESF
PARAÍSO**

Campos Gerais/Minas Gerais

Ano da aprovação: 2016

HERIBERTO RAMON SUAREZ VERDECIA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE FATORES DE
RISCO DE HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA NA ESF
PARAÍSO**

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

Orientador: Prof.^a Dr.^a Nazaré Pellizzetti Szymaniak

Campos Gerais/Minas Gerais

Ano da aprovação: 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho para todas as famílias brasileiras, especialmente as que pertencem à área de abrangência da ESF Paraíso I, em Paraisópolis, em que trabalho atualmente, por permitirem que ofereçamos um serviço de saúde com qualidade e integralidade, demonstrando amor e respeito para realizar o meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para que eu pudesse concretizar essa especialização, em especial a minha equipe de saúde da ESF Paraíso, que sempre colaborou com as ações desenvolvidas na intervenção. A todos os usuários pertencentes a ESF Paraíso, por sua participação e colaboração com as ações desenvolvidas pela equipe de saúde na unidade. À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Nazaré Pellizzetti Szymaniak, pelo acompanhamento, atenção, paciência e dedicação ao longo dessa especialização. Aos gestores do município Paraisópolis, pelo apoio recebido. A todos os colegas, orientadores e coordenadores do curso, pelas experiências, ideias e ajuda compartilhada. Enfim, a todos os que colaboraram de alguma forma com a intervenção.

Obrigado.

O conhecimento dirige a prática; no entanto, a prática aumenta o conhecimento.

- Thomas Fuller -

RESUMO

Em análise realizada pela equipe de saúde do número de pacientes cadastrados na área de saúde Paraíso I no Paraisópolis chamou atenção a baixa prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 15.14%. Em comparação com estudos realizados no Brasil que mostram que de 22 a 43% da população adoece de HAS percebe-se *quanto* isso poderia dificultar o adequado acompanhamento e prevenção das complicações da doença. **OBJETIVO:** Elaborar um Projeto de Intervenção (PI) sobre HAS para diminuir a incidência na população da área abrangência do Paraíso do Programa de Saúde da Família de Paraisópolis/MG. **MÉTODO:** Trata-se de um Projeto de intervenção desenvolvido no ESF (Estratégia da Saúde da Família) Paraíso do município de Paraisópolis MG. O mesmo teve como questão norteadora: “Os pacientes conhecem a Hipertensão Arterial e os fatores de risco da mesma”. O período do estudo foi de agosto de 2014 à março de 2015 pelos profissionais que atuam na ESF. Para o desenvolvimento do PI foi feito um plano de ação que incluiu visita domiciliar, entrevistas individuais e campanhas de controle da pressão arterial (PA), palestras e atividades esportivas numa população de 3593 indivíduos. **RESULTADOS:** O projeto possibilitou conhecer a prevalência de hipertensos da área, ampliou o conhecimento dos pacientes inerente ao processo de se adoecer e conviver com HAS e que os erros no preenchimento de dados na ficha A (Ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético) e de Hipertensão, o que provoca prejuízos ao controle desta doença. **CONCLUSÕES:** O PI teve resultados satisfatórios permitindo a elaboração do diagnóstico situacional, a identificação do problema principal e a construção do plano de ação etapas fundamentais no processo de planejamento.

Palavras chaves: . Hipertensão arterial sistêmica. Fatores de risco.

ABSTRACT

In analysis by the team of health in the number of patients registered at health I Paradise area in the municipality Paraisópolis called attention to low prevalence of systemic arterial hypertension (SAH) with 15:14%. In comparison with studies carried out in Brazil which show that 22-43% of the population falls ill SAH is perceived as this could hinder proper monitoring and prevention of complications of the disease.

OBJECTIVE: To develop an Intervention Project (PI) on SAH to decrease the incidence in the population of the area coverage of the Health Program Paradise Paraisópolis Family / MG. **METHODS:** This is an intervention project developed in FHS (Family Health Strategy) Paradise in the city of Paraisópolis MG. The same had as guiding question: "Patients know Hypertension and risk factors of the same." The study period was from August 2014 to March 2015 by professionals working in the FHS. For the development of the IP was made a plan of action that included home visits, individual interviews and blood pressure control campaigns (PA), lectures and sports activities in a population of 3593 individuals. **RESULTS:** The project made it possible to determine the prevalence of hypertension in the area expanded the knowledge of patients inherent in the process of falling ill and living with hypertension and that errors in the data fill in the form (accompanying sheet of hypertensive and / or diabetic) and Hyper day, which causes damage to the control of this disease. **CONCLUSIONS:** The PI had satisfactory results enabling the development of situational diagnosis, identification of the main problem and the construction of key action step plan in the planning process.

Keywords: Prevention. systemic arterial hypertension. Risk factors.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HUERB	Hospital de Urgência e Emergência
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
SAE	Hospital Doenças Infectocontagiosas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
RCR	Referência e Contrarreferência
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SAH	Systemic Arterial Hypertension
PI	Intervention Project
FHS	Family Health Strategy

Lista de Quadros e Figuras

Quadro 1	Priorizaçãodos problemas	21
Quadro 2	Descritores do problema hipertensão ESF Paraíso 2014	25
Quadro 3	Desenho de operações para os “nós críticos ” do problema.Elevada incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica”.	28
Quadro 4	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema “Alta incidência de Hipertensão Arterial”.	29
Quadro 5	Classificação da pressãoarterialsistêmica	30
Quadro 6	Categorias de hipertensão arterial sistêmica	38
Quadro 7	Plano operativo do projeto de intervenção	44
Quadro 8	OperaçãoLinha de Cuidado	48
Quadro 9	OperaçãoMelhor Vida	49
Quadro 10	Operação Saber +	49

Sumário

RESUMO	6
ABSTRACT	7
Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos	8
Lista de Quadros e Figuras	9
Sumário	10
1 Introdução	11
1.1 Histórico e aspectos geopolíticos do município	11
1.2 Condições de Saúde	13
1.3 Unidade Básica de Saúde.....	14
1.4 Recursos Humanos.....	14
1.5 Justificativa da intervenção	14
2 Objetivos	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 Método	16
3.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas	18
3.2 Definição dos problemas.....	18
3.3 Segundo Passo: Priorização dos Problemas.....	19
3.4 Terceiro Passo: Descrição do problema	19
3.5 Quarto Passo: Explicação do problema	21
3.6 Quinto passo: Identificação dos nós críticos	22
3.7 Desenho de operações para os nós críticos do problema “Elevada incidência de hipertensão arterial”	22
3.8 Identificação dos recursos críticos	23
3.9 Análise da viabilidade do plano de intervenção	23
4. Referencial Teórico	24
4.1 A hipertensão arterial sistêmica e seus fatores de risco.....	24
4.2 Diagnóstico, avaliação e medidas da Hipertensão Arterial	26
4.3 Fatores predisponentes da hipertensão.....	32
4.4 Objetivos e metas referentes ao tratamento da hipertensão arterial	38
5 Plano Operativo do Projeto de Intervenção	42
O autor (2016)	44
6 Considerações Finais	45
7 Referências	47
8 - ANEXOS	51
ANEXO 2 - Folheto Educativo	51

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE FATORES DE RISCO DE HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA NA ESF PARAÍSO

1 Introdução

1.1 Histórico e aspectos geopolíticos do município

Paraisópolis é um município do Estado de Minas Gerais que tem sua história relacionada à procura do ouro. Localizado na Serra da Mantiqueira, na microrregião de Itajubá, faz limite com os municípios de Conceição dos Ouros ao norte, Brasópolis ao leste, São Bento do Sapucaí (SP) no sudeste, Gonçalves a sul, Camanducaia no sudoeste, Córrego do Bom Jesus no oeste e Consolação no noroeste. A cidade possui área de 332,31 km², população de 20410 habitantes, dos quais 16861 (75 %) residem na área urbana e 3702 (25%) habitam na zona rural (IBGE, 2008).

O primeiro núcleo de povoação se originou da bandeira de Gaspar Vaz da Cunha que, partindo de Taubaté, subiu a Serra da Mantiqueira até atingir a cabeceira do Rio Sapucaí Mirim, em Minas Gerais, à procura de veios do precioso mineral. Vários outros seguiram, posteriormente, os passos de Gaspar. Não tendo encontrado indícios de ouro na região, muitos mineradores passaram a se dedicar à lavoura e à pecuária, criando o povoado do Campo do Lima, que passou a ser também o marco divisório entre as províncias de São Paulo e Minas Gerais após a expulsão dos paulistas (Plano Municipal de Saúde Paraisópolis, 2014).

Um dos novos colonos foi o Guarda-Mor Francisco Vieira Carneiro que, em 1839, firmou suas sesmarias no local. Essas eram vastas glebas de terras férteis que, somadas às águas piscosas do Rio Sapucaí Mirim, atraíram colonos. Esses colonos, com o tempo, passaram a exigir a criação de uma capela para a realização de serviços religiosos e que seria devotada a São José. O povoado foi crescendo e recebendo vários nomes no decorrer dos anos. A emancipação política do município se deu no dia 25 de janeiro de 1873 pela Lei 1882 de 15/07/1872, que elevou definitivamente o povoado à categoria de vila. Em 1874, a Vila de São José do Paraíso tornou-se uma cidade (Plano Municipal de Saúde Paraisópolis, 2014).

O Município de Paraisópolis teve os seguintes nomes: Campo do Lima (1826), São José da Ventania (1827), São José das Formigas (1831), Vila Paraíso (1850), São José do Paraíso (1872), e, finalmente, recebeu o atual topônimo de Paraisópolis, em decorrência da Lei Estadual nº 621, de 15 de novembro de 1914. Sua posição geográfica corresponde à latitude - 22,55254 S e longitude - 45,77480 W; altitude máxima de 1931 metros na Serra da Imbira Branca e Mínima de 930 metros na Foz do Ribeirão das Caveiras, estando a Sede do Município a 968 m.

A temperatura média anual é de 21°C; a média máxima anual, de 27°C, com Média Mínima Anual de 13°C. Seu Índice médio pluviométrico anual atinge 1200mm Apresenta topografia plana (10%); Ondulada (30%) e Montanhosa (60%). Seu Clima é Tropical de Altitude com Temperatura Amena e suas Bacias hidrográficas incluem como principais rios o Ribeirão das Caveiras; Rio Sapucaí Mirim; Rio Capivari; e a Bacia do Rio Grande (Plano Municipal de Saúde Paraisópolis, 2014).

A População estimada de 20410 habitantes está distribuída na área de 332,31 km², perfazendo densidade demográfica de 61,9 hab./km² (IBGE, 2014). As moradias do município são heterogêneas, pois parte da população mora em casas confortáveis, com aparelhos eletrodomésticos mas algumas não contam com os mesmos recursos e conforto, e desfrutam de poucos equipamentos eletrodomésticos em casa. Existe transporte da prefeitura para as escolas. As pessoas gostam de música, esporte como futebol e morrem principalmente de doenças crônicas. A área de atuação da ESF Paraíso, oferece pouca infraestrutura para a comunidade. Entre esses estão mini postos de apoio em cada bairro de atendimento, 1 farmácia popular, 6 igrejas e 1 escola municipal. Há fornecimento de luz elétrica, água, telefonia, correios e bancos (Plano Municipal de Saúde Paraisópolis, 2014).

1.2 Condições de Saúde

De acordo com indicadores apresentados pelo Ministério da Saúde (2003) estima-se, para o município de Paraisópolis, que entre a população total de 19753, são usuários do SUS cerca de 17780 habitantes. Dessa população, 5649 é usuária exclusiva do SUS. Outros 12148 habitantes usam o SUS e algum outro sistema de atenção, sendo que 1718 não utilizam o SUS (Plano Municipal de Saúde Paraisópolis, 2014).

Na gestão municipal do Sistema de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde é deliberativo e consultivo, operando através de reuniões mensais. Composto por 70% de representantes dos usuários, 10% de trabalhadores da Saúde e 20% de membros do governo e prestadores de serviços (Plano Municipal de Saúde Paraisópolis, 2014).

A rede de saúde da Atenção Básica do município conta com ESF, sendo 1 na zona rural e 4 na zona urbana, além de 5 Equipes de Agentes Comunitários da Saúde (EACS). Entre os de saúde instalados, encontram-se 1 Policlínica, 1 Centro Materno Infantil, 1 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), 1 Centro de saúde (pronto atendimento), 20 Consultórios Odontológicos, 5 Consultórios Odontológicos na ESF, 1 Farmácia Popular, 1 Hospital, 1 CRAS (Centro de Referência Assistencial) e o asilo para idosos Vila Vicentina.

Visando ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiado na inserção da ESF na rede de serviços, ocorreu o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. O município aderiu aos Agentes Comunitários de Saúde como passo inicial para organização do território, cadastro das famílias, adoção de práticas de promoção e prevenção à saúde, de forma que a implantação da ESF fosse facilitada.

Não existe um serviço específico para Referência e Contrarreferência (RCR) no Sistema Municipal e as demandas de especialidades são encaminhadas para os municípios próximos, de acordo com as necessidades e são divididos entre os municípios de Itajubá, Pouso Alegre e Poços de Caldas. Porém, não há contra referência desses municípios para Paraisópolis. A demanda de média e alta complexidade do município também se dirige para os municípios de Itajubá, Pouso Alegre e Poços de Caldas. Há um hospital para internações provido de ala para maternidade, porém não existe ala específica para pediatria ou UTI neste hospital.

1.3 Unidade Básica de Saúde

A área de abrangência do ESF Paraíso possui 893 famílias, e 3593 habitantes, com alfabetização de 95.25%. A UBS que sedia o programa situa-se no Bairro Centro de Paraisópolis. O horário de funcionamento inclui o período da manhã, das 08:00 às 12:00 horas e o período vespertino, das 13:00 às 17:00 horas. A equipe foi criada no ano 2005 e atua de segunda a sexta feira.

1.4 Recursos Humanos

A ESF é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 9 agentes comunitários de saúde, 1 equipe de saúde bucal (dentista e técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário três dentre as cinco equipes existentes). Vale reiterar a experiência positiva dos NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), que traz a inserção dos seguintes profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, ginecologista e pediatra, nutricionista, farmacêutico, educador físico, em pontos estratégicos de referência sendo que cada núcleo será referência para cada Equipes da ESF (Estratégia da Saúde da Família), facilitando o acesso de pacientes que necessitam de uma atenção desse profissional para reabilitação de seu estado de saúde.

1.5 Justificativa da intervenção

A HAS precisa atenção no município Paraisópolis e nesta ESF em particular há registro de 544 pacientes. Muitas vezes, os pacientes permanecem sem tratamento por não conhecerem a doença e suas complicações e procuram atendimento quando apresentam sintomas. Avaliando as complicações que derivam da HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), sua alta taxa de mortalidade, sua elevada taxa de invalidez e a presença fatores de risco modificáveis que influem seu desenvolvimento tornaram o tema como justificável para desenvolver este Projeto de Intervenção.

Os dados epidemiológicos brasileiros relativos ao risco cardiovascular, apesar de se mostrarem consistentes pela existência de estudos bem delineados e representativos, estão restritos a algumas regiões, o que deixa dúvidas se as informações existentes

representam o país. Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez maior aos riscos cardiovasculares. A mudança na quantidade de alimento ingerido e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física (JARDIM et al., 2006).

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento de fatores de risco e o tratamento de desvios da normalidade quando estabelecidos (HSA, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modificam a história evolutiva desses agravos tornando estratégico o conhecimento de sua prevalência. Por este motivo torna-se necessário que a ESF direcione sua ação para o auxílio ao indivíduo e a fazer mudanças em seus hábitos de vida, através da conscientização da população sobre a promoção à saúde. O objetivo da prevenção e tratamento da hipertensão é reduzir a morbimortalidade cardiovascular por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução/controle da doença.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Propor intervenção educativa sobre fatores de risco de hipertensão arterial sistêmica no ESF Paraíso, Paraisópolis-MG.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar os fatores de risco da hipertensão arterial na população em estudo.

Projetar o programa de intervenção educacional com base sobre os fatores de risco de hipertensão arterial.

Avaliar o nível de conhecimento adquirido após a implementação da intervenção.

Aumentar o conhecimento da população estudada sobre os principais fatores de risco que interferem na incidência da HAS.

3 Método

Esta proposta de intervenção utiliza o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) seguindo passos de um Plano de Ação a partir da análise de determinados critérios. Na equipe de Saúde de ESF Paraíso a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi selecionada como prioridade 1. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi a descrição dos problemas selecionados. Para descrição do problema priorizado, a Equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos

problemas relacionados aos mesmos, além disso, da ação da equipe frente a esses problemas (cobertura, controle de pacientes hipertensos, entre outros) e também indicadores que evidenciam a ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos).

Cabe aqui ressaltar as deficiências do sistema de informação e necessidade de que a equipe produza informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento. Para lograr a melhor explicação a equipe de saúde considerou importante entender a gênese com a identificação de suas causas. A partir da explicação, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas. Foi necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento das causas consideradas importantes iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito, elaborando um desenho de operacionalização.

A partir identificação dos recursos críticos a serem estabelecidas para execução das operações constitui atividade fundamental para analisar a viabilidade do plano. Foram considerados recursos críticos aqueles indispensáveis à execução de uma operação e que não estão disponíveis. Por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias que se possa viabilizá-los. A equipe de saúde identificou os recursos críticos de cada operação. Para analisar a viabilidade de um plano, foram identificadas três variáveis fundamentais: atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; recursos cada um desses atores controla e; motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

A equipe identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo ações estratégicas. Finalmente, para a elaboração do plano operativo a equipe de saúde, em reunião com as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Utilizaram-se como descritores: hipertensão arterial e equipe do ESF. Foram notificados como hipertensos ambos sexos assistidos nas consultas médicas com o objetivo de prevenir os fatores de risco relacionados à HAS em conjunto com a ESF, agentes comunitários de saúde, e líderes comunitários. Uma vez identificados os pacientes, após a coleta de dados, iram ser encaminhados para a realização de palestras, clubes debates, e outros para aumentar seu conhecimento sobre os fatores de risco da hipertensão arterial. Foram considerados como critério de inclusão todos os pacientes com diagnóstico de HAS, que residem na zona rural e concordaram em participar no estudo. Os resultados para sua ilustração desenvolvidos em tabelas e gráficos foram usados os prontuários dos pacientes, as planilhas de pesquisas, e suas fichas para a coleta de dados. A seguir, apresentam-se os passos do Plano de Ação.

3.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Para a elaboração do plano de ação foram considerados os seguintes passos: definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão do plano.

3.2 Definição dos problemas

Ao fazer a análise situacional do território da equipe de saúde, foi determinado um grupo de problemas que afetam a população e que interferem em seu estado de saúde, do ponto de vista objetivo ou subjetivo. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional, a equipe destacou: alta prevalência de hipertensão arterial, elevado número de pacientes com doenças crônicas de foro psiquiátrico por não adesão terapêutica, aumento da incidência do câncer; gravidez precoce, alcoolismo e tabagismo.

3.3 Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Foram selecionados, pela equipe da ESF Paraíso considerando os seguintes critérios: importância, urgência e principalmente capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde.

Quadro 1 - Priorização dos problemas.

Problema	Importancia	Urgencia 0 a 5 pontos	Capacidade de enfrentamento	Prioridade
Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	5	Parcial	1
Elevado número de pacientes com doenças crônicas de foro psiquiátrico por não adesão terapêutica	Alta	5	Parcial	1
Aumento da incidência do câncer	Alta	4	Parcial	5
Gravidez precoce	Alta	3	Parcial	4
Alcoolismo	Alta	3	Parcial	3
Alta incidência de tabagismo	Alta	3	Parcial	3

Fonte: O autor (2016).

3.4 Terceiro Passo: Descrição do problema

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada como um problema de saúde pública tanto por apresentar alta prevalência e incidência, como também por ser um fator de risco para diversas outras patologias, principalmente para as enfermidades cardiovasculares, que são as principais causas de mortalidade em todo o mundo, inclusive em grupos populacionais de condições socioeconômicas desfavoráveis (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão). Em 2000, aproximadamente 26% da população adulta em todo o mundo já apresentava HAS e esta proporção deverá aumentar para 29% até o ano de 2025, se não forem tomadas medidas de intervenção. O aumento na prevalência é esperado principalmente em os países em desenvolvimento.

A HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 a 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente.

Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Um dos objetivos na Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) é modificar o quadro atual da prevalência das enfermidades crônicas, por meio de mudança do estilo de vida, que pode influenciar vários fatores de risco.

As doenças cardiovasculares se destacam, atualmente, como principais causas de morte, atingindo cerca de um terço do total da mortalidade adulta brasileira. No Rio Grande do Sul, em 2002, 21.802 indivíduos morreram por doenças do aparelho circulatório, representando, também, um terço da mortalidade total (BRASIL, 2006). As complicações da hipertensão arterial, em muitos casos, levam o paciente a requerer cuidados médicos de alto custo, exigindo uso constante de medicamentos, exames complementares periódicos e procedimentos como diálise e transplante.

No Brasil, as doenças cardiocirculatórias são uma das principais causas de internações hospitalares e reconhecidamente envolvem custos elevados. Em Pelotas, Rio Grande do Sul, em 1992, um estudo de base populacional na população adulta estimou uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica em torno de 20%, Soares São Paulo; (2007) O estudo revelou como mais atingidos os indivíduos acima de 40 anos, de cor negra, com história familiar de hipertensão, não havendo diferença significativa entre os sexos. A identificação de grupos em maior risco de serem acometidos pela HAS constitui importante contribuição na prevenção das morbidades e na efetividade do tratamento. Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste (MALTA; MOURA, 2009).

Esses estudos de prevalência são importantes fontes de conhecimento da frequência de agravos na população e servem, também, para a verificação de mudanças ocorridas após as intervenções. Nos últimos anos, observa-se o aumento do número de estudos transversais para estimar a prevalência da hipertensão arterial. Observa-se, entretanto, grande variabilidade na informação obtida, em função de vários fatores, entre os quais: desenhos de amostra diversos; distintos grupos populacionais (sexo, idade, renda, escolaridade, entre outros); abrangência geográfica do estudo (nacional, regional, urbano, rural); critérios de diagnóstico e rigor na mensuração da pressão arterial (PA); fonte e tipo de dados coletados e; análise dos dados.

Essa variabilidade da informação, geralmente, inviabiliza a comparação dos estudos e sua utilização como ferramenta de decisão para a Saúde Pública. Na estratégia da saúde da família de nossa área de abrangência, mediante os controles e os atendimentos feitos pelos integrantes da equipe aos pacientes com hipertensão arterial, observa-se que muitos deles mantêm as cifras de tensão arterial elevadas, sendo mais frequentes no sexo masculino.

Muitos fatores de risco caracterizam a população atendida, sendo verificado o baixo nível cultural e estilo de vida pouco saudável. Os pacientes não têm conhecimento sobre a importância de execução de exercícios físicos periódicos, o que se constitui outro fator de risco na aparição da doença o sedentarismo, e há baixa adesão ao tratamento farmacológico. Nosso objetivo é propor um plano de ação para diminuir incidência e prevalência da doença na população hipertensa para manter bom controle e evitar surgimento das complicações.

3.5 Quarto Passo: Explicação do problema

A HAS constitui um fator de risco para aparição das enfermidades cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável do maior por cento das mortes na população. É importante no processo terapêutico e na prevenção da doença a modificação do estilo de vida tratando de ter uma alimentação adequada, execução de exercícios físicos periódicos, controle de peso, evitar ou diminuir o consumo de álcool e tabagismo que são fatores de risco que devem ser muito bem controlados.

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, sangramento nasal, visão embaçada e outras complicações como arritmia cardíaca, doença renal crônica e doenças cerebrovasculares.

Há sub-registro de pacientes 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 tem conhecimentos sobre os fatores do risco.

Quadro 2. Descritores do problema hipertensão no ESF Paraíso, Paraisópolis, 2014.

Descritores	Valores	Fontes
Habitantes	3593	Registro da equipe
Hipertensos cadastrados	544	SIAB
Hipertensos acompanhados	483	SIAB
Hipertensos controlados	194	Registro da equipe
Hipertensos descompensados/ou não acompanhados	61	Registro da equipe

Fonte: O autor (2016).

3.6 Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Os nós críticos identificados estavam relacionados ao nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença); hábitos e estilo de vida da população pouco saudáveis e; processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo). Desse modo, os nós críticos identificados estão descritos a seguir: alta incidência de hipertensão arterial sistêmica; elevado número de pacientes com doenças crônicas de foro psiquiátrico por não adesão à terapêutica; aumento da incidência do câncer; gravidez precoce; alcoolismo e tabagismo.

3.7 Desenho de operações para os nós críticos do problema “Elevada incidência de hipertensão arterial”

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

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Controle do peso	+Saúde Modificar estilos de vida.	Manter um adequado peso corporal. Melhorar a qualidade de vida dos pacientes.	Programas e projetos de saúde.	Pessoal capacitado. Local de reunião. Meios de ensino.
Ingestão excessiva de álcool	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da ingestão excessiva de álcool.	Diminuir em 80% total de pacientes com excessiva ingestão de álcool.	Terapia de grupos. Avaliação do nível de informação.	Pessoal capacitado. Local de reunião. Meios de ensino.
Ingestão excessiva de sal	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos para a saúde da ingestão excessiva de sal.	Diminuição do consumo de sal na alimentação. População mais informada sobre os riscos para a saúde.	Programa de campanha na rádio local.	Espaço na rádio local. Palestras
Hábito de fumar	Saber + Aumentar os conhecimentos sobre os benefícios de parar de fumar.	Diminuir em 90 % em o total e pacientes tabagistas.	Consultas especializadas.	Pessoal capacitado. EBS
Ausência de exercício físico regular	Linha de cuidado Motivar e aumentar a participação na prática de exercícios físicos.	Evitar o sedentarismo.	Programas saudáveis	Palestras educativas. Espaço na rádio.

Fonte: O autor (2016).

3.8 Identificação dos recursos críticos

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias que possam viabilizá-los.

Quadro 4-Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema “Alta incidência de Hipertensão Arterial”.

+Saúde	Político: articulação Inter setorial e aprovação de projetos.
Saber +	Político: para conseguir espaço na radio e local de reunião. Financeiros- para aquisição de recursos audiovisuais.
Linha de cuidado	Político: mobilização social em torno a ampliar conhecimentos de saúde. Organizacional- mobilização em torno da prática de exercícios físicos e caminhadas.

Fonte: O autor (2016).

3.9 Análise da viabilidade do plano de intervenção

Quadro 5- Propostas de ações para a motivação.

Operação/ projeto	Recursos críticos.	Ator que controla.	Motivação	Ação Estratégica
+Saúde Modificar estilos de vida.	Político- articulação intersetorial e aprovação de projetos	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	Não necessária é

Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da ingestão excessiva de álcool.	Político- para conseguir espaço na radio e local de reunião. Financeiros- para aquisição de recursos audiovisuais.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	Apoio dos profissionais
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos para a saúde da ingestão excessiva de sal.	Político- para conseguir espaço na radio e local de reunião. Financeiros- para aquisição de recursos audiovisuais.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	Apoio dos profissionais.
Saber + Aumentar os conhecimentos sobre os benefícios de parar de fumar.	Político- para conseguir espaço na radio e local de reunião. Financeiros- para aquisição de recursos audiovisuais.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	Apoio dos profissionais.
Linha de cuidado Motivar e aumentar a participação da pratica de exercícios físicos	Político- Mobilização social em torno a ampliar conhecimentos de saúde. Organizacional- mobilização em torno á pratica de exercícios físicos e caminhadas.	Secretaria municipal de saúde. Setor de comunicação Social	Favorável	Apoio dos profissionais.

Fonte: O autor (2016).

4. Referencial Teórico

4.1 A hipertensão arterial sistêmica e seus fatores de risco

É sabido que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de 2 (dois) milhões de mortes a cada ano, em todo o mundo. Dados do Ministério da Saúde (2001) apontam que, na década de 80, mais precisamente no ano de 1988, quase 60% das mortes em todo o mundo foram provocadas por essas doenças. Outro dado lastimável indica que, em 2020, esse quadro pode-se agravar, chegando a 73% das mortes provocadas pelas doenças crônicas não-transmissíveis.

Trata-se de uma epidemia moderna, em nível nacional e internacional. Ela tem se expandido mais, segundo levantamento do Ministério da Saúde, em populações pobres e desfavorecidas dos países em desenvolvimento. Esse fato pode ser comprovado já no ano de 1998, quando 77% das mortes atribuídas às doenças crônicas não-transmissíveis ocorreram nos países em desenvolvimento.

Nesse contexto, a hipertensão arterial aparece como uma das mais graves enfermidades entre as doenças crônicas não-transmissíveis, sendo responsável

direta ou indiretamente por um elevado número de óbitos no mundo moderno. O estudo de Melo Neto (2006) apresenta a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares conforme apontamos estudos de (Duncanetal,1993 apud Melo Neto2006) e que pode ocorrer associada a outros fatores de risco que são independentemente associados a doenças cardiovasculares como os fatores sócio demográficos, comportamentais clínicos.

De acordo como documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus”, de 2002, elaborado pelo Ministério da Saúde, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares (principal causa de risco de mortalidade na população brasileira), contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional.

Este mesmo documento traz dados estatísticos que comprovam que a hipertensão afeta cerca de 11a20% da população adulta com mais de 20 anos. Outro dado importante indica que aproximadamente 85% dos pacientes que sofreram de acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentaram hipertensão associada.

O documento do Ministério da Saúde“ Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus ”, de 2001,apresenta dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS),que comprovam que 40% das aposentadorias precoces do país são decorrentes do controle inadequado dos níveis depressão arterial, que por sua vez acarretam graves complicações tais como a aterosclerose, o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica e a insuficiência cardíaca congestiva.

Só em 2001, tais complicações resultaram em um elevado índice de mortalidade de adultos, fato es que pode ser comprovado a través do Datasus (2001), que afirma que, nesse ano,32% das mortes de adultos foram decorrentes desses agravos. O mesmo documento citado do Ministério da Saúde aponta que a hipertensão arterial é

responsável por 60% dos casos de infarto do miocárdio e por 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE).

De acordo como Caderno de Atenção Básica, dedicado à Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, de 2006, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) vê maser:

(...)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 pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronária em combinação como diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (Caderno de Atenção Básica-nº 15, p.2006).

Para (NeuteleSmith,1999; RondinellieMoura-Neto,2003) citados por Faria (2007, p. 19), a hipertensão arterial (HAS) e um importante fator de risco independente para DCV, sendo uma síndrome multifatorial, caracterizada por níveis tensionais elevados, que podem ser decorrentes de alterações metabólicas e hormonais. A regulação da pressão sanguínea é um processo complexo influenciado por diversos sistemas fisiológicos, incluindo vários aspectos do funcionamento renal, transporte celular de íons e funcionamento cardíaco. Em busca de novos conceitos a respeito da hipertensão arterial, deparamo-nos coma definição apresentada por SOUZA (1999). Para esse autor a HAS é uma doença multifatorial e que possui cursos sintomático e prolongado, sendo de detecção quase sempre tardia.

4.2 Diagnóstico, avaliação e medidas da Hipertensão Arterial

Segundo Porto (2005), trata-se de uma enfermidade que vem atingindo uma parte significativa da população adulta em todo o mundo. Tal enfermidade tem dado origem a um número elevado de óbitos, decorrentes de diversos fatores, tais como acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio; o autor afirma ainda que a confirmação diagnosticada de hipertensão arterial devesse ser refetuada com mais de uma tomada depressão, em mais de uma ocasião.

Para ele, um diagnóstico insatisfatório pode induzir à prescrição de terapêutica desnecessária ou prejudicial aos pacientes, considerando-se que qualquer número parasse definir pressão normal ou elevada é arbitrário e toda classificação é defeituosa. Segundo o mesmo, faz-se necessário o estabelecimento de determinados valores, com o intuito de uma sistematização. Afirma ainda que hoje se conhecemos valores dos níveis sistólico e diastólico como importantes fatores de risco para o aparelho cardiovascular e consideram-se para definição de hipertensão arterial os níveis de pressão diastólica e sistólica.

No que se refere investigação diagnóstica a hipertensão arterial, Porto (2005, p.491) apresenta o seguinte roteiro como sugestão para tal. O roteiro proposto é o seguinte:

1º). Obedecer sempre às normas e as recomendações quanto à posição do paciente e ao tipo de manguito, realizando sempre duas mensurações de pressão arterial com intervalo mínimo de 5 minutos entre uma e outra. Se houver diferenças significativas nesta avaliação inicial, repetir as mensurações 1 ou 2 dias depois.

2º) Sempre que possível, colocar o paciente em dieta hipossódica uso de medicamentos anti-hipertensivos durante 1 semana, para uma correta avaliação do grau de hipertensão (leve, moderada ou grave) e de forma evolutiva (benigna ou maligna).

3º) com os dados clínicos, sexo, idade, sintomas, sinais, e evolução complementados por exames laboratoriais simples-exame de urina, dosagem de eletrólitos, creatinina e glicose -procurar indícios de enfermidade renal, endócrina ou vascular que possa ser a causa de hipertensão arterial.

4º). Avaliar as condições dos órgãos-alvo (coração, rins e cérebro), caracterizando a presença ou não de complicações.

5º). Feito o diagnóstico de hipertensão arterial, o médico deve interpretá-la, compreendendo o paciente como um todo, ou seja, jamais ficar restrito às cifras tensionais considerando que elas sintetizam tudo o que o paciente possa ter.

No que se refere à avaliação clínica da hipertensão arterial, o documento “Hipertensão e Diabetes”, elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2007, afirma que essa deve ser criteriosa, com finalidade de promover a classificação, diagnosticar a etiologia, avaliar os fatores de risco cardiovascular, além de avaliar a presença ou não de doença em órgãos-alvo ou doença cardiovascular clínica. A medida da pressão arterial, segundo esse mesmo documento, deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes, de ambos os sexos, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados.

Para essa finalidade, utiliza-se o método indireto, aquele com técnica auscultatória, como esfigmomanômetro de coluna de mercúrio sendo o equipamento mais adequado. O aparelho aneroide deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada seis meses.

O documento em referência traz, ainda, outros dados extraídos do “Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”, de 2006, relacionados à técnica para aferição da pressão arterial, que serão expostos em seguida. Para o preparo do paciente recomenda-se: Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo; evitar bexiga cheia; não praticar exercícios físicos 60-90 minutos antes da aferição da pressão.

Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos; não fumar até 30 minutos antes, manter pernas descruzadas e os pés apoiados no chão, o dorso recostado na cadeira e relaxado.

Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito, posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4^o espaço intercostal) apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido, solicitar que o paciente não fale durante a medida. Para uma maior segurança no que se refere à medida da pressão arterial, é indicado que sejam realizadas pelo menos três medidas depressão com intervalo de um minuto entre elas e a mediadas duas últimas será tomada como a pressão arterial do indivíduo, não devem ser ultrapassadas quatro mmHg de diferença entre as medidas. Caso isso ocorra, torna-se necessária a realização de novas medidas, para a

realização de um diagnóstico preciso e, para que não se incorra prejuízos ao possível portador dessa enfermidade.

O documento titulado “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, de 2010, elaborado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia em associação com especialistas de outras áreas da saúde, apresenta seguinte classificação da pressão arterial.

Quadro 6 - Classificação da Pressão Arterial Sistêmica nos adultos acima de 18 anos de idade.

Pressão diastólica mmHg	Pressão sistólica mmHg	Classificação
<80	<120	Ótima
<85	<130	Normal
85-89	130-139	Limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão leve (estágio1)
100-109	160-179	Hipertensão moderada (estágio2)
≥110	≥180	Hipertensão grave (estágio3)
<90	≥140	Hipertensão sistólica isolada

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

De acordo com os dados apresentados, são considerados portadores de hipertensão arterial, aqueles indivíduos que apresentam pressão diastólica acima de 90mmHg e sistólica acima de 140mmHg (acimade18anos). Essa mesma classificação pode ser vista no Caderno de Atenção Básica-Nº15, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2006.

Segundo Porto (2005, p.488), os níveis pressóricos, em determinadas pessoas, podem sofrer variações, para mais ou para menos, em curtos períodos de tempo, acarretando cifras acima dos valores normais. Autor acredita que os impactos emocionais podem ser fatores que desencadeiam esse transtorno e, ao mesmo tempo, afirma que, em muitas ocasiões, isto pode ocorrer sem que haja qualquer fator desencadeante.

Sobre essa questão, o autor assim se posiciona:

Em alguns pacientes, bastam fazer duas mensurações da pressão arterial, com intervalo de poucos minutos entre uma e outra, para se comprovarem diferenças significativas. A esta condição denomina-se hipertensão arterial lábil. Seguramente a regulação da pressão arterial desses pacientes é diferente dos que não apresentam tais variações tensionais, mas não se pode rotulá-los de hipertensos. (PORTO,2005, p. 488) Maciel (1994), em relação às causas da hipertensão arterial, assim se expressa: É frequente médicos e pacientes rotularem a doença hipertensiva de

emocional e nervosa, evidenciando um reducionismo na atribuição das causas da hipertensão arterial. Tal fato poderia ser explicado pela inexistência de uma causa física identificável.

O Caderno de Atenção Básica, dedicado à Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, 2006, mostra que é preciso levarem consideração no diagnóstico da hipertensão arterial, os níveis tensionais e também o risco cardiovascular global, que é estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesão nos órgãos-alvo, além de morbidades associadas.

A mesma preocupação é vista também no estudo de Porto (2005), ao se tratar da cautela que se deve ter ao rotular-se uma pessoa como hipertensa. Assim, percebe-se que a conduta correta, do ponto de vista diagnóstico, conforme Porto (2005), é fazerem-se avaliações periódicas, pois, com frequência, esses pacientes podem acabar desenvolvendo hipertensão arterial.

O estudo apresentado por Porto mostra que, dentre as várias classificações desta enfermidade, tem valor prático a que toma como referências causas da hipertensão.

O autor classifica a hipertensão em primária ou essencial e secundária. A pesquisa aqui presente não temo e finalidade descrever cada uma delas, mas considerou-se necessário apresentar um breve histórico de cada um dos diversos fatores de risco, conforme mostra esse autor.

A classificação se queda da seguinte forma:

A) . Primária ou essencial. É assim chamada quando não se consegue caracterizar sua etiologia, sendo dependente de diversos fatores, tais como traço hereditário, ingestão excessiva de sal, obesidade, estresse e uso de bebidas alcoólicas.

B) Secundária. Neste tipo de hipertensão arterial, o mecanismo patogênico é bem conhecido, sendo muitas vezes consequência direta do sistema renina-angiotensina-aldosterona, responsável pela regulação do fluxo arterial pelos rins:

a. *Doenças renais*: glomerulonefrites aguda e crônica, insuficiência renal, pielonefrite, rim policístico, uropatia obstrutiva, amiloidose, hidronefrose.

b. *Doenças endócrinas*: doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário.

c. *Doenças vasculares*: coartação da aorta, estenose da artéria renal.

d. *Toxemia gravídica*.

e. *Medicamentos*: anticoncepcionais hormonais, anti-inflamatórios esteroides e não-esteroides, descongestionantes nasais, anorexígenos, antidepressivos tricíclicos, ciclosporina.

f. *Outras causas*: hipertensão intracraniana, intoxicação pelo chumbo, intoxicação por tálho, ingestão de grande quantidade de alcaçuz, neoplasia do ovário, do testículo e do cérebro. (Porto,2005, p. 489)

Ainda segundo Porto (2005), quanto à evolução, a hipertensão arterial pode ser benigna ou maligna. A primeira evolui de forma lenta, apresentando níveis pressóricos pouco elevados, sem causar lesões em nível dos rins, do coração e do leito arteriolar- já a segunda- apresenta uma evolução bastante rápida, com cifras tensionais muito elevadas e pressão diastólica acima de 140mmHg com grande frequência, ocasionando assim graves complicações dos rins, coração, cérebro e olhos. O autor ressalta ainda que o valor prognóstico dos níveis tensionais pode ser pequeno, sendo mais importante a evolução e a presença de lesão em órgãos-alvo.

Vários estudiosos vêm dizem do que, no Brasil, são poucas as pesquisas representativas de todo o país, no que se refere à hipertensão arterial. KleinC.H.(1985) eLolioC.A.(1990) afirmam que no Brasil as investigações têm restringindo-se às cidades. Já Ribeiro (1982) aponta que tais investigações têm-se preocupa do mais com trabalhadores eAchuniA. (1985) acredita que elas estão mais voltadas para um estudo representativo de um único estado.

Jardimetal (2007) revelam que estudos recentes apontam dados epidemiológicos brasileiros relativos ao risco cardiovascular ainda duvidosos. Isso porque, apesar desses dados já se mostrarem consistentes, partindo de estudos bem delineado representativos, eles estão restrito a algumas regiões, o que acaba deixando dúvidas.

Nessa mesma direção podem ser citados os estudos de Fields; Cutlere; Roccella (2004) e os de Feijão; Bezerra; Oliveira, Lima, em (2005). Tais estudos trazem no seu bojo, essa mesma preocupação e acreditam que para que esses dados epidemiológicos sejam precisos, eles não podem estar restritos a apenas algumas regiões. Faz-se necessário uma ampliação da área de abrangência desses dados.

4.3 Fatores predisponentes da hipertensão

Os estudos relativos às doenças crônicas não transmissíveis vêm apontando um crescimento epidêmico delas na maior parte dos países em desenvolvimento. São vários os determinantes desse crescimento. Dentre eles podemos citar um aumento na intensidade e na frequência da exposição aos principais fatores de risco para essas doenças.

A mudança na pirâmide demográfica, com número maior de pessoas alcançando as idades em que essas doenças se manifestam com maior frequência e o aumento da longevidade com períodos mais longos de exposição aos fatores de risco.

O documento “Hipertensão e Diabetes”, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, de 2007, traça um perfil epidemiológico e de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. De acordo com esse documento, tais doenças são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco como tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade e a dislipidemia. Esses fatores estão associados não apenas ao aumento da incidência destas doenças, mas também ao seu controle e à progressão, devendo, por isto, fazer parte da abordagem integral dos pacientes com doenças crônicas. Na etiologia da HAS são apontados como fatores de risco a herança genética, os fatores socioambientais resultantes do modo de vida, que envolvem hábitos culturais, como o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, formas de trabalho, desgaste físico e estresse psicológico condicionados à vida cotidiana, além de hábitos alimentares inadequados. (Dressler et al., 1998), citado por Faria (2007, p. 19)

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), os fatores de risco para ocorrência de HAS podem ser classificados como modificáveis ou não modificáveis. Dentre os não modificáveis estão a idade, o sexo e a história familiar. Já entre os modificáveis estão o consumo de bebida alcoólica, o tabagismo e o sedentarismo. O documento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, “Hipertensão e Diabetes”, de 2007, traz no seu bojo algumas abordagens dos fatores de risco relacionados à hipertensão

arterial. Nesse espaço são apresentados os fatores não-modificáveis e os modificáveis. Eles são assim descritos pelo seguinte documento (p. 17):

Não modificáveis

Hereditariedade: história familiar de Hipertensão Arterial.

Idade: o envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da hipertensão em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos.

Raça: Nos Estados Unidos, estudos mostram que a raça negra é mais propensa à HAS.

Modificáveis:

Sedentarismo: aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos, a atividade física regular reduz a pressão arterial.

Tabagismo: o consumo de cigarros está associado ao aumento agudo da pressão arterial e a um maior risco de doenças cardiovasculares.

Excesso de sal: o sal pode desencadear, agravar e manter a hipertensão.

Bebida alcoólica: o uso abusivo de bebidas alcoólicas pode levar à hipertensão.

Peso: a obesidade está associada ao aumento dos níveis pressóricos. Ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos para hipertensão arterial, sendo a obesidade um importante indicador de risco cardiovascular aumentado.

Estresse: excesso de trabalho, angústia, preocupações e ansiedade podem ser responsáveis pela elevação aguda da pressão arterial.

O risco que a elevação da pressão arterial (PA) representa para o sistema cardiovascular e outros órgãos é bem conhecido, conforme Fuchs et al (1994). Esse autor desenvolveu um estudo na região urbana de Porto Alegre, visando avaliar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e sua associação a fatores biológicos, socioeconômicos e de exposição ambiental. Os resultados desse estudo mostraram que a prevalência de HAS, em comparação aos dados oferecidos na década de 70, aumentou, em grande proporção nos obesos e naqueles com histórico

familiar de hipertensão. Entre outros fatores, a prevalência de HAS aumentou também entre os de menor escolaridade e entre aqueles que faziam uso do álcool abusivamente.

O estudo realizado por Pessuto (1998) corrobora o que diz o documento “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, elaborado pelo Arquivo Brasileiro de Cardiologia, em 2007, quando afirma que a pressão arterial aumenta com a idade.

A idade é considerada por esse autor e pelo referido documento como um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da HAS. Isso se deve às alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, conseqüências do processo de envelhecimento.

Um estudo de prevalência de hipertensão arterial realizado por Lolio (1993) no município de Araraquara, em São Paulo, se aproxima do realizado por Fuchs et al (1994), na região urbana de Porto Alegre. Seus resultados mostram alta prevalência da hipertensão arterial com tendência crescente com a idade, além de mostrar que houve maior percentagem de hipertensos naqueles de menor escolaridade, menor renda, etc.

Duncan (1991) e Lolio (1990) ao apontarem a renda familiar e a escolaridade como indicadores de classe social, afirmam que a hipertensão tem se mostrado mais freqüente em trabalhadores pertencentes às classes mais desfavorecidas e com menor escolaridade.

Segundo Lessa (1998), a hipertensão arterial como entidade isolada é encontrada como a mais frequente causa de morbidade do adulto em todo o mundo industrializado, na maioria das vezes em países em desenvolvimento, sobretudo nos grandes centros urbanos.

Vários estudiosos vêm apontando que baixa escolaridade tem implicação direta nas condições de saúde das populações. Segundo Berlezi (2007) isso é uma verdade, uma vez que a precária condição socioeconômica associada à baixa escolaridade interfere em todos os aspectos da saúde.

Diversas pesquisas mostraram-se preocupadas com a questão relacionando os níveis pressóricos e o índice de escolaridade. Serve como exemplo de ilustração o estudo de Freitas et al. (2001), realizado na cidade de Catanduva, São Paulo. A pesquisa revelou que 49,5% dos analfabetos sofriam de hipertensão arterial sistêmica e entre aqueles que possuíam terceiro grau completo, apenas 12,7% apresentavam tal enfermidade. Esses autores acreditam que esse fato tem ligação com o menor conhecimento das estratégias de prevenção e com a menor compreensão e valorização do tratamento prescrito, o que interfere na adesão ao tratamento e controle e cura da patologia.

São diversificados os fatores de risco que contribuem para o agravamento da hipertensão arterial. Entre os estudiosos do assunto é unânime a afirmação de que entre esses fatores estão o consumo de bebida alcoólica (Pessuto; Carvalho(1998), o tabagismo(Oliveira,2000), a obesidade e o sedentarismo.

Segundo o documento “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, elaborado pelo Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2007, o sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial, uma vez que indivíduos sedentários apresentam risco aproximadamente 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos.

O sedentarismo é um fator de risco bastante observável, independentemente do sexo. Dessa forma, torna-se clara a importância de se promoverem ações visando resolver tal problemática. Nesse sentido, podem-se incluir os benefícios das atividades físicas como melhoria de qualidade de vida. Conforme Rego (1990), as pessoas que deixam de ser sedentárias, passando por um processo de atividade física, ainda que pequeno, conseguem retardar em até 40 % o risco de morte por doenças cardiovasculares.

Isso demonstraria que uma simples mudança comportamental pode provocar uma grande melhoria na saúde e qualidade de vida.

A questão da não adesão ao tratamento é citada por Pierin et al. (2004) como fator que dificulta o tratamento da HAS no mundo inteiro, ultrapassando as barreiras culturais. Magna Bosco (2007) apresenta uma definição para o termo adesão, como sendo a palavra que representa o seguimento do tratamento proposto e que ocorre

quando as recomendações médicas ou de saúde coincidem com o comportamento do indivíduo, em termos do uso correto da medicação, respeito à dieta prescrita, mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas.

Rodondi et al (2006), apud Melo Neto (2006) afirma que, a despeito de todo conhecimento atualmente acumulado, o percentual de pacientes hipertensos que conhece sua condição, é tratado e apresenta níveis de pressão arterial controlados, ainda é muito baixo. Já Melo Neto (2006) acredita que diversas razões podem ser implicadas nas baixas taxas de controle da pressão arterial, como o indivíduo desconhecer sua condição de hipertenso, a não adesão ao tratamento pelo paciente, a não modificação no estilo de vida, a utilização inadequada dos fármacos e a terapêutica inadequada, dentre outros.

Também Dell'Acquaet et al. (1997) desenvolveu um estudo com uma amostra de 66 (sessenta e seis) sujeitos. Nessa amostra, foi possível verificar que apenas 5% dos participantes não conseguiram conceituar hipertensão arterial. Por outro lado, foi possível concluir também que grande parte dessa amostra apresentou conceitos vagos e pouco elaborados a respeito dessa enfermidade.

Segundo Pierin (1989), o fato dos pacientes conhecerem, de forma inadequada ou apenas parcialmente, os riscos da hipertensão não controlada, pode ser um fator que favorece a não adesão ao tratamento. Os pacientes participantes do estudo apontaram o derrame e o infarto como as complicações mais conhecidas a respeito da doença hipertensiva.

Caretal (1991) cita o estudo de Podell (1976) que afirma que apenas um terço dos pacientes sempre toma a medicação conforme a prescrição médica, outros raramente e outros nunca a tomam.

A não adesão ao tratamento vem sendo relatada por diversos estudiosos, há muitos anos. Caretal(1991) já diziam que uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento. Nessas mesmas linhas urge o estudo de Lessa (1998) trazendo dados estatísticos que comprovam que 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada. O tratamento para o controle

da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos devida.

Jardim et al. (1996) afirma que: modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver na própria ideia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos.

Já Caretal (1988) acredita que as crenças de acordo com as quais as pessoas vivem afetam diretamente os hipertensos na forma como enfrentam a doença e o tratamento dessa enfermidade.

Alguns autores atribuem aos componentes sociológicos e comportamentais as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde para fazer com que os pacientes prossigam com o tratamento. De acordo com Laplantine (1991), o uso de práticas populares no cuidado com a saúde significa a percepção da doença de um modo mais abrangente, promovendo a totalização homem-natureza-cultura. As medicinas populares são capazes de oferecer uma resposta integral ao paciente, levando-se em consideração não apenas os aspectos somáticos, mas psicológicos, sociais, espirituais existenciais. Para muitos médicos, a doença é acima de tudo um fenômeno físico; já para os leigos, a doença se expressa no corpo, mas o ultrapassa indiscutivelmente.

Teixeira (1996) aponta que a busca por práticas populares pode indicar uma resistência cultural e um apelo a formas terapêuticas que fazem mais sentido, em função da proximidade sociocultural, já que o conhecimento sobre ervas é difundido pela cultura popular, pelas práticas populares e pelo aconselhamento de pessoas, curandeiros e religiosos.

Rabelo & Padilha (1999) afirmam que, dentre as políticas públicas para o controle da hipertensão arterial, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento, reforçando a importância da mediação, da interação entre as pessoas para o desenvolvimento do ser humano, conforme propõe a teoria de Vygotsky.

Com relação aos hábitos de alimentação, o estudo realizado por Faria (2007) mostra que a literatura especializada tem registrado que a alimentação tem função primordial no surgimento das doenças cardiovasculares (DCV), exercendo papel fundamental para a prevenção das mesmas.

A conduta alimentar básica em pacientes com hipertensão arterial deve: controlar ou manter o peso corporal em níveis adequados; reduzir a quantidade de sal na elaboração de alimentos; utilizar restritamente alimentos industrializados; limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas; substituir doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas; optar por alimentos com reduzido teor de gordura e manutenção de uma ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência desnatados (Mion Jr. et al, 2004), citado por Faria (2007).

De acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2002, o tratamento da HA inclui estratégias, tais como educação, modificação dos hábitos de vida e uso de medicamentos. Para que o tratamento seja eficaz, é necessário que o paciente seja estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida, como a manutenção do peso adequado, a prática de atividade física, evitar o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas e gorduras saturadas. Esse plano indica que o tratamento dos portadores de HA deve ser individualizado, respeitando-se as seguintes situações:

Idade do paciente, presença de outras doenças, estado mental do paciente, dependência de álcool ou drogas; cooperação do paciente; restrições financeiras.

4.4 Objetivos e metas referentes ao tratamento da hipertensão arterial

O documento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, “Hipertensão e Diabetes”, de 2007, apresenta uma meta de redução da pressão arterial. De acordo com ele, a pressão deve ser reduzida para valores inferiores a 140/90 mm Hg. A sua principal estratégia para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular.

Esse mesmo documento reforça a importância do diálogo para a melhoria do quadro dos hipertensos, afirmando que é fundamental dialogar com os portadores dessa enfermidade e, principalmente, ouvi-los, com a finalidade de levantar o grau de conhecimento sobre suas condições de saúde e sobre os fatores que podem contribuir para a melhora ou a piora do quadro atual.

Além disso, o diálogo, ao longo do tratamento, leva à motivação necessária para a adoção de estilos saudáveis de vida e para a adesão ao tratamento medicamentoso eventualmente instituído.

O documento “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, elaborado pelo Arquivo Brasileiro de Cardiologia, de 2007, apresenta algumas metas de valores de pressão arterial a serem obtidas com o tratamento, pois quanto maiores os níveis pressóricos, maior o risco de complicações cardiovasculares e de lesões em órgãos-alvo e mais intensivo o tratamento. As metas são as seguintes:

Quadro 7 - Categorias de Hipertensão Arterial Sistêmica em mmHg.

Categorias	Meta*
Hipertensos estágio 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	<140/90
Hipertensos e limítrofes com risco cardiovascular alto	<130/85
Hipertensos e limítrofes com risco cardiovascular muito alto	<130/80
Hipertensos nefropatas com proteinúria > 1,0g/l	<120/75

Fonte: Melo Neto (2016). *Se o paciente tolerar, recomenda-se atingir com o tratamento valores de pressão arterial menores que os indicados como metas mínimas, alcançando, se possível, os níveis de pressão arterial considerada ótima ($\leq 120/80$ mmHg).

O tratamento medicamentoso da hipertensão arterial tem por finalidade a redução da morbimortalidade e deve ser associado ao tratamento não medicamentoso, visando obterem-se níveis pressóricos abaixo de 140/90 mm Hg.

De acordo com Melo Neto (2006), podem-se adotar eficientes medidas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas para o tratamento da hipertensão arterial. Entretanto, no Brasil e no mundo, baixos percentuais de controle da pressão arterial têm sido encontrados entre os portadores de hipertensão arterial.

Rodondi et al. (2006) citado por Melo Neto (2006), cita que, a despeito de todo conhecimento acumulado atualmente sobre o assunto, o percentual de pacientes

hipertensos conscientes da sua condição, que são tratados e apresentam níveis de pressão arterial controlados, é ainda muito baixo.

Melo Neto (2006) faz um levantamento de estudos que apontam que diversas são as razões implicadas nas baixas taxas de controle da pressão arterial, tais como: o desconhecimento da condição de hipertenso, a não adesão ao tratamento pelo paciente, a não modificação no estilo de vida, a utilização inadequada dos fármacos, a terapêutica inadequada, incapaz de promover o controle da pressão arterial, os gastos econômicos relacionados ao tratamento, etc.

De acordo com a revisão de literatura feita é possível dizer que grande parte dos portadores de hipertensão arterial desconhece a enfermidade e que, quando diante do diagnóstico, a maioria não leva a sério o tratamento. Conforme dados apresentados pela Organização Pan-Americana de Saúde (2008), “apenas 50% daqueles que conhecem o diagnóstico, realiza o tratamento corretamente”.

O insucesso terapêutico pela não adesão e conseqüente descontinuidade do plano terapêutico tem sido a causa mais frequente de hipertensão arterial resistente, sendo o fato confirmado no município de Diogo de Vasconcelos através de nossas observações.

É comprovado e lamentável dizer que, com frequência, a hipertensão leva o paciente à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o paciente, sua família e da sociedade. Sendo assim, a prevenção tem sido o melhor remédio, a forma mais eficaz, barata e satisfatória de se tratar esses agravos. Como se pode observar, a hipertensão arterial é uma enfermidade que merece atenção e cuidado. Muitos estudos já se debruçaram sobre ela em busca de alternativas de solução, mas ainda há um longo caminho a percorrer, dada a sua complexidade. Fazem-se então necessários novos estudos voltados para essa temática, com a finalidade de garantir uma melhoria na qualidade de vida dos hipertensos.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, organizado pelo Ministério da Saúde, em 2006, dedicado à hipertensão arterial sistêmica, os profissionais de saúde têm importância primordial nas estratégias de controle dessa enfermidade, tanto na

definição do diagnóstico clínico quanto na conduta terapêutica e também nos esforços requeridos para informar e educar o portador de hipertensão arterial.

É necessário também ter-se em mente que, uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso, é a de mantê-lo motivado em não abandonar o tratamento.

No que tange à remoção de fatores de risco, o documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes mellitus*”, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2001, acredita que essa é uma tarefa de competência da equipe de saúde na prevenção da HA e suas complicações. O tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o consumo de sal, e de bebidas alcoólicas devem ser controlados e o estímulo a uma alimentação saudável deve ser feito. De acordo com o mesmo documento, a equipe de saúde deve: realizar campanhas educativas periódicas, abordando os fatores de risco para a HA; programar, periodicamente, atividades de lazer individual e comunitário; reafirmar a importância dessas medidas para as populações de indivíduos situados no grupo normal-limítrofe na classificação de HA; estimular a criação dos grupos de hipertensos como objetivo de facilitar a adesão ao tratamento proposto. Segue, mas informações sobre os componentes da equipe de saúde e algumas de suas funções, conforme descritas no documento acima:

Agente comunitário de saúde

Deve esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; encaminhará consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de

Serem portadores de hipertensão; verificar se os pacientes hipertensos estão tomando a medicação corretamente, além de alertar para a dieta e atividades físicas; fazer registros em fichas, entre outros.

Auxiliar de enfermagem

Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças comportamentais; alertar a comunidade quanto aos fatores de risco da hipertensão arterial; agendar consultas; cuidar dos equipamentos, controlar os estoques dos medicamentos, entre outros.

Enfermeiro

Capacitar os auxiliares de enfermagem; realizar consultas de enfermagem. Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde, entre outros.

Médico

Realizar consulta para confirmação diagnóstica e avaliação dos fatores de risco; solicitar exames complementares; prescrever tratamento não-medicamentoso: tomar a decisão terapêutica, etc.

Equipe multiprofissional

É de fundamental importância a abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é procedimento desejável sempre que possível.

5 Plano Operativo do Projeto de Intervenção

A principal finalidade de esse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. Seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma

coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano.

Quadro 8- Plano Operativo do Projeto de Intervenção

Operações	Resultados	Pro endemias e epidemias	Responsável	Prazo
+Saúde Modificar estilos de vida.	Político: articulação Intersetorial e aprovação de projetos	Programa de caminhada orientada. Programas de saúde.	Coordenador da ABS. Técnica em enfermagem	Início em dois meses e finalização em quatro meses
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da ingestão excessiva de álcool.	Político: para conseguir espaço na rádio e local de reunião. Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais.	Programa educativa na rádio social. Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da ingestão de álcool.	Técnica em enfermagem ACS*(Agente Comunitária de Saúde)	Três meses para início das atividades
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos para a saúde da ingestão excessiva de sal.	Político: para conseguir espaço na rádio e local de reunião. Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais.	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da ingestão excessiva de sal.	Técnica em enfermagem ACS	Três meses para início das atividades
Saber + Aumentar os conhecimentos sobre os benefícios de parar de fumar.	Político: para conseguir espaço na rádio e local de reunião. Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais.	Avaliação do nível de informação da população sobre os benefícios de parar de fumar. Contratação de compras de consultas especializadas.	Coordenador da ABS (Atenção Básica de Saúde)	Três meses para início das atividades
Linha de cuidado Motivar e aumentar a participação da pratica de exercícios físicos	Político: Mobilização social em torno a ampliar conhecimentos de saúde. Organizacional- mobilização em torno	Programa de caminhadas		Início em três meses e finalização em 12 meses

	da prática de exercícios físicos e caminhadas.			
--	--	--	--	--

Fonte: O autor (2016).

Planilha de acompanhamento das operações/projeto “Alta incidência de pacientes com HAS”.

Quadro 9 - Operação Linha de cuidado

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
Programação mensal das atividades (consultas médicas), Consultas de enfermagem, Grupos operativos	Coordenador (a) da Atenção Primária	1ano	Programa implantado

O autor (2016).

Quadro 10 - Operação Melhor vida

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
Capacitação de todos os pacientes para melhorar hábitos e estilos de vida e agentes comunitários	Coordenador (a) da Atenção Primária	4 meses	Programa implantado

O autor (2016).

Quadro 11 - Operação Saber +

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
Labor educativa dirigida a grupos de hipertensos	Coordenador (a) da Atenção Primária Enfermeira de ESF	1 ano	Programa implantado

O autor (2016).

6 Considerações Finais

A hipertensão arterial, segundo Porto (2005) é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, constituindo a principal causa de mortalidade e incapacitação em varios países. Grande parte da população adulta, conforme ilustrou a presente pesquisa, é portadora dessa enfermidade.

A presente pesquisa trouxe um dado curioso a respeito da temática. Foi possível deparar com estudos que apontam que os dados epidemiológicos brasileiros relativos ao risco cardiovascular são ainda duvidosos, pois, a pesar desses dados se mostrarem consistentes, oriundos de estudos representativos, eles estão limitados a algumas regiões, o que deixa dúvidas se as informações existentes podem representar o país como um todo. Os resultados desse estudo no municipio de Paraisópolis possibilitaram uma análise crítica e reflexiva sobre o nosso papel de educador em saúde, junto ao indivíduo, à familia e à comunidade. É nesse sentido que a equipe de saúde gana destaque e sua contribuição mostra-se fundamental para a mudança de comportamentos e a elevação da qualidade de vida do hipertenso. Como a hipertensão arterial tem sido uma constante, nao somente no municipio de Paraisópolis, mas no mundo inteiro, faz-se necessário a tomada de novas medidas de prevenção governamentais, além de uma preparação urgente de toda equipe de saúde, citada nesta pesquisa, para que possa lidar com tal enfermidade de forma mais eficiente.

São vários os estudiosos preocupados com essa questão, na tentativa de solução para o problema. Mas, pode-se inferir que ainda há um longo camino a percorrer, dada as complexidades da enfermidade. Conclui-se enfim, que os objetivos propostos para orientar esse trabalho foram alcançados com êxito, pois ao decorrer da pesquisa definimos e contextualizamos hipertensão arterial; apresentamos os fatores de risco modificáveis e não-modificáveis; descrevemos os procedimentos realizados pelo ESF no tratamento dos hipertensos e apresentamos resultados significativos a respeito da hipertensão arterial no municipio de Paraisópolis, que futuramente poderão ser estudados mais profundamente. Concluiu-se que é possível diminuir a incidência de Hipertensão arterial atuando a nível das famílias pesquisando de forma ativa a presença dos fatores de risco capazes de favorecer aparição da doença. É importante no proceso terapêutico e na prevenção da doença as modificações do estilo de vida tratando de ter uma alimentação adequada, execução de exercícios físicos

periódicos, controle de peso, evitar ou diminuir consumo de álcool e tabagismo que são fatores de risco que devem ser muito bem controlados. É fazer mudanças em seus hábitos de vida a través da conscientização da população sobre a promoção a saúde. A partir do trabalho realizado na comunidade, foi possível o conhecimento das condições socioeconômicas, ambientais e de saúde das crianças e adultos que moram neste ambiente. Em discussão com a equipe da unidade para conhecer os problemas de saúde que temos na comunidade onde fazem os atendimentos. Nossa área de abrangência caracteriza-se por precisar atenção em todos os aspectos não somente na saúde, também nos aspectos econômicos, sociais e ambientais. Definimos como um dos principais problemas Alta incidência e prevalência de HAS: É um dos maiores problemas que apresentamos em nossa área, devido aos maus hábitos dietéticos e pouca ou nenhuma prática de exercícios em nossa população.

7 Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol., fev., p. 1-48, 2006.

FUCHSFD. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária e baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.

Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo; 2007.

MALTA, D. C., . Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: SaúdeBrasil, 2008. Ministério da Saúde, Brasília; 2009. p. 337-62.

IBGE (10 out. 2002). Área territorial oficial Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02). Página visitada em 5 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano nacional para o controle integrado das DCNT – promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2006. Em revisão

PRECEPTA. Portal de Saúde. Ministério de Saúde do Brasil. Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil. Disponível em: <<http://www.precepta.com.br/blog/prevalencia-de-hipertensao-arterial-brasil/>> Acesso :06 outubro, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica, n.16. Brasília, 2006. p.58. Disponível em :

<http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>Acesso:06 out.2014.

JOSIANE,L.G.; DÉCIO, M. J. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens.**, vol.13,n.1,p. 23-25, 2006.

ACHUNI,A.; MEDEIROS,A.B-Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul.Boletim da Saúde da SSMA-RS, 1985;12:2-72.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. *História da Educação*. SãoPaulo: Moderna,1996.
BERLEZIEM.*Estudos de fatores de risco para doenças cardiovasculares em indivíduos hipertensos adscritos a uma unidade de Saúde da família*. [tese-Doutorado].Rio Grande do Sul: Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica/PUCRS;2007.

BRASIL. Ministerio da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações ProgramáticasEstratégicas.PlanodeReorganizaçãodaatençãoàhipertensãoarterialea o diabetes mellitus. Brasilia: MS, 2002.

BRASIL. Ministerio da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.*Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus*. Brasilia: MS, 2001.

CAR,M. R.;PIERIN,A. M.G.; MIONJUNIOR, D.; GIORGI, D.M. A. Creenças de Saúde do paciente com Hipertensão arterial.*Rev.Paul Enferm*,1988;08:04-07.

CAR,M.R.;PIERIN,A.M.G.;AQUINO, V. L.A. Estudos sobre a influenciado proceso educativo no controle da Hipertensão arterial. *Rev .Esc. Enferm USP*, 1991;25:259-69.

COSTA, Maria das Graças Pinheiro. *Proposta de um programa de ensino da leitura para o desenvolvimento de três habilidades básicas ao nível da 4ª série do 1º grau*. Rio de Janeiro,1988. (Dissertação de Mestrado).

DELL'ACQUA, M.C.Q.; PESSUTO, J.; BOCCHI, S.C.M.; ANJOS, R.C.P.M. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de Hipertensão arterial. *Rev. Latinoam Enferm*, 1997;05:43-8.

DUNCAN, B.B. *As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não-transmissíveis*. Porto Alegre, 1991. [tese-Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FARIA, Valéria Andrade. *Padrão da dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares em Ouro Preto*. Minas Gerais. [manuscrito], 2007. (Dissertação de Mestrado).

FEIJÃO, A.M.M. et al. O. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população de baixa renda. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2005;84(1):29-33.

FIELDS, L.E.; BURT, V.L.; CUTLER, J.A.; HUGHES, J.; ROCCELLA, E.; SORLIE, P.; *The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000. A Rising Tide*. Hypertension, 2004;44:398-404.

FREITAS et al. Prevalência da Hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva, SP. *Arq. Bras. Cardiol*, v. 77, nº01, p. 09-15, 2001.

FUCHS et al. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudo de base populacional. In: *Arq. Bras Cardiol*, vol.63, nº06, 1994, p. 473-47

IRIGOYEN M. C.; LACCHINIS., de ANGELISK., CHICHELINIL.C. Fisiopatologia da Hipertensão: o que avançamos? *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, v. 13, nº01, p. 20-45, 2003.

JARDIM ET AL (2007). In: *Arq. Bras. Cardiol.*,;88 (4):452-457, 2007

JARDIM,P.C.B.V.;SOUZA,A.L.L.;MONEGO,E.T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina*,1996;29:232-8.

KLEIN,C.H.Inquérito epidemiológico sobre hipertensão arterial em Volta Redonda-RJ. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro,1985;1:58-70.

8 - ANEXOS

8.1 ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____, concordo em participar da pesquisa “Intervenção Educativa para elevar o nível de conhecimento sobre os principais fatores de risco que permitem a incidência de hipertensão arterial sistêmica na população estudada”. Foram minuciosamente explicados para mim os objetivos e procedimentos do estudo e minha participação é voluntária. Portanto, ao assinar este documento autorizo a inclusão dos dados obtidos nesta pesquisa.

Assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador

ANEXO 2 - Folheto Educativo

Fatores de risco de hipertensão arterial	
Controlados	Não controlados
<p><i>Estresse</i> <i>Obesidade</i> <i>Sedentarismo</i> <i>Alcoolismo</i> <i>Tabagismo</i> <i>Alimentação rica em sódio e gorduras</i></p>	<p><i>História familiar de hipertensão</i> <i>Idade</i> <i>Etnia</i> <i>Sexo</i></p>