

UNIVERSIDADE FEDERAL MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MARLIS CUTINO BARRIENTO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE OS FATORES
DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. LICÍNIO OLIVEIRA SERTÃ DO
MUNICÍPIO DE VOLTA GRANDE, MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2016

MARLIS CUTINO BARRIENTO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE OS FATORES
DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. LICÍNIO OLIVEIRA SERTÃ DO
MUNICÍPIO DE VOLTA GRANDE, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia dos Santos Pereira

JUIZ DE FORA- MINAS GERAIS

2016

MARLIS CUTINO BARRIENTO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE OS FATORES
DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. LICÍNIO OLIVEIRA SERTÃ DO
MUNICÍPIO DE VOLTA GRANDE, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Prof^a. Dra. Márcia dos Santos Pereira – orientadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, 30/08/2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus, pois sem ele, nada seria possível.

À minha família pelo apoio incondicional e paciência nos momentos de ausência.

Aos mestres pela direção, conselhos e incentivo nesta trajetória.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente “a Deus por ter me ajudado a escolher minha profissão.

Aos meus pacientes que se propuseram a participar e foram os motivadores de meu trabalho.

Aos integrantes da equipe de saúde, por ter se empenhado e ter me ajudado a realizar este projeto.

À minha orientadora: Prof.^a Márcia dos Santos Pereira por ter tido paciência durante todas as fases que passamos e por ter me ajudado na realização do mesmo.

Aos familiares que me apoiaram em todos os momentos para eu continuar neste país fazendo minha missão.

Ao meu esposo por seu apoio incondicional para eu continuar fazendo meu trabalho no Brasil.

“O planejamento só é ético quando visa um crescimento que possa se traduzir em melhor qualidade da vida coletiva, um cenário melhor para a vida de todos, e só é democrático quando procura incorporar todos os envolvidos no processo de planejar”

João Caraméz

"O segredo do sucesso é a constância do propósito"

Benjamin Disraeli

RESUMO

A hipertensão arterial é uma das doenças de maior prevalência na população e é atualmente um problema de saúde pública e um dos fatores de risco mais importantes das doenças cardiovasculares. O objetivo deste estudo foi realizar um plano de intervenção educativa para aumentar os conhecimentos sobre os fatores de risco da hipertensão arterial com vistas a reduzir sua incidência na UBS Dr. Licínio Oliveira Sertã no município de Volta Grande, Minas Gerais, melhorando assim seu estado de saúde e sua qualidade de vida. O plano se baseou primeiramente no diagnóstico situacional realizado na área de abrangência e eleição, pela equipe de saúde do problema prioritário que foi a alta incidência de hipertensão, seguido de pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, (BVS) na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) com os descritores: hipertensão, educação, Atenção Primária a Saúde e prevenção primária. Por fim foi feito o plano fundamentado no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Concluiu-se que a elaboração do plano de intervenção na assistência prestada aos pacientes hipertensos, foi muito importante para traçar as ações que devem ser executadas pela equipe de saúde para evitar o surgimento de casos novos, mostrando que os fatores de risco podem ser controlados quando se atua sobre eles por meio da realização de atividades educativas de promoção e prevenção da saúde.

Descritores: Hipertensão. Educação. Atenção Primária a Saúde. Prevenção Primária.

ABSTRACT

Hypertension is one of the most prevalent diseases in the population and is a major public health problem and one of the most important risk factors for cardiovascular disease. The aim of this study was to establish an educational intervention plan to increase knowledge on hypertension risk factors in order to reduce their impact on UBS Dr. Licínio Oliveira Sertã in the city of Volta Grande, Minas Gerais, thus improving their state of health and quality of life. The plan is primarily based on the situational diagnosis made in the area of coverage and election, the health team of the priority problem was the high incidence of hypertension, followed by literature on the Virtual health Library (VHL) on the Scientific Electronic Library Online database (SciELO) and the Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) with descriptors: hypertension, education, Primary Health and primary prevention. Finally it was done based plan the Situational Strategic Planning (PES) .Conclusion that the preparation of the action plan on assistance to hypertensive patients was very important to outline the actions that must be performed by the health team to prevent the emergence of new cases, showing that risk factors can be controlled when it acts on them through the educational activities of promotion and health prevention.

Keywords: Hypertension. Education. Primary health care. Primary prevention.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: População Total por Gênero, Rural e Urbana, Taxa de Urbanização – Volta Grande – Minas Gerais, 2015.....	14
Quadro 2: Estrutura Etária da População de Volta Grande.....	15
Quadro 3: Resultado do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Marisa Ferreira Guedes do PSF Dr. Licínio Oliveira Sertã, Volta Grande, Minas Gerais, 2015.....	30
Quadro 4: Operações sobre o "nó crítico: baixo nível de informação da população acerca de Hipertensão Arterial" relacionada ao problema elevada incidência de hipertensos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Marisa Ferreira Guedes; da Unidade Básica de saúde Dr. Licínio Oliveira Sertã, em Volta Grande, Minas Gerais.....	33
Quadro 5: Operações sobre o "nó crítico: hábitos e estilos de vida inadequados" relacionada ao problema incidência elevada de hipertensos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Marisa Ferreira Guedes; da Unidade Básica de saúde Dr. Licínio Oliveira Sertã, em Volta Grande, Minas Gerais.....	34
Quadro 6: Operações sobre o "nó crítico: pacientes sem preparação para o cuidado e para enfrentar o problema devido a falta de conhecimento sobre a adesão terapêutica anti-hipertensiva " relacionada ao problema incidência elevada de hipertensos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Marisa Ferreira Guedes; da Unidade Básica de saúde Dr. Licínio Oliveira Sertã, em Volta Grande, Minas Gerais.....	35
Quadro 7: Operações sobre o "nó crítico dificuldade na estrutura dos serviços de saúde" relacionada ao problema incidência elevada de hipertensos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Marisa Ferreira Guedes; da Unidade Básica de saúde Dr. Licínio Oliveira Sertã, em Volta Grande, Minas Gerais.....	36

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde.
PSF	Programa de Saúde da família.
AVC	Acidente Vascular Cerebral.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
PA	Pressão Arterial.
ABS	Atenção Básica de Saúde.
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia.
UBS	Unidades Básica de Saúde.
SIAB	Sistema de Informação a Atenção Básica.
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library on – Line.</i>
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
PMS	Plano Municipal de Saúde.
DCV	Doenças Cardiovasculares.
DCNT	Doença Crônica no Transmissível.
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências de Saúde.
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Histórico do município	13
1.2 Aspectos geográficos, demográficos e sócio econômicos.	143
1.3 Organização dos Serviços de Saúde.....	175
2 JUSTIFICATIVA	210
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo Geral:	221
3.2 Objetivos Específicos:	222
4 METODOLOGIA	232
5 REVISÃO DE LITERATURA	243
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	243
5.2 Fatores de risco.....	254
5.3 Prevenção primária	287
6 PLANO DE AÇÃO	309
6.1 Identificação dos problemas	309
6.2 Priorização dos problemas	309
6.3 Descrição do problema.....	31
6.4 Explicação do problema	332
6.5 Seleção dos "nós críticos"	33
6.6 Plano operativo	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	387
Referências.....	39

1INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença provocada por diversos fatores, com alta prevalência e baixas taxas de controle. Por seu caráter crônico e, às vezes, incapacitante, é considerada hoje importante problema de saúde pública. Além do mais, é fator de risco para as doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Conhecendo a sua importância e das grandes complicações trazidas pela hipertensão não controlada, definimos para o presente trabalho este tema, pois o diagnóstico situacional feito no Programa Saúde da Família da Equipe de Saúde Marisa Ferreira Guedes, da Unidade Básica de Saúde Dr. Licínio Oliveira Sertã localizada no Município de Volta Grande, Minas Gerais, mostrou que um dos problemas de saúde da nossa área adscrita é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerado este um problema prioritário pela equipe de saúde para que ações educativas sejam planejadas e postas em prática para de forma a diminuir a incidência de Hipertensão Arterial.

1.1Histórico do município

Volta Grande é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais. É a terra natal do cineasta Humberto Mauro, um dos pioneiros do cinema brasileiro. Volta Grande foi habitada, inicialmente, pelos índios da tribo dos Guaranis. Algumas evidências de sua presença nessa localidade são utensílios e peças de cerâmica aí encontrados. Também há relatos históricos de que núcleo primitivo da atual cidade de Volta Grande teria surgido em torno de uma fazenda e cujo desenvolvimento inicial está ligado a cultura cafeeira que aí se expandiu no século XVIII segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015).

A inauguração na localidade da estação da Estrada de Ferro Leopoldina, em 1874, com a presença do Imperador Pedro II, foi um fato significativo para o crescimento econômico da região. Este povoado foi elevado a distrito pelo decreto nº. 404, de 5 de março de 1891 e incorporado ao Município de Além Paraíba (IBGE, 2015).

Abaixo pode ser visto no mapa, a localização de Volta Grande em Minas gerais.

Figura 1: Localização Geográfica de Volta Grande-MG



Fonte: Internet (2016).

1.2 Aspectos geográficos, demográficos e sócio econômicos.

Volta Grande localiza-se na Mesorregião da Zona Mata mineira junto à divisa com o estado de Rio de Janeiro é reconhecida como a jóia perdida da Zona Mata mineira. A cidade dista por rodovia 352 km da capital Belo Horizonte. O clima predominante da cidade é tropical quente e úmido. A temperatura média anual está entre 25 ° C e 21 ° C. O relevo montanhoso representa cerca de 80%do território (IBGE, 2010).

A economia do município de Volta Grande é essencialmente baseada na agropecuária, com destaques para a pecuária leiteira e a rizicultura. No que diz respeito à sua população, ela foi estimada, para o ano de 2012, em 4.918 habitantes, demonstrando que a densidade demográfica do município é de 20,57 hab./Km² (IBGE, 2010).

No Quadro 1 tem-se a representação da população de Volta Grande de acordo com gênero, taxa de urbanização e local de residência, com dados de 1991, 2000 e 2010.

Quadro 1: População Total, por Gênero, Rural/Urbana e Taxa de Urbanização – Volta Grande – Minas Gerais, 2015

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	4.531	100,00	4.919	100,00	5.070	100,00
População masculina	2.293	50,61	2.458	49,97	2.477	48,86
População feminina	2.238	49,39	2.461	50,03	2.593	51,14
População urbana	2.785	61,47	3.477	70,69	3.802	74,99
População rural	1.746	38,53	1.442	29,31	1.268	25,01
Taxa de Urbanização	-----	61,47	-----	70,69	-----	74,99

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA GRANDE (2013).

Os dados do Quadro 1 mostram que em 1991, a população masculina era superior a feminina, havendo queda em 2000 e 2010. A população residente na área urbana sempre foi maior do que a moradora na área rural, mas cresceu significativamente em 2010, isto é, há migração de pessoas da área rural para urbana.

Em relação à estrutura etária populacional, percebe-se que a população idosa aumentou conforme dados do Quadro 2. A taxa de envelhecimento evoluiu de 9,01% para 10,32%. Entre 1991 e 2000, a razão de dependência foi de 62,93% para 59,35%, enquanto a taxa de envelhecimento evoluiu de 7,06% para 9,01% (PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA GRANDE, 2013).

Quadro 2: Estrutura Etária da População - Volta Grande – MG.

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População 2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	1.430	31,56	1.389	1.213	28,24	23,93
15 a 64 anos	2.781	61,38	3.087	62,76	3.334	65,76
População de 65 anos ou mais	320	7,06	443	9,01	523	10,32
Taxa de envelhecimento	--	7,06	--	9,01	---	10,32

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA GRANDE (2013).

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Volta Grande, a esperança de vida ao nascer aumentou 8,1 anos nas últimas duas décadas, passando de 67,4 anos em 1991 para 70,6 anos em 2000, e para 75,5anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de75,3 anos e, para o país, de 73,9 anos (PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA GRANDE, 2013).

Discorrendo acerca da Educação, a proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 13,32%. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu -36,37%. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 14,27% nas últimas duas décadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA GRANDE, 2013).

1.3 Organização dos Serviços de Saúde

O município de Volta Grande, habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica, presta serviços de atenção Básica, sendo que os atendimentos de especialidades são encaminhados para outros município como Além Paraíba (pólo da microrregião), Cataguases, Juiz de Fora, Muriaé dentre outros que são referenciadas nas reuniões de pactuação da CIR – Regional. O sistema de assistência à saúde no município, de caráter geral e preventivo, está constituído por uma Secretaria Municipal de Saúde, um Pronto Socorro Municipal, um Centro de Saúde Dr. Licínio Oliveira Sertã e Unidades Básicas de Saúde .

A Unidade Básica de Saúde ESF – Pedro Jacinto da Silva e Marisa Ferreira Guedes funciona em instalações amplas, com ambientes diferenciados e adequados às normas vigentes da ANVISA desde final do período de 2000. Conta com um setor de fisioterapia contendo aparelhagem adequada para atender a população que necessita destes serviços e um setor da Farmácia Básica. As ações e serviços de Saúde de Volta Grande compreendem a Atenção Primária à Saúde, com duas equipes de saúde da família que atingem 100% da população.

No Centro de Saúde são desenvolvidas atividades de apoio a ESF, com uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os profissionais médico, enfermeiro e dentista prestam atendimento nessas unidades todos os dias da semana e a demanda que possa existir fora do atendimento semanal é realizada na sede do município.

No diagnóstico situacional feito na área de abrangência de nossa equipe, dentre os problemas encontrados, a HAS é um dos grandes problemas de saúde enfrentados pelos usuários da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Dr. Licínio Oliveira Sertã.

Na Figura 2 apresentamos a UBS Dr. Licínio Oliveira Sertã.

Figura 2: Unidade Básica de Saúde. Dr. Licínio Oliveira Sertã.



Fonte: Autoria Própria (2016).

O território de abrangência do PSF Dr. Licínio Oliveira Sertã tem 454 famílias com um total de 2254 habitantes. A equipe de trabalho atende 1657 usuários num total de pessoas e 336 famílias distribuídas em quatro micros áreas.

Temos uma equipe de trabalho completa, formada por uma médica que tem uma agenda de trabalho com consultas espontâneas e agendadas no horário de manhã e tarde, visitas domiciliares às quintas feiras no horário da manhã, incorporada ao Curso de Especialização Estratégia da Saúde da família, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro ACS. A equipe trabalha dia a dia planejando as atividades para oferecer melhor qualidade de serviço médico a nossa população.

Dentre as atividades realizadas pelos ACS, enfermeira e auxiliar de enfermagem destacam-se o cadastramento dos usuários, consulta de enfermagem, realização de procedimentos básicos (curativos, inalações, retirada de pontos, administração de medicamentos, teste do pezinho, imunização, visitas domiciliares).

A unidade é composta por uma recepção, ventilada, com boa iluminação, cadeiras suficientes para os usuários, sala de triagem, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinação, área para a documentação, sala dos agentes comunitários de saúde, sala para consulta médica, sala para citologias, realizando coleta de amostras as quartas férias na manhã, sala para odontologia. A UBS tem uma cirurgiã dentista e uma assistente de odontologia,

sala de reuniões, sala de esterilização e sala de eletrocardiograma vinculadas ao Programa Tele Saúde.

Contamos, ainda, com uma consulta semanal de Ginecologia às sextas feiras e Pediatria às segundas feiras. Outras necessidades de especialidades são encaminhadas para fora do município. A secretaria municipal de saúde é encarregada de agendar as consultas de especialidades fora do município e os exames laboratoriais.

O processo de trabalho do nosso PSF funciona de acordo com as normas do Ministério da Saúde seguindo as linhas guias. É feito um cronograma mensal constatando todas as atividades a serem desenvolvidas pela equipe, desde visitas domiciliares, acompanhamentos das gestantes, idosos, puericulturas, atendimento planejado das doenças crônicas, reuniões de grupo e levando em conta as condições agudas que são demandas espontâneas.

A equipe conhece e tem cadastrados todos os pacientes crônicos e faz um planejamento para agendar consultas de acompanhamento deles, visitas domiciliares e trabalho com grupos específicos (hipertensos, diabéticos, e riscos específicos como tabagismo, obesidade, etc.), fazendo atividades onde se priorizam a promoção de saúde e autocuidado dos pacientes em relação a sua saúde. Contamos com atendimento psicológico duas vezes por semana e uma nutricionista que oferece consultas para os pacientes de nossa área uma vez por mês.

Planeja-se, também, visitas domiciliares a grupos de riscos e grupos específicos e consulta de puericultura, consulta a grávidas e pacientes com doenças crônicas, sempre dando oportunidade também para o atendimento das demandas espontâneas. Todas estas atividades são feitas com o único objetivo de fazer um atendimento integral as doenças crônicas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

As doenças para as quais os pacientes vão a consultar com mais frequência as vezes constituem problemas a resolver pelos profissionais, onde é importante analisar as causas dos mesmos. A falta de informação e a utilização inadequada e insuficiente de serviços médicos são problemas comuns que impedem a nossa comunidade o diagnóstico precoce. Como médica eu tenho a responsabilidade de incentivar a comunidade a ser proativo

e aprender sobre a sua saúde. A educação é a chave para o controle e prevenção das doenças.

É muito importante conhecer os principais problemas da comunidade quando planejamos as ações de saúde. Reafirmamos que nossa área de abrangência tem 438 hipertensos cadastrados e acompanhados sendo a causa fundamental de morte em nossa comunidade as doenças cardiovasculares.

Devido a esta alta prevalência de hipertensão Arterial, em reunião com a equipe de saúde, definiu-se como problema prioritário a ser trabalhado primeiramente, a HAS devido a sua importância, consequências e viabilidade de ação, no momento.

2 JUSTIFICATIVA

Sabemos que um projeto de intervenção bem estruturado e elaborado pode diminuir a incidência dos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes e sua atenção médica por parte dos profissionais da saúde. Sabe-se que a base fundamental do controle e aceitação do tratamento está, também, pautada na ampliação de conhecimentos dos pacientes acerca da doença e desta forma poder modificar estilos de vida inadequados na população.

A hipertensão arterial é uma das doenças de maior prevalência na população e reconhecida como problema de saúde prioritário. Encontra-se entre as principais causas de atendimento na atenção primária de saúde, afetando grandemente a qualidade de vida das pessoas. No Brasil, além de ser um dos problemas de saúde pública de grande prevalência na população, representa um dos principais fatores de risco para morbidade e mortalidade cardiovascular (NEGRÃO; BARRETO, 2005).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão:

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 3).

Assim, este trabalho se justifica devido ao alto número de pacientes hipertensos de nossa área de abrangência e que apresenta uma relação direta, e forte com o risco de eventos cardiovasculares. A equipe participou das discussões, analisou e considerou que existem recursos humanos e materiais no nível local para fazer um projeto de intervenção pela alta incidência de pacientes com hipertensão arterial em nossa área de abrangência, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Realizar um plano de intervenção educativa para aumentar os conhecimentos sobre os fatores de risco da hipertensão arterial com vistas a reduzir sua incidência na Unidade Básica de Saúde, Dr. Licínio Oliveira Sertã no município de Volta Grande, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos:

- Descrever as características socioeconômicas, demográficas e estilo de vida da população em estudo;
- Identificar a incidência de hipertensão arterial sistêmica;
- Analisar a associação entre incidência de hipertensão arterial e os fatores associados.

4 METODOLOGIA

O trabalho aqui proposto se baseou:

- No Diagnostico Situacional realizado na UBS Dr. Licínio Oliveira Sertã realizado pela equipe de saúde Marisa Ferreira Guedes, de acordo com o modulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) em que a equipe de saúde elegeu como problema prioritário a alta incidência de HAS na população.
- Em Pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na base de dados eletrônica Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) com os descritores: hipertensão, educação, Atenção Primária à Saúde e Prevenção Primaria.
- Na Elaboração do plano de ação com base no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) com a identificação dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema, explicação do problema, seleção dos "nós críticos", desenho das operação, identificação dos recursos críticos, análises da viabilidade do plano e, finalmente, elaboração do plano operativo.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica e um grave problema de saúde pública, pois afeta milhões de pessoas em todo o mundo (BRASIL, 2010). Estimativa aponta uma prevalência global de HAS de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (PEREIRA et al., 2009). No Brasil, inquéritos populacionais constataram uma prevalência acima de 30% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido à hipertensão, segundo dados do Boletim Global de Doenças Relacionadas à Hipertensão (Lancet, 2008). Cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. A hipertensão arterial é responsável, segundo o documento, por 54% de todos os casos de acidente vascular cerebral (AVC) e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais, em todo o mundo. Na última década, a hipertensão fez mais de 70 milhões de vítimas fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010. p. 2).

A hipertensão arterial é responsável por cerca de 80% dos casos de Acidente Vascular Cerebral e 60% dos casos de Doença Arterial Coronária constituindo um fator de risco para doença cardiovascular com mais frequente no adulto em todo o mundo industrializado e na maioria dos países em desenvolvimento. Nos países da América do Norte e Europa Ocidental, a doença isquêmica coronária é responsável por metade de todos os óbitos, e na América Latina, por um terço de todos os óbitos (SACKETT *et al.*, 2003).

As altas cifras de pressão arterial representa um fator de risco importante para doenças cardiovasculares, apresentando custos médicos e socioeconômicos elevados, devido fundamentalmente a suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram por doenças cardiovasculares. Sendo a causa de morte em todas as regiões do Brasil o acidente vascular cerebral,

afetando em maior proporção ao sexo feminino (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

5.2 Fatores de risco

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças provenientes de aterosclerose e trombose e é também responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (KEVIN, 2009).

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão relacionam como fatores de risco relacionados com a hipertensão arterial: a idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

[...] verificamos associação positiva entre a prevalência de HAS, tanto ponderada quanto padronizada, e a proporção de indivíduos com excesso de peso, assim como com a proporção que referiram consumo recomendado de frutas e hortaliças. Esta última associação pode ser devido a causalidade reversa, visto que é de conhecimento da população que o consumo desses grupos alimentares é uma medida eficaz para a prevenção e o controle do excesso de peso e de doenças crônicas como HAS (MURARO *et al.*, 2013, p.1395).

Também se verificou a ocorrência de uma relação entre estresse emocional e aumento da pressão arterial podendo esse contribuir, portanto, para manutenção da hipertensão arterial aumentada (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

O Ministério de saúde informou, por meio de estudos de base populacional realizados nos últimos 10 anos que a prevalência da hipertensão arterial na população brasileira com 18 anos ou mais, varia de 18,9% a 36,5%, dependendo do grupo estudado, da região ou da definição adotada (BARROS *et al.*, 2011).

Silva e Sousa (2004) concluíram que a etnia, assim como idade, sexo, escolaridade, características socioeconômicas, consumo de sal, obesidade, consumo de álcool e a inatividade física, poucas horas de sono por dia, não

consumo de frutas e verduras são fatores importantes de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial.

O consumo elevado de bebidas alcoólicas tais como cerveja, vinho e destilados eleva consideravelmente a pressão arterial. Diversos estudos demonstram que consumir bebidas alcoólicas fora das refeições aumenta o risco de hipertensão, independentemente da quantidade de álcool ingerida (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Para Lopes (2007, p. 31), a hipertensão arterial é uma das doenças crônicas não transmissíveis relacionada com a obesidade. É uma doença multifatorial que compromete o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores, levando à um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação dos tecidos e provocar danos aos órgãos por eles irrigados. Neste caso, os mecanismos da hipertensão associados à obesidade são complexos. O aumento da atividade simpática parece ser um dos principais mecanismos envolvidos na hipertensão do obeso.

Para cada aumento de 10% na gordura corporal, há elevação na pressão arterial sistólica de aproximadamente 6,0 mmHg e na diastólica de 4,0 mmHg. A maior prevalência de hipertensão arterial em indivíduos obesos é também conhecida, sendo os mecanismos fisiopatológicos envolvidos nessa associação não bem esclarecidos, sugerindo-se uma contribuição da resistência à insulina em sua gênese (JUNG, 1997, p. 113).

A predominância de gordura visceral aumenta o risco de desenvolvimento de hipertensão arterial. O aumento da massa corpórea determina um incremento nas necessidades metabólicas por parte do tecido adiposo, ocasionando elevação do débito cardíaco que, associado à sobrecarga de volume, promove o aumento da massa cardíaca (FILHO et al., 2000).

A hipertensão é decorrente da resistência desse hormônio e da hiperinsulinemia, as quais contribuem para aumento da retenção de sódio pelas células e na atividade do sistema nervoso simpático, distúrbio no transporte iônico da membrana celular e consequente

aumento da pressão sanguínea. Em obesos as concentrações séricas de angiotensinogênio estão aumentadas, devido à sua maior síntese pelos adipócitos, gerando mais angiotensina II e consequente elevação da pressão arterial. Desse modo, a angiotensina II atua com o elo entre a obesidade e a hipertensão arterial (KEVIN, 2009, p. 719).

O aumento da atividade simpática é uma característica comum à obesidade, podendo elevar a pressão arterial via vasoconstrição periférica e aumentando a reabsorção tubular renal de sódio, diversos estudos observacionais têm demonstrado a associação entre obesidade e hipertensão. Kannel et al. (2010) acompanharam o desenvolvimento de hipertensão em um grupo de mais de 5000 indivíduos de ambos os sexos no estudo de Framingham por um período de 12 anos. Verificou-se, no início uma maior prevalência de hipertensão nos indivíduos obesos. Nos obesos, inicialmente normotensos, desenvolveu-se com maior frequência a hipertensão e doença cardiovascular hipertensiva ao longo do tempo (LOPES, 2007).

A perda de peso desempenha um papel fundamental na redução da pressão arterial, levando a uma menor necessidade de drogas hipotensoras. Pequenas reduções no peso (ao redor de 5% do peso inicial) resultam em quedas significativas da pressão arterial, levando a uma menor necessidade no número e na dose de drogas anti-hipertensivas (KEVIN, 2009).

Dentre as medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão associada à obesidade, incluem a redução do peso corporal aumento da atividade física e diminuição da ingestão de sódio. A prática de atividade física exerce um efeito hipotensor e parece estar relacionada a uma diminuição da atividade simpática e maior vasodilatação. Aliado ao tratamento dietético, a atividade física além de promover a perda de peso, é também fundamental na manutenção do peso corporal ao longo do tempo.

O exercício físico aeróbio, realizado regularmente, provoca importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. Entre essas adaptações a redução nos níveis de repouso da pressão arterial. Sabe-se que o exercício físico é capaz de diminuir a pressão arterial em 75% dos pacientes (PIERINI, 2006, p. 121).

O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

O tratamento farmacológico se faz necessário quando os métodos supracitados não forem satisfatórios e em pacientes que apresentam um risco cardiovascular elevado. No tratamento dietoterápico de pacientes obesos hipertensos deve-se priorizar a perda ponderal de peso, que por si só, melhora a sensibilidade à insulina e confere benefícios adicionais. Uma dieta com restrição calórica, com baixa ingestão de gordura saturada e sódica, rica em frutas e verduras devem ser estimuladas por favorecer a diminuição da pressão arterial. A ingestão de sódio deve ser limitada, pois além de aumentar a pressão arterial, eleva a calciúria (LOPES, 2007).

5.3 Prevenção primária

Por se tratar de uma doença crônica, a hipertensão arterial é a principal causa do desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Estrada *et al.* (2013) as intervenções educativas destinadas ao aumento do conhecimento contribuem para que os pacientes hipertensos modifiquem os hábitos de vida pouco saudáveis e a otimizar o tratamento terapêutico, favorecendo um melhor controle da hipertensão arterial. Para isso é necessário contar com um instrumento confiável com o qual se pode avaliar a eficácia da intervenção.

Segundo Cubero (2006, p.13) "no mundo é conhecida como o mais importante fator de risco coronário responsável pela alta incidência das doenças cérebro vascular".

A adoção de hábitos de alimentação e estilos de vida mais saudáveis é estratégica para o alcance de resultados mais favoráveis no cuidado à HAS, sendo, em alguns casos, a única terapêutica recomendada. A baixa adesão dos pacientes a essas orientações não medicamentosas constituem-se em importante dificuldade para controlar a gravidade da doença (LIMA *et al.*, 2009, p. 2008).

Nas estratégias para implementar medidas preventivas da Hipertensão Arterial as intervenções devem adotar um modelo multidimensional, multiprofissional e incorporar diversos níveis de ação, usando e integrando recursos das sociedades científicas, da universidade, do setor público e privado e do terceiro setor (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Considera-se que todos os pacientes hipertensos são tributários de modificações de estilos de vida e apenas quando esta é confirmada, inicia-se o tratamento farmacológico.

Conforme Calvo Gonzalez *et al.* (2004) a análise dos estilos de vida adquire um interesse crescente, já que o conjunto de pautas e hábitos do comportamento cotidiano das pessoas tem um efeito importante na sua saúde e além disso, cada dia aumenta a prevalência do conjunto de doenças relacionadas com os inadequados hábitos comportamentais. Um dos objetivos fundamentais da atenção primária à saúde é a modificação da conduta da população, tanto para mudar estilos de vida que ameaçam a saúde individual, como para promover sentimentos saudáveis, o trabalho educativo tem um papel importante.

6 PLANO DE AÇÃO

Pelo diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde “Marisa Ferreira Guedes” do PSF Dr. Licínio Oliveira Sertã, situado no município Volta Grande, foi detectado como problema de saúde elevada incidência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.1 Identificação dos problemas

Depois de analisar os dados encontrados e a inclusão de outros proporcionados pelo estudo de prontuários e levantamentos feitos pelos agentes comunitários se identificou os seguintes problemas na área de abrangência.

- 1- Elevado número de pacientes com doenças crônicas de foro psiquiátrico por não adesão terapêutica.
- 2- Elevada incidência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica em nossa área de abrangência.
- 3- Alta prevalência de Diabetes *Mellitus* associada a obesidades e dislipidemias.
- 4- Elevada incidência e prevalência de pacientes com Alcoolismo.
- 5- Elevada incidência de Gravidez precoce.
- 6- Alto índice de uso de drogas ilícitas.

6.2 Priorização dos problemas

No Quadro 3 estão apresentados os problemas da nossa área de abrangência de acordo com sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe.

Quadro 3: Resultado do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Marisa Ferreira Guedes do PSF Dr. Licinio Oliveira Sertã, Volta Grande, Minas Gerais, 2015

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado número de pacientes com doenças crônicas de foro psiquiátrico por não adesão terapêutica.	Alta	6	Parcial	3
Elevada incidência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica em nossa área de abrangência	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de Diabetes <i>Mellitus</i> associada a obesidades e dislipidemias	Alta	7	Parcial	2
Elevada incidência e prevalência de pacientes com Alcoolismo.	Alta	5	Parcial	5
Elevada incidência de gravidez precoce	Alta	6	Parcial	4
Alto índice de uso de drogas ilícitas	Alta	4	Parcial	6

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.3 Descrição do problema

A elevada incidência de hipertensão arterial foi o problema fundamental de saúde identificado na área de abrangência. A questão mais relevante para justificar nosso estudo é que de 1657 pacientes em nossa área de abrangência; 438 são hipertensos cadastrados e acompanhados, e por o geral todos tem outras doenças associadas como, Diabetes *Mellitus*, obesidade

e dislipidemias ,assim como fatores de risco como o tabagismo, álcool, má alimentação, sobrepeso, sedentarismo; porém além dos níveis tensionais, deve-se considerar no diagnóstico da HA os fatores de risco, a lesão de órgãos-alvo e as comorbidades associadas, por tais motivos é necessário formar uma estratégia de intervenção coletiva para melhorar as condições de saúde desta população.

6.4 Explicação do problema

Elevada incidência de pacientes portadores de hipertensão arterial.

- Nível Individual

Hábitos e estilo de vida:

- Má alimentação
- Uso abusivo de sal
- Tabagismo
- Uso abusivo de álcool
- Sedentarismo

-Nível social

- Não aceitação do diagnóstico, não quer ser dependente de medicação.
- Alguns com certo grau de dependência (necessidade de cuida dor).
- Alto índice de analfabetismo, não entendimento das orientações/prescrições ruins, receitas com letras ilegíveis.
- Baixo nível de informação, não conhecimento de a doença por parte de os pacientes, falta de orientações a respeito de a patologia e terapia medicamentosa.

- Nível Programático

- Número insuficientes de reuniões com o grupo operativo de hipertensos. Falta de orientação sobre prescrição.
- Melhorar a organização dos serviços de saúde para responder adequadamente a demanda.
- Incrementar o suporte do profissional Nutricionista à equipe de saúde.
- Falta de Educador Físico ou Fisioterapeuta para acompanhar a realização da atividade física em grupo.

As consequências da alta incidência de hipertensão arterial são:

Elevado número de pacientes com hipertensão arterial → risco cardiovascular aumentado → aumento das complicações da hipertensão (AVC, IAM) → aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

6.5 Seleção dos "nós críticos"

- Baixo nível de informação da população acerca da HAS.
- Hábitos e estilos de vida inadequados
- Falta de conhecimentos dos pacientes sobre a adesão terapêutica anti- hipertensiva.
- Dificuldade na estrutura dos serviços de saúde.

6.6 Plano Operativo

Quadro 4: Operações sobre o "nó crítico: baixo nível de informação da população acerca de Hipertensão Arterial" relacionada ao problema elevada incidência de hipertensos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Marisa Ferreira Guedes..

Nó crítico 1	Baixo nível de informação da população acerca da Hipertensão Arterial.
Operação	Saber
Projeto	Aumentar o nível de informação da população sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica.
Resultados esperados	População mais informada sobre a Hipertensão Arterial.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população de risco, campanha educativa na rádio local, programa escolar, palestras educativas no PSF.
Atores sociais/responsabilidades	Equipe de saúde, secretaria de saúde, setor de comunicação social.
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre estratégias de comunicação. Organizacional: Organização da agenda. Político: Articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social Trabalho em equipe no PSF.
Recursos críticos	Político: conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: conseguir apoio financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Favorável.
Ação estratégica de motivação	Promover educação e saúde utilizando o grupo operativo a pacientes com risco.
Responsáveis	Médico, enfermeira e secretaria de saúde.
Cronograma/Prazo	Início em dois meses e término não estabelecido.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Por meio dos indicadores do SIAB, pela equipe e a coordenadora de atenção básica.

Fonte: Autoria Própria (2016).

Quadro 5: Operações sobre o "nó crítico: hábitos e estilos de vida inadequados" relacionada ao problema incidência elevada de hipertensos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Marisa Ferreira Guedes; da Unidade Básica de saúde Dr. Licínio Oliveira Sertã, em Volta Grande, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação	Mais Saúde
Projeto	Modificar hábitos e estilos de vida inadequados na população.
Resultados esperados	Diminuir a incidência de hipertensão; diminuir os maus hábitos alimentares, diminuir o consumo excessivo de álcool, tabaco e sal.
Produtos esperados	Atividade educativa palestra a grupos de risco; programa de caminhada orientada, campanha educativa nas escolas e na emissora local da rádio.
Atores sociais/responsabilidades	Equipe de saúde, secretaria de saúde, setor de comunicação social.
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: Conseguir espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino. Financeiro: conseguir apoio financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc. Organização e planejamento do trabalho no PSF.
Recursos críticos	Político: conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: conseguir apoio financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Controle dos recursos críticos/ viabilidade	Favorável
Ação estratégica de motivação	Promover educação e saúde a traves do grupo operativo de pacientes com risco
Responsáveis	Médico e enfermeira, secretaria de saúde.
Cronograma/Prazo	6 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Por meio dos indicadores do SIAB, pela equipe e a coordenadora de atenção básica.

Fonte: Autoria Própria (2016).

Quadro 6: Operações sobre o "nó crítico: pacientes sem preparação para o cuidado e para enfrentar o problema devido a falta de conhecimento sobre a adesão terapêutica anti-hipertensiva " relacionada ao problema incidência elevada de hipertensos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Marisa Ferreira Guedes; da Unidade Básica de saúde Dr. Licínio Oliveira Sertã, em Volta Grande, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falta de conhecimento dos pacientes sobre a adesão terapêutica antihipertensiva.
Operação	Saber
Projeto	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento.
Resultados esperados	Incluir grupo de pacientes no contexto y acompanhamento da HAS
Produtos esperados	Avaliar nível de informação dos pacientes. Divulgação nos meios de comunicação social. Grupo operativo de Hipertensão Arterial.
Atores sociais/responsabilidades	Secretario de Saúde Secretario municipal de saúde
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre estratégias de comunicação Organizacional: Organização da agenda. Político: Articulação intersetorial (parceira com o setor educação) e mobilização social. Trabalho em equipe no PSF.
Recursos críticos	Político: conseguir o espaço na rádio local Financeiro: conseguir apoio financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc
Controle dos recursos críticos/ viabilidade	Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar os projetos educativos.
Responsáveis	Equipe de saúde
Cronograma/Prazo	Início em dois meses e três meses para início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Por meio dos indicadores do SIAB, pela equipe e a coordenadora de atenção básica.

Fonte: Autoria Própria (2016).

Quadro7: Operações sobre o "nó crítico dificuldade na estrutura dos serviços de saúde" relacionada ao problema incidência elevada de hipertensos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Marisa Ferreira Guedes; da Unidade Básica de saúde Dr. Licínio Oliveira Sertã, em Volta Grande, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Dificuldade na estrutura dos serviços de saúde.
Operação	Melhor acompanhamento
Projeto	Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento dos pacientes hipertensos e com outras DCNT. Capacitar a equipe.
Resultados esperados	Garantia de medicamentos suficientes. Garantia de exames laboratoriais. Aumento do número de consultas especializadas. Equipe capacitada. Melhoria na assistência.
Produtos esperados	Serviço estruturado, equipe capacitada.
Atores sociais/responsabilidades	Perfeito Municipal Secretario de Saúde Secretario municipal de saúde Fundo nacional de saúde.
Recursos necessários	Políticos: Decisão de recursos para estruturar o serviço Financeiros: Aumento da oferta de exames, consultas especializadas. Cognitivo: Conhecimento da equipe Organizacional: planejamento da capacitação da equipe.
Recursos críticos	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros: Recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas) e capacitação da equipe.
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Perfeito Municipal Secretario de Saúde Secretario municipal de saúde Fundo nacional de saúde
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de estruturação da rede
Responsáveis	Secretario de Saúde Coordenadora de ABS
Cronograma/Prazo	Quatro meses para a apresentação do projeto, 6 meses para aprovação e liberação dos recursos, quatro meses para a compra dos medicamentos e equipamento e capacitação da equipe. Início em quatro meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Pela equipe de saúde e a Coordenadora de ABS. O acompanhamento será mensal e a avaliação será seis meses após a implantação e, se necessário programar alguma ação. No final do primeiro ano será analisado se o objetivo proposto foi alcançado.

Fonte: Autoria Própria (2016)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas sérias, pois desencadeia uma série de patologias cardiovasculares na sociedade atual, tais como morte súbita, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE), explicando 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% daquelas por doença isquêmica do coração.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a promoção da saúde é entendida como um processo de capacitação de comunidade para promover a sua melhoria na qualidade de vida e saúde, incluindo a sua participação neste processo, caracterizando-se como um modelo pautado no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

As equipe de saúde da família são muito importantes na implementação do atendimento, criar os vínculos entre os profissionais e a comunidade, onde os ACS são os principais responsável da identificação dos problemas e necessidades da população ,buscando fatores de risco aos quais ela está exposta e realizando ações de saúde para mudanças de estilos de vida da população.

A educação em saúde na Atenção Básica, em especial na Estratégia Saúde da Família, consiste num dos principais elementos de promoção da saúde, pois além dos profissionais conhecerem os fatores de risco para diversas doenças, aqui citando a hipertensão arterial, sabe quais são os hábitos de vida daquela população, assim fica mais fácil de programar uma intervenção positiva.

O presente trabalho permitiu observar que a deficiência da adesão, entre os portadores de Hipertensão Arterial tem uma relação direta com a falta de informação. A pesquisa desenvolvida possibilitou identificar que forma a educação em saúde é importante para o planejamento de ações de promoção e prevenção voltadas para aumentar os conhecimentos dos pacientes com Hipertensão Arterial.

Portanto, espera-se que o contato com os pacientes e o vínculo criado, propicie grandes experiências e avanços para os profissionais da saúde, o que

evolui ainda mais com o planejamento de atividades que ajudem a diminuir sistematicamente os males causados pela doença. Observando através da rotina de trabalho e da elaboração deste estudo que a maioria dos pacientes precisa-se conscientizar da importância de seus hábitos de vida e de alimentação aumentando assim o estado de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- BARROS, M. B. A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciênc Saúde Coletiva** v.16, p.3755-68, 2011.
- CALVO GONZALEZ, A. *et al.* Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. **Rev Cubana Med Gen Integr**, v. 20, n. 3, p. 78-85, 2004.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CASTENANOS ARIAS, J. A.; NERIN LA ROSA, R.; CUBERO MENENDEZ, O. Prevalencia de la hipertensión arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. **Rev Cubana Med Gen Integr**, v. 16, n. 2, p. 138-143, abr. 2000.
- CUBERO, M. O. Prevalência da hipertensão arterial numa comunidade do município Cardenas. **Rev. Cubana de Medicina Geral Integral**, v. 16. n.2, p.13, 2006.
- FILHO, F. F. *et al.* Ultrasonography for the evaluation of visceral fat and cardiovascular risk. **Hypertension** 2000;38:713-7.
- JUNG, R. Obesity as a disease. **British Medical Bulletin**, London, v.53, n.2, p.307-321, 1997.
- KEVIN C. *et al.* **Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis**. *CMAJ*, 2009. 180(7): p. 719-26.
- LIMA, S. M. L. *et al.* Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, p. 2001-2011, Sept. 2009.
- LOPES, H. F. Hipertensão e Inflamação: O papel da Obesidade. São Paulo: **Rev. Bras Hipertens** vol.14: 239-244, 2007.
- MURARO, A. P. *et al.* Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 5, p. 1387-1398, May 2013.
- NEGRÃO, C. E.; BARRETO, A. C. P. **Cardiologia do Exercício**. Barueri: Manole, 2005.
- PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M.. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacionalHypertension in Brazil: estimates from population-based prevalence studies. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006.
- PEREIRA, M. *et al.* Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension** v.27, n. 5, p. 963-9. 2009.

PIERINE, D. T. *et al.* Composição corporal, atividade física e consumo alimentar de alunos do ensino fundamental e médio. **Rev. Motriz**, Rio Claro, v.12 n.2 p.113-124, mai./ago. 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. 2014-2017.

SACKETT, D. L. *et al.* **Medicina baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 3, p. 330-335. 2004,

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** v.95 (1 Supl. 1), p. 1-51, 2010.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007.