

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

ODAYSI MARENA CARDÍN CABEZA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CAMPINA VERDE**

DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS

2016

ODAYSI MARENA CARDÍN CABEZA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CAMPINA VERDE**

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

Orientadora: Prof.^a Rita de Cássia Costa da Silva

DIVINÓPOLIS – MINAS GERAIS

2016

ODAYSI MARENA CARDÍN CABEZA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CAMPINA VERDE**

Banca Examinadora:

Prof.^a Rita de Cássia Costa da Silva - orientadora

Prof.....

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____

DEDICATÓRIA

A Deus que guia meus passos.

Aos meus pais e família que desde meu país me apoiam.

Ao meu esposo que me acompanha nesta missão.

Aos meus colegas do Programa Mais Médicos com os quais tenho compartilhado experiências e conhecimentos durante o período de especialização.

A Equipe de Saúde da Família Campina Verde pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho juntos.

E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

***Estejam vigilantes, mantenham-se firmes na fé,
sejam homens de coragem, sejam fortes.***

(1 Coríntios 16:13)

RESUMO

Segundo estatísticas e a experiência laboral da autora, a Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle. Por isto é considerada um importante problema de saúde pública. São as doenças cardiovasculares as causas de altas taxas de morbimortalidade nas populações, que gera altos gastos econômicos aos países e as famílias; o qual é diretamente proporcional com o aumento da pressão arterial. O presente trabalho tem como proposta elaborar um plano de intervenção, protagonizado pela equipe da Estratégia de Saúde Familiar Campina Verde, localizada no Bairro Tiete, Divinópolis, Minas Gerais com o objetivo de reduzir as complicações causadas pela Hipertensão Arterial nos pacientes cadastrados no HIPERDIA. Para a abordagem dos pacientes foram feitos o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular segundo o Escore de Framingham, abordagem individual em consulta, implantação do HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus), abordagem coletiva em grupos, e avaliação multidisciplinar especializada naqueles casos em que houve necessidade. O plano de ação possibilitou elaborar estratégias de saúde que promovam mudanças no modo e estilo de vida da população assistida, assim como diminuir os fatores de risco que causam a descompensação da Hipertensão Arterial Sistêmica. Ao estimular o autocuidado e promover melhor estilo de vida nos sujeitos, estaremos estimulando mudanças significativas na qualidade e esperança de vida na população assistida na Estratégia de Saúde da Família Campina Verde.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Educação em Saúde.

ABSTRACT

According to public's health statistics and the experience during a work from the author, the hypertension has an elevated prevalence and low levels of control. Thus, this disease is considered an important problem of people's health. The cardiovascular diseases are the principal causes for the increase levels for morbidity, which produces expenses in many countries and families. This article has a purpose to create an intervention's plan, in which the protagonist is the Healthy Family Team of Campina Verde that is located in the neighborhood Tiete in Divinópolis, Minas Gerais, Brazil. The important objectives of this intervention's plan are reducing complications caused by hypertension in patients registered in HIPERDIA. The subjects were classifying according to their cardiovascular risks, using the Framingham's Score during individually and group appointments. Moreover, implementation of HIPERDIA System (Registration and Monitoring of Patients with Hypertension and Diabetes Mellitus), collective approach in groups, and specialized multidisciplinary assessment in cases when it was necessary were made. This plan developed important strategies for promoting healthy changes in the life style of these patients and decreasing the risk factors that produce complications and a bad control in hypertensive patients. Stimulating and promoting a better life style for this people will produce significant changes in the quality and life hope in the population assisted by Healthy Family Team of Campina Verde.

Key words: Hypertension. Risks Factors. Health Education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1-Identificação e apresentação do problema.....	12
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVOS.....	17
4. METODOLOGIA.....	18
4.1- Sujeitos envolvidos.....	18
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	31
6.1- Resultados Esperados.....	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

1. INTRODUÇÃO:

Contextualização do Território

Divinópolis é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Pólo do Oeste de Minas, e também a maior cidade da mesorregião e microrregião do Oeste de Minas. Está localizado a 103 km de Belo Horizonte, capital do Estado. Limita-se ao norte com Nova Serrana, a noroeste com Perdigoão, a oeste com Santo Antônio do Monte, a sudoeste com São Sebastião do Oeste, ao sul com Cláudio e a leste com Carmo do Cajuru e São Gonçalo do Pará, sendo cortada por dois rios: Rio Itapecerica e Rio Pará (IBGE, 2015).

Foi fundada em 1767, por João Pimenta Ferreira em nome de cinquenta famílias que viviam em propriedades próximas aos Rios Itapecerica e Pará. O primeiro assentamento ocorreu próximo às margens do rio e a partir daí começou a ser denominada Paragem do Itapecerica. Em 1770 passou a se denominar Espírito Santo do Itapecerica, sendo um distrito da cidade denominada de Tamanduá, hoje Itapecerica. Em 1912 se tornou uma cidade e recebeu a denominação de Divinópolis. Com a chegada da estrada de Ferro Oeste de Minas em 1890 foram instaladas as indústrias siderúrgicas de aço e ferro, ocasionando um desenvolvimento da cidade (IBGE, 2016).

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sua população era de 230.848 habitantes em 2015, sendo o mais populoso município da Mesorregião do Oeste de Minas e o 12º mais populoso do estado de Minas Gerais, ocupando uma área de pouco mais de 708 Km² (IBGE, 2015).

A cidade é reconhecida como pólo da moda do estado de Minas Gerais, devido à alta concentração de indústrias do ramo confeccionista e têxtil. Divinópolis apresenta um quadro social com alta taxa de alfabetização (94,7%) e a taxa de crescimento populacional é da ordem de 4,2% ao ano (IBGE, 2004). A frota de veículos registra 117.349 unidades entre automóveis, motocicletas, caminhonetes, caminhonetas e caminhões (IBGE, 2015).

Segundo informações disponíveis no Portal da Prefeitura de Divinópolis (2014), o município recebeu nota 5,32 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), ficando entre as 64 cidades mais bem classificadas do Brasil. Atualmente, 30% das escolas que possuem ensino fundamental, avaliadas pelo IDEB, pertencem à rede municipal de ensino. Divinópolis abriga também o Campus Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ). Esta unidade de ensino oferta quatro cursos na área da saúde: Bioquímica, Enfermagem, Farmácia e Medicina. O Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG) também possui uma unidade na cidade, oferecendo três cursos técnicos integrados ao ensino médio (Eletromecânica, Informática e Produção de Moda), além do curso em nível superior de Engenharia Mecatrônica. Ambas as instituições visam formar profissionais nessas áreas para suprir a demanda de mão-de-obra nos setores que mais empregam na região centro-oeste de Minas (Portal da Prefeitura de Divinópolis, 2014).

Em relação aos serviços de saúde, identifica-se que no final do século XIX e início do século XX o município de Divinópolis não contava com hospitais e havia a regulamentação de que em casos de endemias ou epidemias os doentes deveriam ser isolados em casa ou levados para um local conveniente. Por isso, o Padre Mathias Lobato, juntamente com outras figuras proeminentes da sociedade, solicitou da Arquidiocese de Mariana autorização para fundar uma Santa Casa. A Santa Casa de Misericórdia foi inaugurada em Divinópolis a 11 de maio de 1918 (Araújo, 2014).

Em 1920 foi inaugurado o primeiro Posto de Saúde de Divinópolis, que recebeu o nome de “Posto de Higiene”. Em 13 de agosto de 1933 foi instalado o Hospital Nossa Senhora Aparecida, junto a Santa Casa. Já em 1959 o médico Dr. Waldemar Rauch, fundou o Hospital Santa Lúcia. Em 1965 foi inaugurado o Hospital São Judas Tadeu. Em 1º de junho de 1968 foi inaugurado o Hospital São João de Deus; e nesse mesmo dia, porém no ano de 1972 foi inaugurado o Centro de Terapia Intensiva (CTI) do hospital. Foi em 1993 que entrou em funcionamento o Pronto

Socorro, junto ao Hospital São João de Deus. Já em 2002 foi inaugurado o Hospital do Câncer de Divinópolis. (Academia Divinopolitana de Letras, 2009).

Atualmente, o município conta com rede ambulatorial própria composta de: quinze Centros de Saúde, dezessete Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), três equipes de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), uma Policlínica, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), um Serviço de Urgência e Emergência – Unidade de Pronto Atendimento (UPA), quatro Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, sete Farmácias para dispensação de medicamentos e uma Residência Terapêutica em Saúde Mental (FRAGA, 2012).

No ano 2014, a Prefeitura de Divinópolis deu mais um passo importante para ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município, anunciando o início dos trabalhos de três novas equipes de saúde na região de Santo Antônio dos Campos (Ermida), Belo Vale e Rancho Alegre (Portal MPA, 2014).

Posto de Saúde Campina Verde

As atividades no Posto de Saúde Campina Verde como ESF tiveram início em junho de 2015. A equipe Campina Verde é responsável por um total de 2.655 pessoas, distribuídas em 668 famílias, sendo a segunda maior área da instituição em densidade populacional (Diagnóstico de Saúde da UBS Tiete, 2014).

A área de abrangência da ESF está localizada na região Oeste da cidade de Divinópolis e inclui 2 bairros: Casa Nova e Campina Verde, divididos em 4 micro áreas para garantir a atenção de saúde em todo o território. Limita ao Norte com a Rua Pão de Açúcar e Aqueduto de COPASA, ao Leste com a oficina sucursal da CEMIG e a Rua Márcio Francisco Gonçalves, ao Oeste com a Rodovia MG-050, e ao Sul com a Rua Antônio Faria. Os bairros vizinhos são: Afonso Pena a 4,3km; Bom Pastor a 5,5km e Danilo Passos a 6 km (Diagnóstico de Saúde da UBS Tiete, 2014).

Para resolver os problemas de saúde a população tem que se deslocar de ônibus ou carro até o bairro Tiete, onde está situada a ESF Campina Verde. O local onde está instalada a unidade de saúde que abriga a ESF é uma casa antiga com a seguinte distribuição: um corredor para espera, cozinha, três banheiros, uma garagem, uma sala de recepção, um consultório equipado para atendimento de pediatria, um consultório de ginecologia e obstetrícia, um consultório para atendimentos em geral e triagem de enfermagem, e uma sala para curativos que não apresenta boas condições quanto à conservação, espaço e privacidade para garantir a comodidade do paciente ou do profissional. A unidade de saúde não conta com sala de vacina, cuidados odontológicos, nem locais para realizar as atividades educativas coletivas. Estes últimos aspectos e a longa distância a percorrer para chegar ao centro de saúde têm sido queixas constantes dos pacientes. No caso dos pacientes precisarem de atendimento odontológico, psicológico, coleta de exames, ou vacinas, estes são remetidos à ESF Tiete. As atividades coletivas como grupos ou palestras são realizadas em salão de uma igreja situada no Bairro Campina Verde.

A ESF conta com uma médica estrangeira especializada em Medicina Geral Integral, uma enfermeira especializada em Saúde da Família, um técnico de enfermagem, e três agentes comunitários, sendo que atualmente a micro área 4 encontra-se inativa. Os horários de atendimento são de 7:00h as 11:00h e de 13:00h as 17:00h, de segunda a sexta feira.

Os grupos são realizados duas vezes no mês e uma vez ao mês temos horário diferenciado para aqueles pacientes que trabalham (consulta de saúde ao trabalhador).

Com relação aos procedimentos realizados na abordagem ao paciente hipertenso, na ESF Campina Verde, são realizadas as visitas domiciliares e atendimentos individuais. Quando a necessidade do acompanhamento médico é observada, os pacientes são encaminhados à Unidade de Saúde da Família.

Nas visitas domiciliares, o agente de saúde investiga a questão da medicação, faz uma avaliação física geral do paciente hipertenso como, por exemplo, se faz dieta restritiva de sal e gorduras e se pratica alguma atividade física. Para Martins *et al* (2013), a visita domiciliar é uma das estratégias mais indicadas à prestação de assistência de saúde do cliente, seja ele, um indivíduo, uma família ou uma comunidade, e deve ser realizada através de um processo racional com objetivos definidos e pautados nos princípios da eficiência. A visita domiciliar traz resultados inovadores, uma vez que, possibilita conhecer as condições de forma contextualizada do paciente, favorece a redução de gastos terciários em saúde, além de fortalecer a relação dos envolvidos.

1.1- Identificação e apresentação do problema

Durante a realização o Diagnóstico de Saúde da ESF Campina Verde, a partir da observação situacional e da pesquisa de fontes de dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), fichas de produção semanais e mensais da equipe e prontuários de pacientes, foram identificados alguns problemas de saúde que a comunidade enfrenta, entre eles, a falta de sala de vacinas e consulta odontológica que faz com que os pacientes que precisam destes cuidados sejam encaminhados à outra unidade, o que provoca insatisfação e gastos aos usuários. A localização do centro de saúde é distante do local de moradia da maioria da população, o que faz com que os pacientes tenham que se locomover de carro, ou transporte público, o qual é mais difícil em caso de pessoas idosas e mães com crianças menores de um ano. Outro importante problema identificado foi o elevado número de pacientes hipertensos, a maioria com dificuldade no controle da doença.

A priorização destes problemas foi feita a partir dos seguintes critérios: importância do problema (alta, média, baixa), urgência e capacidade de enfrentamento. Considerou-se que em relação aos dois primeiros problemas identificados (falta de sala de vacinas e consultas odontológicas) a equipe possui baixo nível de enfrentamento, pois a prefeitura e a secretaria de saúde conhecem estes problemas através das queixas dos pacientes na Ouvidoria Municipal, mas não existe ainda um plano para mudar essa situação. Dessa forma, a falta de controle dos pacientes

hipertensos fica em primeiro lugar dos problemas a serem resolvidos pela ESF. Ao verificar o SIAB e o e-SUS Mais Médicos (Sistema de Registro das Atividades dos Médicos/as do Programa), verificou-se que nos meses de março até dezembro de 2015 foram agendadas 1.676 consultas, excluindo as consultas pré-natais, puericulturas ou puérperas; delas 653 eram pacientes hipertensos (38,9%). Também se constatou que das 2.655 pessoas do território 13,7% são hipertensas, índice que preocupou a equipe. Este percentual refere-se aos pacientes cadastrados pela ESF até dezembro de 2015 (SIAB / e-SUS, 2015).

Priorização dos Problemas Identificados:

Foram estabelecidos os seguintes critérios para pontuação das categorias “Importância” e “Urgência”: alta = 3 pontos; média = 2 pontos; baixa = 1 ponto.

Para a categoria “Capacidade de enfrentamento” foi definida a seguinte pontuação: total = 2; parcial = 1; não tem capacidade = 0.

O quadro a seguir apresenta a síntese da priorização de problemas realizada pela ESF.

Quadro 01- Priorização de problemas, ESF Campina Verde, 2015.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Total de pontos
Ausência de sala de vacinas	Média (2 pontos)	Média (2 pontos)	Não tem capacidade (0 pontos)	4
Ausência de Serviço de Odontologia	Média (2 pontos)	Média (2 pontos)	Não tem capacidade (0 pontos)	4
Localização da ESF longe da população território	Média (2 pontos)	Média (2 pontos)	Parcial (1 ponto)	5
Elevada prevalência de pacientes hipertensos da área de abrangência	Alta (3 pontos)	Alta (3 pontos)	Parcial (1 ponto)	7

Fonte: Elaborado pela autora

Do acima exposto, ficou estabelecida a importância de identificar pessoas com alto risco de desenvolver a doença ou ter complicações da mesma, e que é com o acompanhamento pela equipe de saúde da família que são identificados aqueles fatores para o monitoramento e controle para o desenvolvimento de atividades de educação, promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

2. JUSTIFICATIVA:

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica que ameaça a humanidade todos os dias com as suas complicações. No Brasil, a média nacional de pessoas que referiram diagnóstico médico de HAS foi de 20,3% em homens e 25,1% em mulheres. A HAS aumenta com a idade e diminui com a escolaridade, em ambos os sexos. Em geral, constitui uma das primeiras causas de hospitalização no sistema público de saúde e representa o primeiro fator de risco de mortalidade no mundo inteiro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbitos no Brasil com cerca 30,87 % dos óbitos em todas as regiões, à frente das neoplasias que são responsáveis por 16,93 % das mortes (SIM - DATASUS, 2010).

Estudos sobre a 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 (CARVALHO, 1998).

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção (V DIRETRIZES BRASILEIRAS, 2006).

Analisando a epidemiologia da Hipertensão Arterial, verifica-se que:

Entre os fatores de risco para mortalidade a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronária. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mm/Hg. (V Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial, 2006, p.5).

A ESF Campina Verde, localizada no Bairro Tietê do Município de Divinópolis, identificou que um número crescente de pacientes hipertensos ou com fatores de risco para desenvolver a doença é diagnosticado, a maioria destes com dificuldade no controle das cifras de pressão, que não cumprem a orientação médica, com abandono do tratamento prescrito, negligência em relação aos exames de controle, frequência às consultas periódicas e falta de adesão a estilos de vida saudável.

Considerando todo o exposto, a autora realiza esta investigação que permitirá avaliar as causas ou fatores de risco que provocam o descontrole dos pacientes com hipertensão arterial da população assistida e desenvolver um plano de intervenção para o enfrentamento do grave problema de saúde que afeta a população sob os cuidados da ESF Campina Verde.

3.OBJETIVOS:

3.1- Objetivo geral:

Elaborar um plano de intervenção para reduzir as complicações causadas pela Hipertensão Arterial nos pacientes cadastrados no HIPERDIA e assistidos na ESF Campina Verde, Divinópolis, Minas Gerais.

3.2- Objetivos específicos:

- Avaliar o conhecimento de pacientes com Hipertensão Arterial sobre fatores que desenvolvem e complicam a doença.
- Identificar os fatores de risco mais frequentes que causam complicações da Hipertensão Arterial.
- Estabelecer estratégias para o controle dos pacientes hipertensos classificados como baixo, moderado, alto e muito alto risco no HIPERDIA.
- Promover modos e estilos de vida saudável na população hipertensa assistida.
- Atualizar o banco de dados do HIPERDIA.

4. METODOLOGIA:

Para a elaboração deste projeto, utilizou-se o estudo dos textos fornecidos pela plataforma Ágora, além de participação no encontro presencial proporcionado pelo curso de especialização. Foi realizada leitura do Caderno de Atenção Básica N°5: Hipertensão Arterial Sistêmica e busca de informações no site do IBGE. Foram também realizadas consultas ao banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica do Município de Divinópolis, especificamente da ESF Campina Verde e orientação tutorial.

Para a identificação dos problemas utilizou-se o método de estimativa rápida, discussão junto à equipe sobre a elaboração do projeto de intervenção. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional conforme os textos do Módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

4.1- Sujeitos envolvidos

Para a abordagem dos pacientes foram feitos o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular segundo o Escore de Framingham, abordagem individual em consulta, implantação do HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus), abordagem coletiva em grupos, e avaliação multidisciplinar especializada naqueles casos em que houve necessidade.

A intervenção incluiu um total de 160 pacientes hipertensos classificados em grupos de risco baixo, moderado, alto e muito alto cadastrados no programa de HIPERDIA da ESF Campina Verde que tiveram nos últimos 12 meses cifras elevadas de PA ou internação por complicações causadas pela doença.

Foram incluídos também aqueles pacientes que fizeram uso de dois ou mais hipotensores. Mesmo tendo a intervenção como atividade do trabalho da ESF, a participação de cada paciente foi voluntária e as ações foram desenvolvidas paralelamente às atividades rotineiras. A privacidade foi mantida através da não identificação do nome dos pacientes. Houve adesão de toda a equipe de Saúde da Família. Para a coleta de dados foram realizadas consultas individualizadas a estes pacientes fora e dentro da unidade de saúde, em local com as condições adequadas e que considerou os princípios da ética e privacidade da consulta médica. Para aqueles indivíduos que não puderam se locomover, foram realizadas visitas domiciliares.

5. REVISÃO DE LITERATURA:

A Linha Guia de Hipertensão Arterial publicada em 2013 pela Secretaria de Estado de Minas Gerais define a doença como: “uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares”.

Em outro documento esta enfermidade é conceituada como “uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem na hipertrofia cardíaca e vascular” (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

A medição da pressão arterial 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. Conforme descrito na Linha Guia de HAS utilizada pela Secretaria de Saúde de Minas Gerais

O método mais utilizado é o indireto, com técnica auscultatória com esfigmomanômetro e estetoscópio. O esfigmomanômetro coluna de mercúrio ainda é o equipamento mais adequado. O aparelho aneróide deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada seis meses (Linha Guia de Hipertensão Arterial, Secretaria de Saúde do Estado, 2013, p.32).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que níveis pressóricos de 140/90mmhg ou mais, devem ser considerados elevados (GOUDERICH, 2003).

A classificação do comportamento de pressão arterial proposta pela OMS está expressa na tabela 01.

Tabela 01- Classificação da Pressão Arterial

Classificação	PAS (mmHg)	PAD
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	86-89
Hipertensão		
Grau I (leve)	140-159	90-99
Subgrupo: limítrofe	140-49	90-94
Grau II (moderada)	160-179	100-109
Grau III (grave)	- / = 180	- / = 110

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - SBH/SBN, 2006

Na **tabela 02** estão expressas as variações dos níveis de pressão arterial (sistólica e diastólica) recomendando reavaliações periódicas para garantir o controle.

Tabela 02- Recomendações para seguimento (prazos máximos para reavaliação) *

Pressão Arterial Inicial (mmhg)**		Seguimento
Sistólica	Diastólica	
<130	<85	Reavaliar em 1 ano. Estimular mudanças no estilo de vida.
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses *** Insistir em mudanças no estilo de vida.
140-159	90-99	Confirmar em 2 meses *** Considerar MAPA/MRPA
160-179	100-109	Confirmar em 1 mês *** Considerar MAPA/MRPA
- / = 180	- / = 110	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana ***

*Modificar o esquema de segmento de acordo com a condição clínica do paciente.

** Se as pressões sistólicas ou diastólicas forem de estágios diferentes, o segmento recomendado deve ser definido pelo maior nível pressórico.

*** Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, co-morbidades e danos em órgãos-alvo).

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - SBH/SBN, 2006.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2011) explicam uma estratificação dos portadores de hipertensão arterial sistêmica, sendo definidas quatro categorias de risco cardiovascular absoluto.

Tabela 03 - Estratificação dos portadores de HAS por Risco

Classificação de Risco	Descrição
Grupo de baixo risco	Homens (55 anos) e Mulheres (65 anos), com HAS de grau 1 (Pressão Arterial Sistólica - PAS = 140 a 159mmHg e Pressão Arterial Diastólica - PAD = 90 a 99mmHg)
Grupo de risco médio	HAS grau 1 ou 2, com 1 ou 2 fatores de risco cardiovascular. Pode variar com baixos níveis de pressão arterial e múltiplos fatores de risco, enquanto outros possuem altos níveis de pressão arterial e nenhuns ou poucos fatores de risco.
Grupo de risco alto	HAS grau 2 que possuem 3 ou mais fatores de risco e são também portadores de hipertensão grau 3 sem fatores de risco
Grupo de risco muito alto	HAS grau 3, que possuem 1 ou mais fatores de risco, com doença cardiovascular ou renal manifesta

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, SBH/SBN, 2011.

Fatores de risco

A hipertensão arterial possui natureza multicausal e os seus principais fatores de risco são distribuídos entre não modificáveis (como etnia, idade, sexo e genética familiar) e modificáveis (estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade ou excesso de peso) (GOUDERICH, 2003). Alguns desses fatores serão descritos a seguir.

✓ Idade:

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 60 anos. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, ente 20% a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60-70 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (Linha Guia de HAS, 2013). Num quadro comparativo das causas de morte mais frequentes entre idosos jovens e mais velhos utilizado por Chaimovicz (2013), constata-se que em ambos os grupos

as doenças hipertensivas junto às doenças isquêmicas do coração e Insuficiência Cardíaca, encontram-se entre as oito mais importantes e aumenta o número de casos em idosos mais velhos.

✓ **Gênero e Etnia:**

Em relação ao gênero e etnia, a prevalência da hipertensão arterial é semelhante entre homens e mulheres, mas mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Segundo investigação realizada por Ávila (2010), a hipertensão arterial é duas vezes mais prevalente em indivíduos negros.

✓ **Fatores genéticos:**

Os indivíduos com predisposição genética sedentários, com dieta hipersódica, hipercalórica e hiperlipêmica podem apresentar a doença precocemente, geralmente próxima à terceira década de vida e com características de maior resistência ao tratamento. Os rins são responsáveis pelo balanço hidrosalino. Alguns indivíduos apresentam um déficit genético em excretar o excesso de sal que consomem, tornando-os hipersensíveis a esse elemento. Na hipertensão arterial primária, não há uma causa definida, mas geralmente está ligada a predisposição genética, considerando que os pacientes relatam histórico familiar de HAS nos entes mais próximos, como pais, irmãos, tios e avós (GOUDERICH, 2003).

✓ **Obesidade:**

A OMS alertou que, no mundo, 155 milhões de jovens (um a cada dez jovens) sofrem de obesidade e estão propensos a ter colesterol alto, diabetes, hipertensão e problemas cardiovasculares (ROCA, 2003). Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado (SOARES BARRETO-FILHO, 2002).

Estima-se que 60% dos hipertensos apresentam mais de 20% de sobrepeso. Peixoto (2006) sugere que cerca de 70% dos casos novos de hipertensão arterial

podem ser atribuídos à obesidade ou ao ganho de peso. Em estudo realizado com 303 indivíduos adultos, de ambos os gêneros, atendidos em um Ambulatório Universitário de Nutrição, durante o ano de 2006, na cidade de São Carlos/SP, achou-se uma prevalência de sobrepeso e obesidade em 93,4% do grupo, confirmando a associação da obesidade e hipertensão arterial, e o aumento do risco para doenças cardiovasculares (MADERS, 2010). Em Goiânia, 43,6% das pessoas estão com excesso de peso, dos quais 13,6% já obesos, encontrando-se correlação positiva entre IMC e HAS (BOAVENTURA; GUANDALINI, 2007).

✓ **Sedentarismo**

Quanto ao sedentarismo, considera-se que a atividade física reduz a incidência de HAS em indivíduos pré-hipertensos além de reduzir a mortalidade e os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares (Linha Guia de Hipertensão Arterial, 2013). Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006).

✓ **Hábitos Alimentares Inadequados:**

Entre as populações, observa-se a prevalência da hipertensão arterial aumentada com relação à ingestão do sal e ingestões dietéticas baixas de cálcio e potássio, o que pode contribuir para o risco da hipertensão (RADIGONGA; SOUZA, 2012). Existem evidências que demonstram que as dietas ricas em sódio e gorduras insaturadas cumprem um papel importante no desenvolvimento e controle da HAS (GOUDERICH, 2003).

✓ **Consumo de Álcool:**

O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006).

✓ **Tabagismo:**

Segundo Gouderich (2003), o abandono do cigarro é uma recomendação quase obrigatória para pacientes hipertensos, pois o tabagismo em conjunto com a hipercolesterolemia e HAS constitui um fator de risco importante para doença cardiovascular e cerebrovascular. Além disso, o consumo habitual do tabaco é capaz de intervir na resposta de alguns medicamentos anti-hipertensivos e diminuir sua eficácia, como é o caso, por exemplo, do Propranolol.

Tratamento

A Linha Guia de Hipertensão Arterial da Secretaria Estadual de Minas Gerais (2013) e V Diretrizes Brasileiras de HAS (2006) preconizam que o tratamento da pressão inclui o uso de medicamentos anti-hipertensivos e medidas não medicamentosas.

De acordo com orientações da Sociedade Brasileira de Hipertensão, o tratamento não medicamentoso contempla, especialmente, mudanças no estilo de vida, seguindo medidas eficazes, tais como:

- Redução do peso corporal;
- Redução da ingestão de sódio;
- Maior ingestão de alimentos ricos em potássio;
- Redução do consumo de bebidas alcoólicas;
- Exercícios físicos aeróbicos regulares.

Outras medidas que também melhoram a qualidade de vida da pessoa com hipertensão são: parar de fumar, controlar o colesterol, promover suplementação de cálcio, controlar a diabetes, adotar medidas antiestresse (meditação, massagem, ioga, tai chi chuan, pescaria, trabalhos manuais, trabalhos voluntários, etc.), evitar drogas que elevem a pressão arterial (anti-inflamatórios, anticoncepcionais, antidepressivos, anti-histamínicos, cocaína, moderadores de apetite, etc.).

O tratamento medicamentoso apresenta os seguintes princípios gerais, conforme descrito nas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBH/SBC/SBN, 2006):

- Ser eficaz por via oral e ser bem tolerado;

- Permitir a administração em menor número possível de tomadas diárias, com preferência para aqueles com posologia de dose única diária;
- Iniciar-se com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente;
- Deve-se levar em conta que quanto maior a dose, maior é a probabilidade de efeitos adversos;
- Pode-se considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3;
- Respeitar o período mínimo de 4 semanas salvo em situações especiais, para aumento da dose, substituição da monoterapia ou mudança da associação de fármacos;
- Instruir o hipertenso sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade do tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos;
- Considerar as condições socioeconômicas;
- Não ser obtido por meio de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, bioequivalência e/ou interação química dos compostos.

Destacaremos a seguir orientações que são fundamentais para os portadores de HAS, independentemente do tipo de tratamento adotado (medicamentoso ou não medicamentoso).

Princípios Gerais da Dieta:

Adotar uma dieta de baixas calorias, balanceada, evitando o jejum e as dietas "milagrosas"; consumir menos de 300 mg de colesterol por dia; ingerir pouca ou nenhuma gordura saturada; reduzir o consumo de sal a menos de 5g/dia (uma colher das de chá); evitar açúcar e doces; preferir ervas, especiarias e limão para temperar os alimentos; ingerir alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados; utilizar alimentos ricos em fibras (grãos, frutas, cereais integrais, hortaliças e

legumes preferencialmente crus); evitar alimentos industrializados (ketchup, mostarda, shoyo, caldos concentrados); embutidos (salsichas, mortadela, linguiça, presunto, salame, paio); conservas (picles, azeitona, aspargo, palmito); enlatados (extrato de tomate, milho e ervilha); bacalhau, charque, carne seca e defumados; aditivos (glutamato monossódico) utilizados em alguns condimentos e sopas empacotadas; queijos em geral; evitar alimentos ricos em colesterol e/ou gorduras saturadas: porco (banha, carne, bacon, torresmo); leite integral, creme de leite, nata, manteiga, frituras com qualquer tipo de gordura; frutos do mar (camarão, mexilhão, ostras); miúdos (coração, moela, fígado, miolos, rins); pele de frango e couro de peixe; dobradinha, caldo de mocotó; gema de ovo e suas preparações; carne de gado com gordura visível, óleo, leite e polpa de coco; azeite de dendê; castanhas, amendoim; chocolates e derivados, sorvete.

Atividade Física Regular:

As atividades físicas devem ser iniciadas em pacientes com hipertensão arterial após avaliação clínica médica. Os exercícios físicos diminuem a pressão arterial e reduzem de maneira considerável os riscos de doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade em geral. Com base no grande número de benefícios para a saúde relacionados aos exercícios e no baixo risco de morbidez e/ou de mortalidade, torna-se recomendável o exercício como parte da estratégia terapêutica inicial para indivíduos com hipertensão essencial no estágio 1 ou no estágio 2. Os tipos de atividades recomendadas são: exercícios dinâmicos, caminhada, corrida, ciclismo, dança, natação, com frequência de 3 a 5 vezes por semana e duração de 30 a 60 minutos, intensidade moderada, estabelecida de forma simples (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-SBH/SBC/SBN-2006).

Consumo de Bebidas Alcoólicas:

A ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30g de etanol por dia, contidas em 600 ml de cerveja (5% de álcool) ou 250ml de vinho (12% de álcool) ou 60 ml de destilados (Whisky, Vodca, aguardente - 50% de álcool). Este limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres, indivíduos com

sobrepesos e/ou triglicérides elevados (Linha Guia de HAS,2013; VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - SBH/SBC/SBN-2011).

Abandono do Hábito de Fumar:

Quando o tabagismo está presente, a equipe deve lançar mão de recursos disponíveis para o auxílio do indivíduo, apoiando-o nesta meta, fazendo a abordagem clínica e psicológica necessária assim como estimular o apoio familiar e de colegas de trabalho (V Diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial-SBH/SBC/SBN- 2006).

Atividades Educativas:

Araújo e Garcia (2006) alertam que, apesar da educação ter um largo efeito no conhecimento e, conseqüentemente, na adesão, esse efeito tende a diminuir com o tempo, fazendo-se necessário que tais medidas sejam efetivadas com certa periodicidade. Alguns autores referem vantagens das ações educativas grupais. Embora se deva considerar o portador de hipertensão como o foco central do processo, a adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos constituintes do processo: Portador de Hipertensão-Profissional de Saúde-Sistema de Saúde.

Complicações da Hipertensão Arterial

De acordo com Gouderich (2003), as complicações podem aparecer em qualquer momento da enfermidade e não sempre guarda relação com o tempo de evolução e o tipo de HAS. Estas complicações ocasionam alterações anatomopatológicas no coração, vasos, encéfalo e rins.

Complicações cardíacas

Cardiopatia hipertensiva: É toda afecção cardíaca que acontece em consequência da HAS. As manifestações clínicas fundamentais são a hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVI), a cardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca. A HVI é considerada um fator de risco cardiovascular independente na população hipertensa, pois favorece o desenvolvimento de arritmias, infarto e insuficiência cardíaca.

Complicações vasculares

A HAS favorece e agrava as manifestações de arterioscleroses, causando eventos cerebrovasculares e coronários. O aneurisma dissecante da aorta e a nefroangiosclerose são também complicações vasculares graves da HAS, assim como a arteriopatía periférica causante de úlceras isquêmicas nos membros inferiores.

Complicações encefálicas

A trombose e a hemorragia cerebral constituem uma causa frequente de invalidez e morte. Os acidentes hemorrágicos também podem ocorrer no espaço subaracnóideo.

Complicações renais

A HAS produz esclerose arterial e arteriolar do rim, que progressivamente evolui, sobretudo quando existe HAS maligna, à insuficiência renal terminal.

A emergência Hipertensiva

É caracterizada por condição crítica de pressão arterial com quadro clínico grave, progressiva lesão de órgãos-alvo e risco de morte necessitando de rápida redução da pressão arterial com medicamentos por via parenteral. Ocorre elevação abrupta da pressão arterial, com perda da autorregulação do fluxo cerebral e evidência de lesão vascular, com quadro clínico de encefalopatia hipertensiva, lesões hemorrágicas dos vasos da retina e papiledema (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-SBH/SBC/SBN, 2006).

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS, determinou que o controle da hipertensão arterial é responsabilidade dos serviços de atenção básica, e estabeleceu como ações estratégicas o diagnóstico dos casos de hipertensos, o cadastramento dos portadores, a busca ativa de casos, o tratamento, o diagnóstico precoce de complicações, o primeiro atendimento de urgência e as medidas preventivas, que incluem ações educativas

para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo e tabagismo) e prevenção de complicações (NOAS-SUS 01/02).

O HIPERDIA destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário SUS.

Os benefícios deste sistema:

- ✓ Orientar os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção;
- ✓ Permite conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população.

Entre as funcionalidades do HIPERDIA destacam-se:

- ✓ Cadastrar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em todo o país;
- ✓ Acompanhar a situação dos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus;
- ✓ Gerar informações fundamentais para os gerentes locais, gestores das secretarias e Ministério da Saúde (DATASUS, 2012).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para a elaboração do plano de intervenção, utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional, por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área da abrangência da equipe da ESF Campina Verde foram definidas operações para intervenção sobre o problema prioritário, neste caso a elevada prevalência de HAS.

O desenho das operações propostas para o enfrentamento do problema prioritário será detalhado nos quadros a seguir.

Quadro 02 - Operações sobre o nó crítico 1 relacionado a Elevada Prevalência de Hipertensão Arterial

Nó crítico 1	Processo de trabalho da equipe inadequado
Operação	Revisão do processo de trabalho
Projeto	“Melhoramento das condutas de trabalho”
Resultados Esperados	Condutas padronizadas e processo de trabalho organizado. Atividades programadas para os hipertensos. Cobertura ao máximo possível da população hipertensa.
Produtos Esperados	a) Sistema HIPERDIA atualizado. b) Agenda programada que inclua ações individuais, coletivas, assistenciais e promocionais. c) Estratificação de risco para as diversas condições de saúde e reorganização da agenda.
Atores sociais/ Responsabilidades	Setor de comunicação social. Equipe de Saúde. Secretário de Saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre as linhas guias e protocolos das condições crônicas pela equipe Financeiro: Para aquisição de recursos para a capacitação (material informativo impresso) Político: Apoio intersetorial e aprovação do secretário
Recursos críticos/ Viabilidade	Financeiro: material informativo impresso
Responsáveis	Gestor, médica, enfermeira.
Prazo	Três meses

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 03 - Operações sobre o nó crítico 2 relacionado a Elevada Prevalência de Hipertensão Arterial

Nó crítico 2	Baixa percepção de risco
Operação	Aumentar o conhecimento da população sobre Hipertensão e fatores de risco
Projeto	“Saber mais”
Resultados Esperados	Que os pacientes portadores da doença aumentem seus conhecimentos sobre a doença
Produtos Esperados	Grupos educativos atuantes População orientada e com conhecimento sobre HAS Pacientes com melhor controle da doença
Atores sociais/ Responsabilidades	Setor de comunicação social. Equipe de Saúde. Secretário de Saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: Propiciar à população informações relevantes sobre a HAS, e assim melhorar seu estilo de vida Financeiro: Adquirir material informativo impresso Político: Apoio intersetorial e aprovação do secretário. Mobilização Social Organizacional: organizar palestras
Recursos críticos	Financeiro: Adquirir material informativo impresso Organizacional: organizar palestras Político: Obter o apoio intersetorial
Responsáveis	Gestor, médica, enfermeira.
Prazo	Dois meses

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 04 - Operações sobre o nó crítico3 relacionado à Elevada Prevalência de Hipertensão Arterial

Nó crítico 3	Orientações inadequadas, prescrições ilegíveis.
Operação	Aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento
Projeto	“Mais Saúde”
Resultados Esperados	Profissionais preparados em educação para a saúde e um bom atendimento. Que o paciente compreenda melhor como fazer o tratamento. Garantir maior adesão ao tratamento.
Produtos Esperados	Elaboração do Receituário Eletrônico. Pacientes com melhor controle da doença. Maior número de pacientes hipertensos avaliados.
Atores sociais/ Responsabilidades	Setor de comunicação social. Equipe de Saúde. Secretário de Saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: Propiciar aos pacientes o melhor controle e autonomia sobre seu próprio tratamento. Político: Apoio intersetorial. Mobilização familiar. Financeiro: Adquirir material de escritório e técnico para gravar e imprimir as receitas. Organizacional: Organizar palestras e criar agenda para orientar os pacientes, garantir a elaboração da

	receita eletrônica.
Recursos críticos	Financeiro: Adquirir material de escritório e técnico para gravar e imprimir as receitas. Organizacional: organizar palestras e criar agenda para orientar os pacientes, garantir a elaboração da receita eletrônica. Político: Obter o apoio intersetorial
Responsáveis	Gestor, médica, enfermeira.
Prazo	Três meses

Fonte: Elaborado pela autora

6.1- RESULTADOS ESPERADOS:

Com este plano de intervenção a equipe de saúde pretende classificar os pacientes hipertensos segundo seu risco cardiovascular, utilizando o Score de Framingham. Espera-se também obter outros resultados como: alimentar o sistema HIPERDIA e elaborar o receituário eletrônico individual, criar condutas padronizadas e gerar protocolos e planejamento de trabalho organizado. Assim como criar e priorizar atividades individuais, coletivas, e grupos educativos atuantes, programados para os hipertensos e seus familiares. Além disso, elevar ao máximo possível a cobertura da população hipertensa, sobretudo daqueles com histórico de complicações e falta de controle da PA. Que os pacientes portadores da doença aumentem seus conhecimentos quanto a controle, complicações, e compreendam melhor como fazer o tratamento, garantindo maior adesão ao mesmo. A autora e seus colegas confiam obter profissionais preparados em educação para a saúde e bom atendimento, por meio da retroalimentação durante os contatos com os pacientes e seus cuidadores. Para isto serão necessários: o apoio intersetorial, a mobilização familiar, organizar palestras e elaborar uma agenda organizada, elementos que serão recursos secundários obtidos que favoreceram um melhor estilo e qualidade de vida para o paciente hipertenso. E não menos importante, a autora através deste trabalho pretende acercar-se mais à população da sua área de abrangência, conhecer seus critérios e prejuízos e se graduar como especialista em Estratégia de Saúde da Família.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam muito trabalho da equipe de saúde. É uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada e menos improvisada (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Além disso, é muito importante o processo de monitoramento e avaliação periódica de como está o controle dos pacientes hipertensos através de análise da agenda para conhecer a identificação, o cadastramento e a estratificação dos riscos dos pacientes hipertensos.

Com a aplicação das ações propostas neste estudo espera-se que os pacientes adquiram um maior nível de conhecimento sobre a Hipertensão Arterial, seus fatores de risco, medidas de controle para evitar complicações e tratamento medicamentoso da doença. Além disso, a importância de ter estilos de vida saudáveis baseados na realização de exercício físico, a manutenção do peso de acordo com a altura, uma dieta saudável, evitar situações estressantes assim como evitar os hábitos prejudiciais para indivíduos portadores da doença. Dessa forma, melhorar a qualidade de vida deles e contribuir com a educação sanitária daqueles indivíduos que ainda só apresentam fatores de risco.

Este trabalho possibilitará o melhor conhecimento da realidade dos pacientes com HAS e auxílio na condução de seu tratamento e mudanças de estilo vida pela equipe Campina Verde em Divinópolis; ainda tão jovem e promissora. Permitirá aos profissionais de saúde envolvidos a se preparar ainda mais para a prevenção, acompanhamento e controle de uma das doenças crônicas com maior prevalência nas populações dos tempos atuais. Assim, o Plano de Ação terá interferência direta no problema e buscará a melhor solução.

Espera-se com este projeto fazer um melhor controle da pressão arterial dos pacientes da comunidade e diminuir a incidência e complicações causadas pelo

aumento da mesma. Pretende-se ainda ampliar os conhecimentos por meio de orientações com informações adequadas sobre os fatores de risco e de possibilidades de evitá-los utilizando ferramentas para modificar estilos de vida.

Acredita-se que as pessoas que participarão destas intervenções educativas coletivas, ao se relacionarem com outros indivíduos que portam a mesma doença, mas com diferentes experiências, poderão por meio da aquisição de novos conhecimentos obterem melhores resultados, quer seja no tratamento ou na prevenção e controle da Hipertensão Arterial.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA DIVINOPOLITANA DE LETRAS. **Divinópolis: História Cronológica de Divinópolis**, 2009. Disponível em: <http://www.adletras.com.br/>. Acesso em 10 mai 2016.

ANDRADE, JP; NOBRE, F. *et.al.* **VI Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial, SBH/SBC/SBN**. Brasil 1.ed.2011.

ÁVILA, A. *et.al.* **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - SBH/SBC/SBN**, 2. ed., 2010.

ARAÚJO GBS; GARCIA, TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.**8.n.2, p. 259.2006.

ARAÚJO, SS. **Revisitando a História de Divinópolis: a Santa Casa da Misericórdia e seu papel na Assistência a Saúde no início do século XX**. 2014. Dissertação (Pós-graduação em História) Universidade do Minho. Portugal.

BOAVENTURA, GA; GUANDALINI, VR. Prevalência de Hipertensão Arterial e Presença de Excesso de Peso em Pacientes Atendidos em Ambulatório Universitário de Nutrição na Cidade de São Carlos, **Alim. Nutr. Araraquara**, v.18, n.4, p. 381-385, out./dez. 2007. São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Portaria Nº 373, Brasil. 2002.

CAMPOS; FARIA; SANTOS. **Módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde**. Brasil. 2010.

CARVALHO, F. *et al.* Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (3): 617-621, jul-set, 1998.

CHAIMOVICZ, F. e cols. **Saúde do Idoso**. 2.ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG: 2013. 167p.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2010.

_____. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>. Acesso em 10 mai 2016.

_____. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2015.

ESTEVEES, JP. *et.al.* **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-SBH/SBC/SBN.** Brasil. 1.ed. 2006.

FRAGA, M.*et.al.* **Por uma política de saúde do trabalhador do SUS na Secretaria Municipal de Divinópolis.** Minas Gerais, Agosto, 2012.

GOUDERICH, RR. **Tema de Medicina Interna Tomo I.** 4.ed. Habana, Cuba. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa da População.** Brasil: IBGE, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Histórico.** Brasil: IBGE, 2016.

MADERS, RJ; FREITAS, E. **Relação entre o índice de massa corporal e a pressão arterial em pacientes de programa HIPERDIA.** (Trabalho de Conclusão de Curso) UEPA, Campus Santarém, Pará. 2010.

MEIRELES, AL. *et.al.* **Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica.** 3. ed. p.25; p.32.2013.

PORTAL da Prefeitura de Divinópolis. Divinópolis, Minas Gerais: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Disponível em: <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/busca>. Acesso em 10 mai 2016.

Portal Sistema MPA - Notícias de Divinópolis e Região Centro Oeste, 2014.

RADIGONDA, B. *et.al.* **Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melitus pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados.** (Programa de pós-graduação em saúde coletiva), Universidade Estadual de Londrina, Paraná. 2012.

MARTINS, GS; PEREIRA, FCC; SOUSA, ICA. A visita Domiciliar como instrumento para humanização. Revisando a literatura. **Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX.** V.11, n.11, 2013.

SOARES BARRETO-FILHO, JAS. *et.al.* Hipertensão arterial e obesidade: causa secundária ou sinais independentes da síndrome plurimetabólica. **Rev. Brasileira de Hipertensão** vol.9, n.2, p.174: abril/2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq.Bras.Cardiol.** 2007; 89(3): e-24-e-79.

UNIDADE BASICA DE SAUDE TIETE. **Diagnóstico de Saúde da População Assistida na UBS Tiete.** Minas Gerais, Divinópolis. 2014.

