

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

MARICELA BREFFE GONZALEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PSF 2 DA CIDADE DE SANTA
CRUZ DE MINAS, MINAS GERAIS.**

UBERABA - MINAS GERAIS

2016

MARICELA BREFFE GONZALEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PSF 2 DA CIDADE DE SANTA
CRUZ DE MINAS, MINAS GERAIS.**

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

Orientador: Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório

UBERABA - MINAS GERAIS

2016

MARICELA BREFFE GONZALEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PSF 2 DA CIDADE DE SANTA
CRUZ DE MINAS, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora:

Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório - orientador

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Aprovado em Belo Horizonte, 11 de março de 2016

DEDICATORIA

Dedico este trabalho aos meus queridos filhos, Osvaldo e Zadia, razões do meu viver.

À minha família, marido e colegas de trabalho.

Aos Governos do Brasil e de Cuba que, por meio do Programa Mais Médicos, propiciaram o desenvolvimento do meu trabalho e, conseqüentemente, ajudaram na melhor qualidade da assistência do povo brasileiro.

AGRADECIMENTOS

A DEUS por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

A minha família pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

A minha orientadora pelo auxílio e dedicação.

Aos meus colegas pela cumplicidade.

A equipe do PSF Cidadão Saudável pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho.

RESUMO

Santa Cruz de Minas é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, pertencente à Mesorregião do Campo das Vertentes e à Microrregião de São João Del Rei. A população é de 7790 habitantes. Após o diagnóstico situacional feito pela equipe na área de abrangência um dos principais problemas identificados e priorizados foi a elevada incidência e prevalência das doenças crônicas como Hipertensão Arterial. Este trabalho tem como objetivo reduzir e controlar a elevada incidência e prevalência de Hipertensão Arterial (HAS). Trata-se de um estudo de intervenção educativa pela ESF Estrada Real, no município de Santa Cruz de Minas, a partir de junho de 2014 a junho de 2015. A amostra foi composta por 394 usuários hipertensos, e as variáveis foram categorizadas em: questões sociodemográficas, idade, sexo, nível de escolaridade, controle da doença hipertensiva, dieta, atividade física, peso, tratamento, estilo de vida; bem como as variáveis. Vários métodos de investigação foram aplicados: teóricos, empíricos e estatísticos. Após análise criteriosa das causas do problema, explícitas na árvore explicativa, foi possível diagnosticar e caracterizar os nós críticos quanto ao desenho operacional, recursos críticos, responsáveis e prazo para execução das ações, conforme prevê o Planejamento Estratégico Situacional. Os resultados apontam que a educação em saúde na atenção básica, especialmente desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se em um instrumento de intervenção importante para a HAS, pois conhecendo a realidade da população que assistem, as intervenções propostas pela equipe multiprofissional podem produzir resultados positivos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Educação em saúde. Atenção primária em saúde. Estudos de intervenção

ABSTRACT

Santa Cruz de Minas is a Brazilian municipality in the state of Minas Gerais, belonging to the mesoregion of the Campo das Vertentes and the microregion of São João del Rei. The population is of 7790 inhabitants. After the situational diagnosis made by team, in the area of abrangência one of the main problems identified and prioritized was the high incidence and prevalence of chronic diseases such as arterial hypertension. This work has as objective to reduce and control the high incidence and prevalence of arterial hypertension. It is a study of educational intervention in PSF No 2 Estrada Real, in Santa Cruz de Minas municipality, from June 2014 to June 2015. A sample consisted of 394 hypertensive users, the variables were operationalized as follows: diet, physical activity, weight, treatment, lifestyle; as well as the socio-demographic variables: age, sex, level of education and how the impact of variable control of hypertensive disease. Various methods of investigation were applied: theoretical, empirical and statistical. After careful analysis of the causes of the problem, explicit in the explicatory tree, it was possible to diagnose and characterize the critical regarding the operational design, critical resources, responsible and deadline for execution of shares, as predicted by the Situational Strategic Planning. The results show that education in health in the basic attention, especially in the Strategy of Health of the Family is constituted in an important intervention tool, because knowing the reality of the population who attend the interventions proposed by the multiprofessional team can produce positive results.

Keywords: Hypertension, Health Education, Primary Attention in Health, Studies of Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE:	Acidente Vascular Encefálico
ACS:	Agente Comunitário de Saúde
DCNT:	Doença Crônica não Transmissível.
ESF:	Estratégia de Saúde da Família
HAS:	Hipertensão Arterial
HIPERDIA:	Sistema de Registro e Monitorização de Hipertensão e Diabetes.
IAM:	Infarto Agudo do Miocárdio
PSF:	Posto de Saúde de Família.
PA:	Pressão Arterial.
SUS:	Sistema Unico de Saúde.

SUMARIO

1- INTRODUÇÃO -----	10
2- JUSTIFICATIVA -----	16
3- OBJETIVO -----	17
4- METODOLOGIA -----	18
5- REVISÃO DE LITERATURA -----	27
6- PLANO DE INTERVENÇÃO -----	30
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	37
REFERENCIAS -----	38
ANEXOS -----	43

1- INTRODUÇÃO

Santa Cruz de Minas é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, pertencente à Mesorregião do Campo das Vertentes e à Microrregião de São João Del Rei. Localiza-se a sudoeste da capital do estado, distando 181 km de Belo Horizonte. Ocupa uma área de 2,8 km², e possui a menor área total entre os municípios do Brasil. A população é de 7790 habitantes (3 916 homens e 4 074 mulheres), segundo a estimativa do IBGE (2012). Esta estimativa sobe para 8365 habitantes em 2014, sendo então o 429º lugar como município mais populoso estado mineiro.

A ocupação do atual município data do século XVIII, durante o processo de formação das vilas de São José del Rei e São João del Rei. O nome Santa Cruz de Minas é uma referência a um cruzeiro colocado em uma das praças da cidade. O nome "Porto Real" faz referência ao Porto Real da Passagem, que foi a primeira área de ocupação permanente de que se tem notícia na região. Este local ficava nas proximidades da atual ponte sobre o Rio das Mortes, que une os municípios de São João Del Rei e Santa Cruz de Minas.

Dada a evolução econômica e demográfica do município, em 30 de dezembro de 1962 é criado o distrito subordinado a Tiradentes, pela lei estadual nº 2.764. A emancipação para município ocorreu pela lei estadual nº 12.030, de 21 de dezembro de 1995. Nesta ocasião, o turismo passou a ser outra fonte de renda representativa, devido ao artesanato tradicional. Em 19 de abril de 2003 Santa Cruz de Minas passa a fazer parte do circuito da Estrada Real, após receber um monumento em aço demarcando o "marco zero" da rota histórica (Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais, 2008).

Em 2012, a população do município foi contada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 7 990 habitantes. Segundo o censo daquele ano, 3 916 habitantes eram homens e 4 074 habitantes mulheres, conforme quadro 1. Ainda segundo o mesmo censo, todos os habitantes viviam na zona urbana. Já segundo estatísticas divulgadas em 2013, a população municipal era de 8 298 habitantes, sendo o 429º mais populosa do estado.

Quadro 1: População urbana/rural por sexo e taxa de urbanização. Santa Cruz de Minas, 2010.

População residente masculina	3916	49%
População residente feminina	4074	51%
População urbana	7990	100%
População rural	0	0%
Taxa de Urbanização	100	100%
Total população (2010):	7990 hab.	100%

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

Também de acordo com dados do censo de 2010 realizado pelo IBGE, Tem uma densidade demográfica de 2520 habitantes por km², com uma taxa de crescimento populacional de 11,7%.

Quadro 2: Aspectos demográficos do Município de Santa Cruz de Minas, segundo a faixa etária para o ano de 201

Número de cidadãos	<1 ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60 e +	Total
Total de população	57	446	623	680	710	785	1930	1969	782	7990

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2012.

O desenvolvimento da localidade deve-se à extração e beneficiamento de areia de quartzo e indústria de beneficiamento de cal, à produção de móveis artesanais e à fabricação de produtos alimentícios. A agricultura é o setor menos relevante na economia de Santa Cruz de Minas.

A renda per capita da população era de R\$446,25 em 2010. Atualmente, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,706, considerado como alto em relação ao estado (o 1720º maior do Brasil). Na área da educação, o Índice de

Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Santa Cruz de Minas era de 3,8, no ano de 2011. O valor do índice de longevidade é de 0,839 e o de renda é de 0,660. Segundo o IBGE (2003) o coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social, era de 0,37, considerando 1,00 o pior e 0,00 o melhor.

A estrutura de saneamento básico é razoavelmente boa. Há coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências.

A luz elétrica é fornecida e distribuída pela CEMIG. A água é captada de recursos naturais locais sem tratamento por alguma estação para este fim.

O município conta com duas escolas públicas, sendo uma da rede municipal e a outra estadual, uma escola de educação infantil da rede privada, uma creche, uma igreja católica, um posto de coleta de laboratório de análises clínicas, uma clínica de fisioterapia e hidroginástica, quatro academias de ginástica privadas. O Município conta com 2 equipes de Estratégia de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde e atende 1280 famílias, totalizando 4100 pessoas.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com exames laboratoriais realizados no Laboratório Municipal. O município passou a programar ações prioritárias como: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde Bucal, Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes (Saúde do Idoso), Programa de Saúde nas Escolas, Atividade Física - Vida Ativa; Farmácia Básica. O Município tem 100 % de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), permitindo uma melhor assistência a toda população, no acompanhamento dos grupos.

As referências para a média e alta complexidade são realizadas para São João Del Rei e Belo Horizonte. O sistema de referência e contra referência ainda não está estruturado no município, devido a baixa adesão da atenção secundária. Este é um dos problemas identificados pela equipe de saúde de Santa Cruz de Minas.

A nossa ESF é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma nutricionista, quatro agentes comunitários de saúde, um recepcionista, um auxiliar de serviços gerais, e funciona de segunda a sexta de

7:00 às 16:00 horas.

Segundo os dados do SIAB (2013) o município tinha cadastrado: 1317 pacientes portadores de hipertensão arterial, 419 portadores de diabetes, 1 portadores de tuberculose.

As principais causas de internação no ano de 2013, segundo dados do SIH/DATA SUS, foram: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, neoplasias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho geniturinário.

As principais causas de óbitos em 2013 foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. A taxa de mortalidade infantil foi de 12.7/1000 nascidos vivos que, apesar de bastante elevada, apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior.

A cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 87%.

A ESF Estrada Real identificou os respectivos problemas de saúde mais prevalentes na população, e a classificação das prioridades segundo quadro 3:

- Elevada incidência e prevalência de Hipertensão Arterial (HAS);
- Falta de adesão ao tratamento, particularmente entre os idosos hipertensos;
- Alto índice de analfabetismo , principalmente entre os idosos;
- Baixos nível de escolaridade;
- Alto índice de tabagismo, alcoolismo e consumo de droga;
- Deficiente controle de risco preconcepcional;
- Deficiente cumprimento dos programas de prevenção do câncer (colo de útero, próstata, bucal, entre outros);
- Uso indiscriminado de psicofármacos;
- Áreas descobertas de agentes comunitários.

□ Falta de contrarreferência dos hospitais, em casos de urgência, e atenção especializada.

Quadro 3: Classificação das prioridades para os problemas de saúde identificados no PSF Santa Cruz de Minas, 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada incidência e prevalência de Hipertensão Arterial (HAS)	Alta	8	Parcial	1
Falta de adesão ao tratamento, particularmente entre os idosos hipertensos	Alta	7	Parcial	5
Deficiente cumprimento dos programas de prevenção do câncer (colo de útero, próstata, bucal, entre outros).	Alta	7	Parcial	2
Uso indiscriminado de psicofarmacos	Alta	7	Parcial	4
Alto índice de tabagismo, alcoolismo e consumo de droga	Alta	7	Parcial	3
Baixos nível de escolaridade Alto índice de analfabetismo, principalmente entre os idosos.	Alta	6	Parcial	6
Áreas descobertas de agentes comunitários	Alta	6	Parcial	8

Fonte: PSF Estrada Real, Santa Cruz de Minas, 2015.

O principal problema identificado e priorizado foi a elevada incidência e prevalência das doenças crônicas como Hipertensão Arterial. Ao caracterizar os hipertensos: 212 são analfabetos, 23 moram sozinhos, 223 são idosos. ,

Os nós críticos identificados foram: baixo nível educacional dos hipertensos, falta de adesão dos hipertensos ao tratamento, processo da equipe inadequado

para o controle da HAS

Outros fatores de risco para a HAS identificados pela equipe foram: falta de hábitos de vida saudável, desinformação sobre a doença e as orientações, dificuldade do seguimento da orientação, dificuldades de leitura por parte do paciente e/ou do cuidador (baixa escolaridade/analfabetismo), ausência de cuidador.

Assim, a principal questão que impulsionou a realização deste estudo foi a elevada incidência e prevalência da HAS que vem interferindo diretamente na qualidade de vida destes pacientes.

2- JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma doença e um fator de risco, considerada como um grande desafio para a saúde pública, pois a doença cardiovascular é a principal causa de morte em muitos países do mundo. A cada ano 7,6 milhões de pessoas morrem em todo o mundo devido à hipertensão, sendo que 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como Brasil. Mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos (MALACHIAS, 2010).

Aproximadamente 17 milhões de brasileiros são portadores de hipertensão arterial, 35% da população de hipertensos está situada na faixa etária de 40 anos ou mais. Esse número tem aumentado e a cada vez mais em idades mais precoce. Estima-se que aproximadamente 4% das crianças e adolescentes também sejam portadores (BRASIL, 2006).

No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (2002) indicam que o envelhecimento populacional acarretará no aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) a Hipertensão Arterial Sistêmica associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. (REV. BRAS. HIPERTENSÃO , 2010).

3- OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a qualidade de vida em pacientes com HAS pela Equipe de Saúde da Família 2 – Estrada Real - do Município de Santa Cruz de Minas, em Minas Gerais .

Objetivos Específicos:

- Promover educação em saúde aos pacientes e familiares como autocuidado apoiado no tratamento da hipertensão;

.- Promover uma qualificação dos profissionais para detecção precoce da hipertensão tanto no acolhimento, quanto nas consultas e visitas domiciliais;

- Identificar os fatores de risco que levam ao aparecimento da hipertensão para uma ação rápida sobre eles.

4- METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho, será utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS, 2010).

Inicialmente foi realizada a revisão de literatura a respeito do tema proposto nas bases de dados online: Lilacs e Scielo . Os seguintes descritores foram utilizados: hipertensão arterial e atenção primária à saúde. A partir dos dados coletados, todo o material passou pela análise da autora.

Após a revisão da literatura, foi iniciado o trabalho com a equipe de saúde com a finalidade de iniciar a organização de um grupo educativo para os hipertensos do município. Essa etapa foi desenvolvida através de encontros entre os integrantes da ESF - Estrada Real – para obtenção do diagnóstico situacional da área de abrangência e capacitação dos profissionais.

Nos encontros com a equipe de saúde foi elaborado um roteiro pré-estruturado com os seguintes tópicos: situação atual da hipertensão no município, experiência da equipe com grupos, estratégias para implantação e manutenção de atividades de educação em saúde e construção do projeto de intervenção na área da equipe Saúde da Família 2 Estrada Real para enfrentamento do problema de alta incidência e prevalência de Hipertensão Arterial e suas complicações. A partir do primeiro encontro, foram traçadas metas com divisão de funções a cada responsável e cronograma.

No segundo encontro foram planejadas as reuniões do grupo. Nessa ocasião foram discutidas as estratégias de divulgação das reuniões, atividades e dinâmicas a serem desenvolvidas nas reuniões, estratégias de manutenção do grupo.

Posteriormente, para obter os dados e identificar os problemas para o diagnóstico situacional da área, foram utilizadas três fontes principais de coleta do método de estimativa rápida.

-Observação ativa na área – foram desenvolvidas pelo médico, pela equipe de enfermagem e pelos ACS, que conhecem a população pertencente à unidade.

-Entrevistas – foram realizadas no próprio local de trabalho da ESF. Escolhemos informantes-chaves dentro das comunidades. Foi utilizado um

questionário curto desenvolvido pela própria equipe de saúde.

Por meio de registros – foram utilizados os prontuários médicos, diagnóstico de saúde anterior e demais registros existentes no PSF, assim como registros dos hospitais.

Foi feito um cronograma de trabalho com a quantidade de horas a serem utilizadas e as pessoas que iriam participar. A seleção da amostra foi feita tendo em conta a disponibilidade dos hipertensos para participar na investigação, e foi composto por 394 usuários hipertensos. Foram excluídos os usuários com alterações na capacidade de compreensão, raciocínio, memória, audição e linguagem que poderia afetar a qualidade da informação fornecida por este.

Após a realização dos trabalhos nos grupos de usuários foram identificadas algumas categorias, conforme visualizado na tabela 1. O grupo etário predominante foi o grupo de 60 anos e mais com 38,8%, seguido pelo grupo de 50-59 anos com 33%. Além disso, houve uma prevalência do sexo feminino na maioria dos grupos.

Tabela 1: Distribuição por faixa etária e sexo identificados no PSF Estrada Real, em Santa Cruz de Minas. MG, 2015

Faixa etária	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Feminino	%		
De 20-29 anos	12	3	8	2	20	5,1
De 30-39 anos	21	5,3	17	4,3	38	9,6
De 40-49 anos	23	5,8	30	7,6	53	13,5
De 50-59 anos	53	13,5	77	19,6	130	33
De 60 e mais anos	74	18,8	79	20,1	153	38,8
Total	183	46,4	211	53,6	394	10

Fonte: PSF Estrada Real, 2015

A prevalência da Hipertensão Arterial aumenta à medida que a população envelhece, constituindo a doença crônica mais prevalente na população idosa. Atinge mais de 50% da população acima de 65 anos, aumentando em 7 vezes o número de insuficiência cardíaca e duas vezes o número de acidentes vascular cerebral (CABRERA, 2007).

Tratando-se da variável idade, vários trabalhos a consideram como um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da hipertensão arterial, devido à alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, como consequência do processo de envelhecimento. Com o aumento da idade aumenta a incidência de hipertensão arterial que é explicada pelo fenômeno multifatorial e uma associação de processo aterosclerótico (CONTRERAS, 2005).

Há um predomínio do sexo feminino, conforme tabela #1, que coincide com revisão da literatura (CABALLERO, 2008). Há estudos que dizem que no homem ela aparece depois dos 30 anos e na mulher, após a menopausa. (PALERO, 2005)

No variável nível de escolaridade, tabela 2, ficou demonstrado que há uma tendência na queda da média da pressão arterial sistólica e da proporção da hipertensão arterial, conforme o grau de educação aumenta. Talvez isso ocorra devido à influência de outros fatores, como a ocupação e fatores de ordem social. Há uma menor prevalência da doença com o aumento do nível de escolaridade, sendo este dado relevante, já que irá interferir diretamente na assimilação das orientações necessárias ao tratamento. (FARIAS, 2005).

Tabela 2: Comportamento do nível de escolaridade com o controle da HAS no PSF Estrada Real, em Santa Cruz de Minas. MG, 2015.

Nível de escolaridade	Nº de Usuários com cifras HAS controladas		Nº de Usuários com cifras HAS não controladas		Nº de Usuários com cifras HAS	
		%		%		%
Analfabeto	0	0	0	0	0	0
Ensino fundamental	101	25,6	53	13,4	154	39,1

não terminada						
Ensino fundamental terminada	125	31,7	16	4,1	141	35,8
Ensino Médio	82	20,8	5	1,3	87	22,1
Educação Superior	9	2,3	3	0,8	12	3
Total	317	80,4	77	19,6	394	100

Fonte: PSF Estrada Real, 2015

Observou-se que do total de 394 usuários há uma predominância do ensino fundamental incompleto com 53 usuários representando 13,4%, seguido de ensino fundamental completo com 16 usuários, representando 4,1%. O ensino médio com 5 usuários representou 1,3% e com educação superior com 3 usuários atingiu 0,8%. Isto pode ser explicado porque as pessoas com maior nível de escolaridade têm um maior conhecimento sobre a doença, melhor estilo de vida, melhor hábito higiênico dietético e uso da medicação conforme indicação médica. Outros estudos concordam que o nível cultural e educação pode influenciar as doenças hipertensivas. Também encontraram um número maior de usuários não controlados com complicações em aqueles com nível de escolaridade mais baixo, devido ao pouco conhecimento da doença, maus hábitos alimentares, estilo de vida inadequada e abandono do tratamento médico. (OLSEN, 2005)

Na Tabela 3 observou que 316 usuários têm história familiar de hipertensão arterial e outros fatores de risco correspondendo a 82,2%. A hipertensão arterial não ocorre isoladamente. A maioria dos pacientes hipertensos tem outros fatores de risco cardiovasculares. Muitos desses fatores de risco são modificáveis, portanto recomendações para a mudança de estilo de vida são extremamente importantes para a prevenção e controle da hipertensão. (COASTA, 2009).

Tabela 3: Antecedentes patológicos familiares de HAS e outros fatores de risco no PSF Estrada Real, em Santa Cruz de Minas. MG, 2015.

Usuários com antecedentes patológicos familiares e outro fatores de risco	Frequencia	%
Sim	316	80,2
Não	78	19,8
Total	394	100

Fonte: PSF Estrada Real, 2015

Alguns autores sugerem que a história familiar está presente como um fator de risco de hipertensão, diabetes mellitus e altos níveis de lipoproteínas, embora haja famílias com elevado risco de doença vascular prematura que não estão associados com qualquer um dos fatores de risco conhecidos. A frequência desta doença é 3.8 vezes maior entre aqueles com história familiar de hipertensão arterial justificados pela teoria genética, que sugere que a hipertensão é uma desordem de transmissão poligênica, devido a pequenos efeitos genéticos independentes que trazem uma predisposição genética. (FARIAS, 2005)

Outros estudos epidemiológicos relatam que vários fatores de risco também podem estar relacionados à pressão arterial elevada, dentro destes são mencionados: sedentarismo, dieta rica em sódio, fatores socioculturais, alcoolismo, tabaquismo, hiperlipidemia, doenças como a cardiopatia isquêmica, cerebrovasculares e diabetes mellitus (LESMESS, 2007)

A prática de atividade física reduz a incidência de hipertensão arterial em indivíduos pré-hipertensos e reduz a mortalidade e risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (ÁVILA, 2010), além de promover um envelhecimento saudável (COSTA, 2009). O estilo de vida sedentário aumenta o risco de HAS entre 20 e 50% provocando uma diminuição do desenvolvimento da circulação colateral, bem como a função miocárdica inadequada, e promove o aparecimento de outros fatores de risco cardiovasculares, tais como arteriosclerose, diabetes mellitus e hipertensão. (REJA, 2005)

Sabe-se que o consumo de álcool prolongado pode aumentar a pressão arterial e também a mortalidade cardiovascular em geral (ÁVILA, 2010).

Segundo Costa, (2009); o fumo é a principal causa de mortalidade cardiovascular no mundo, embora a cessação de fumar não diminui os níveis de pressão arterial. O abandono é a medida mais eficaz para reduzir os riscos de problemas cardiovasculares.

O perfil da população brasileira mudou em relação aos hábitos alimentares, principalmente na quantidade de alimentos ingeridos, levando à obesidade, e na composição da dieta, com predominância do sódio. (JARDIM, 2007). Autores sugerem que dietas ricas em frutas, vegetais e produtos de baixo teor de gordura reduzem o risco cardiovascular, contribuindo para a redução de peso e redução na pressão arterial (COSTA, 2009)

Diante do exposto, acredita-se que as medidas educativas para estimular mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares da população ainda são insuficientes, provavelmente porque a população não tem amplo acesso as informações sobre prevenção primária de diversas doenças (COLTRO, 2009).

Segundo Coltro (2009) a prevalência de fatores de risco modificáveis cardiovasculares na população do estudo indicam que existe um considerável grau de desinformação sobre prevenção desses fatores, sugerindo a necessidade contínua de medidas de saúde pública que promovam educação e prevenção primária, intensificando ações direcionadas a indivíduos idosos e com sobrepeso.

Para Toledo (2007), a Estratégia de Saúde da Família é caracterizada como um modelo focado no desenvolvimento de ações preventivas e promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, sendo a promoção de saúde um processo de capacitação da comunidade para promover a melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo a sua participação neste processo. (TOLEDO, 2007)

Ao interrogar os usuários sobre o nível de conhecimento de tratamento não farmacológico, ficou demonstrado que antes da intervenção educativa havia pouco conhecimento sobre o mesmo, ou seja, menos da metade do grupo (20,8%), sabiam sobre a importância do tratamento não farmacológico. Houve modificação significativa após a intervenção. Dos pacientes entrevistados 100% sabiam da importância não farmacológica, conforme tabela 4.

Tabela 4: Nível de conhecimento del tratamento não farmacológico no PSF Estrada Real, em Santa Cruz de Minas. MG, 2015.

Tratamento não farmacológico	Antes		Depois	
Sim conhecian	82	20,8	394	100
Não conhecian	312	79,2	0	0
Total	394	100	394	100

Fonte: PSF Estrada Real, 2015

A ocorrência de hipertensão levou pesquisadores a estratégias importantes do tratamento não-farmacológico como: reduzir a ingestão de sodio, gorduras de origem animal, álcool, conservação do peso ideal, a ingestão adequada de potássio, cálcio e magnésio na dieta. Além disso, mudanças no estilo de vida com práticas de exercicios físicos isotônicos e psicoterapia compotamental, incluindo autorelaxamento e meditação são hábitos que podem favorecer o controle da hipertensão. Desta forma, estas medidas são muito benéficas na maioria dos pacientes hipertensos (OPS, 2015).

Na tabela 5, é exposto o controle da hipertesão antes e depois da intervenção educativa, com redução dos fatores de risco modificáveis e melhor cumprimento do tratamento anti-hipertensivo.

Tabela 5: Controle HAS antes e depois da intervenção educativa no PSF Estrada Real, em Santa Cruz de Minas. MG, 2015.

Controle das pressões		Nº	%
Pré-intervenção	Sim	216	54,8
	Não	178	45,2
	Total	394	100
Pos-intervenção	Sim	298	75,6
	Não	96	24,4
	Total	394	100

Fonte: PSF Estrada Real, 2015

O tratamento medicamentoso é capaz de contribuir de alguma maneira para o controle da pressão, em alguns casos conseguem uma redução significativa nos valores de pressão, entretanto, esse fenômeno não é permanente. Todos os

pacientes devem ser adequadamente estimulados e convencidos da importância da terapia não-medicamentosa, porque é a principal medida a ser realizada em todos os casos e muitas vezes é a terapia mais adequada (DEBASTOR, 2005)

Alguns autores sugerem começar com mudanças de estilo de vida em pacientes hipertensos leves e moderados antes de iniciar qualquer tratamento medicamentoso. Ao utilizar este regime não-farmacológico como tratamento definitivo ou auxiliar poderá evitar os efeitos indesejáveis que em maior ou menor grau têm qualquer das drogas hipotensoras (BARRETO, 2007).

Ao analisar a avaliação qualitativa do nível de conhecimento nas diferentes fases da investigação em na tabela 6, com base nas notas obtidas em cada avaliação, percebeu-se que antes da intervenção educativa o nível de conhecimento dos pacientes sobre a HAS era ruim (65,5%) e apenas um (14,5%) atingiu uma classificação boa. Após o programa educacional implementado estes valores mudaram favoravelmente com 68% dos pacientes com bom conhecimento da HAS. Isso mostra que fazer um trabalho educativo contínuo pode aumentar a conscientização da comunidade sobre a melhor forma de prevenir e agir sobre os fatores de risco que causam doenças crônicas e suas complicações.

Tabela 6: Evolução qualitativa do nível de conhecimento antes e depois da utilização da técnica participativa no PSF 2 Estrada Real, em Santa Cruz de Minas. MG, 2015.

Classificação da utilização da técnica participativa	Antes		Depois	
	Nº	%	Nº	%
Bom	57	14,5	268	68
Regular	79	20	123	31,2
Mal	258	65,5	3	0,8
Total	394	100	394	100

Fonte: PSF Estrada Real, 2015

Neste estudo, ver os principais fatores de risco para a doença hipertensiva, pode influenciar sozinho ou aumentar o seu potencial quando mais de um risco para a mesma doença são adicionados. A implementação de estilos de vida saudáveis na população, pode prevenir o risco de desenvolver hipertensão ou

contribuir para o tratamento de forma positiva, por isso requer uma atenção especial para cada fator de risco.

5- REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença de natureza multifatorial, crônica não transmissível e envolve complexos aspectos etiológicos. Possui como característica principal é a elevação da pressão arterial que é resultado do aumento da resistência arteriolar e a redução da capacidade do sistema nervoso. Está associada a alterações metabólicas hormonais, fenômenos tróficos e diversos fatores de risco como a hereditária, idade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e obesidade (CHAVES, 2006).

A hipertensão arterial pode ser influenciada pela participação do indivíduo portador dessa patologia, considerando os fatores como a aceitação da doença, controle e conhecimento da mesma e aparecimento de complicações. É definida como tendo valores de pressão arterial sistólica > 160 mm Hg e diastólica > 95 mm Hg. A hipertensão limítrofe é aquela com valores sistólicos de 140 a 160 mm Hg e diastólicos de 90 a 95 mm Hg. A normotensão é a pressão arterial sistólica < 140 mm Hg e diastólica < 90 mm Hg. Aproximadamente 30% da população adulta sofre de hipertensão e em muitos países tornou-se a razão mais forte para consultas médicas e foi a principal indicação de uso de drogas. Com o envelhecimento da população, a prevalência de HAS irá aumentar a menos que sejam implementadas medidas preventivas eficazes (BASEGGIO, 2010).

Atualmente, a Hipertensão Arterial é considerada um importante problema de saúde pública. É frequentemente assintomática, silenciosa e em muitos casos seu diagnóstico é tardio. Quando apresenta sintomas geralmente estão associadas a agravos em órgãos alvos podendo levar o indivíduo a dependência física e comprometimento funcional. O paciente com hipertensão deve ser abordado pelos profissionais de saúde para melhor atuação, diagnóstico, prevenção e tratamento (CUNHA; et al., 2012).

Buscando o controle de todas estas questões o Ministério da Saúde do Brasil criou em 2002 o programa HIPERDIA, que é um Sistema de Registro e Monitorização de Hipertensão e Diabetes de todas as pessoas afetadas por estas doenças visto na rede de Atenção Básica. O sistema permite o acompanhamento dessas pessoas através da saúde pública com a definição do perfil epidemiológico e planejamento de

ações voltadas para melhorar a sua qualidade de vida e redução de custos sociais (MINAS GERAIS, 2010).

A OPAS/OMS(2010), procura intensificar estratégias e ferramentas para facilitar o desenvolvimento das atividade de detecção precoce, avaliação permanente e ampliação do nível de conhecimento da população desta doença. Além de identificar os fatores de risco e o impacto causado por HAS e a implicação de que seu controle e prevenção representa para a saúde pública (OPAS/OMS, 2010).

A Hipertensão Arterial (HAS) é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Essas doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, motivo pelo qual representam agravos à Saúde Pública, dos quais 60% a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014)

As alterações morfológicas e fisiológicas são mais freqüentemente observadas nos seguintes órgãos: coração (hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência cardíaca, doença coronária, encéfalo (doença cerebrovascular hemorrágica ou isquêmica, encefalopatia hipertensiva), rim (insuficiência renal crônica), retina (retinopatia hipertensiva), e vasos (aneurismas de aorta, dissecantes ou não; aneurismas de outros vasos; obstrução arterial crônica.(COTRAN & ROBBINS, 2005)

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 65% do total de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos. Entre as doenças cardiovasculares, o acidente vascular encefálico (AVE) e o infarto agudo do miocárdio (IAM) são as mais prevalentes. Sem dúvida, a HAS constitui o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja primeira causa de morte, o AVE, e doença renal crônica terminal tem como origem a hipertensão não-controlada. (BASSEGIO, 2010)

As Doenças Cardiovasculares são ainda responsáveis pela alta frequência de internações e óbitos, proporciona alto custos médicos e socioeconômicos. A doença renal terminal, outra condição frequentemente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de dialise no SUS e mais de 8 mil óbitos no Brasil por ano. (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010)

Na prevenção primária medidas não medicamentosas como as mudanças no estilo de vida as quais reduzem a PA e a mortalidade cardiovascular são recomendadas. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a 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 de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo. (ROSAS, 2006)

As estratégias para implementação de medidas de prevenção contra a HAS representam um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do SUS, enquanto o Sistema de Saúde Suplementar Complementar assiste aproximadamente 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

6- PLANO DE INTERVENÇÃO

Para a “seleção dos nós críticos”, foram identificadas na árvore dos problemas as causas que alteraram positivamente outras causas.(TANCREDI, 1998)

Para obter os dados e identificar os problemas utilizamos as três fontes principais de coleta do método estimativa rápida.

1-Na observação ativa na área: Desenvolvida com o próprio trabalho no PSF tanto do médico a equipe de enfermagem como de os ACS, que tanto conhecem a população pertencente à unidade.

2-Entrevistas: Para isso escolhemos informantes chaves dentro das comunidades como aquelas ativas dentro das comunidades que gostam conhecer tudo, falar de todos os temas, alfabetizadas, que trabalhem na prefeitura e em as secretarias também donas de casas, aposentados, e trabalhem em as diferentes áreas do município, líderes comunitários, e religiosos, trabalhadores das escolas, comerciantes lideranças informais. Utilizando questionário curto elaborado por a própria equipe de saúde.

3-Nos registros: Utilizamos os prontuários médicos, diagnostico de saúde anterior ou travessia de saúde, e demais registros existentes no PSF, assim como registros dos hospitais. Fizemos um cronograma de trabalho com a quantidade de horas a utilizar e as pessoas que vão a participar.

Realizamos um roteiro com a organização adequada para a entrevista aplicamos o roteiro às pessoas a participar e obtivemos em conjunto com ajuda dos registros de informações e a observação os principais problemas que são os seguintes:

Problemas de saúde:

- Elevada incidência e prevalência de Hipertensão Arterial (HAS)
- Falta de adesão ao tratamento, particularmente entre os idosos hipertensos
- Alto índice de analfabetismo , principalmente entre os idosos.
- Baixos nível de escolaridade
- Alto índice de tabagismo, alcoolismo e consumo de droga

- Deficiente controle de risco preconcepcional.
- Deficiente cumprimento dos programas de prevenção do câncer (colo de útero, próstata, bucal, entre outros).
- Uso indiscriminado de psicofarmacos.
- Áreas descobertas de agentes comunitários.
- Não existe contrarreferência alguma de hospitais em casos de urgência ou atenção especializada.
- Não existe local para pacientes que necessitem de observação, oxigênio e alguns medicamento de urgencia.

A classificação das prioridades foi feita a partir da análise dos seguintes pontos: Atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema, distribuindo pontos conforme sua urgência, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto, numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios. A partir disso, foi selecionado o problema de maior prioridade pelo resultado da aplicação dos critérios acima referidos. Dessa forma, a elevada incidência e prevalência de Hipertensão Arterial foi citado como o principal problema a ser resolvido.

Após análise criteriosa das causas do problema, explícitas na árvore explicativa, foi possível diagnosticar três nós críticos:

- Hábitos e estilos de vida não adequados para Hipertensão Arterial;
- Nível de conhecimento baixo da população sobre Hipertensão Arterial;
- Processo de trabalho da Equipe inadequado para enfrentar o problema priorizado.

Tabela 7: Desenho das operações para os nos críticos do plano da elevada prevalência e incidência de Hipertensão Arterial no PSF 2 da Cidade de Santa Cruz de Minas. Minas Gerais, 2015.

Nos críticos	Operação/ projeto	Resultados	Produtos	Recursos Necessários
Hábitos e estilos de vida não adequados em Hipertensos	Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir número de pacientes de hipertensos e obesos, tabagistas, alcoólicos	Programa de caminhadas e campanhas na rádio local	Cognitivo: para estimular informação de hipertensão e diabetes Organizacional: organizar caminhadas e agenda de trabalho
Nível de conhecimento baixo sobre Hipertensão	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da Hipertensão Arterial	População mais informada	Campanhas educativas na rádio local Panfletos educativos sobre hipertensão	Cognitivo: conhecimento sobre hipertensão. Financeiro: para elaboração dos panfletos Político: mobilização social Organizacional: organizar a agenda de trabalho
Processo de trabalho da Equipe inadequado para enfrentar o problema	Liberar agenda com programação de consultas de hipertensos. Organizar a estrutura do serviço para melhorar atendimento a hipertensos. Promover busca ativa	Agenda bem organizada Satisfação do usuário por atendimento programado Terminar com as filas em posto de saúde	Maior número de pacientes hipertensos avaliados Acompanhamentos dos agentes comunitários em visitas domiciliares Programa	Organizacional Organizar agenda em consultas e visitas domiciliares periódicas Adequação de referências contra referências

de hipertensos	ção cada mês de atividades de promoção
----------------	--

Fonte: PSF Estrada Real, 2015.

A Tabela 8 apresenta os recursos críticos para enfrentamento dos nós críticos do problema da prevalência de Hipertensão Arterial de forma a mudar hábitos e estilos de vida, aumentar o nível de informação da população sobre Hipertensão e organizar estrutura do serviço para melhorar atendimento de hipertensos de acordo a agenda.

Tabela 8: Recursos críticos para enfrentamento dos nós críticos do problema aumento da prevalência e incidência de Hipertensão Arterial no PSF 2 da Cidade de Santa Cruz de Minas, Minas Gerais. 2015

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Modificar hábitos e estilos de vida	Financeiro: para adquirir panfletos educativos Organizacional: para organizar caminhadas Político: Conseguir um espaço na rádio local
Aumentar o nível de informação da população sobre Hipertensão	Financeiro: para elaboração de panfletos Políticos: Articulação intersetorial
Organizar estrutura do serviço para melhorar atendimento de hipertensos de acordo a agenda	Organizacional: Organizar o atendimento destes pacientes de acordo a agenda Financeiros: Recursos necessários para a estruturação do serviço Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

Fonte: PSF Estrada Real, 2015.

A tabela 9 apresenta o plano operativo desenvolvido pela ESF 2 – Estrada Real - e consistiu na elaboração do plano operativo, com o objetivo de designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das intervenções. O prazo proposto para realização do projeto foi de seis meses, de janeiro de 2015 a junho de 2015. A atribuição de tarefas e prazos encontra-se resumida na mesma.

Tabela 9: Plano operativo desenvolvido no PSF Estrada Real em Santa Cruz de Minas, Minas Gerais, 2015.

Operações	Resultados	Produto	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Modificar Hábitos e estilos de vida	Diminuir o número de hipertensos sedentários, obesos, tabagistas, alcoólicos.	Aumentar o número de consultas programadas e visitas domiciliares Implantar o programa de caminhadas Estabelecer campanha educativa na radio local	Apresentação do projeto na Secretaria de Saúde	Médico e enfermagem	Seis meses
Aumentar o nível de informação sobre Hipertensão	Repassar à população mais informada sobre Hipertensão e suas complicações	Palestras educativas sobre hipertensão Campanhas educativas na radio local Capacitação dos agentes comunitários Grupos operativos	Apresentar o projeto na Secretaria de Saúde	Médico e enfermagem	Dois meses Três meses Dois meses
Reorganizar o processo de trabalho organizar agenda de trabalho busca ativa de pacientes hipertensos	Aumentar o número de diagnósticos e controle da HAS Conhecer a população de risco Organizar a agenda Aumentar o número de pacientes pesquisados	Maior número de pacientes avaliados Programar atividades todos os meses Aumentar o número de visitas domiciliárias	Implementar o projeto	Coordenadora da Atenção Básica e Médico	Três meses

Fonte: PSF Estrada Real, 2015.

A tabela 10 apresenta a planilha de acompanhamento do plano de ação, momento tático-operacional. Está descrita a gestão do plano, cujos objetivos são desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Tabela 10: Acompanhamento do plano de ação no PSF Estrada Real em Santa Cruz de Minas, Minas Gerais, 2015.

Problema nós críticos: Hábitos e estilos de vida não adequados em Hipertensos					
Coordenação: Médico e enfermagem					
Operação	Produtos	Responsável	Gestão, acompanhamento e avaliação	Prazo	Situação atual
Modificar Hábitos e estilos de vida	Apresentar o projeto para Secretaria de Saúde	Médico e enfermagem	Programação Mensal	Jul/2015	Apresentado
	Diminuição o número de hipertensos, sedentários, obesos, tabagistas, alcoólicos com o aumentar o número de consultas programadas e visitas domiciliares	Médico, enfermagem e ACS	Programação Mensal	Seis meses	Término: Indeterminado
	Implantar o programa de caminhadas	Médico, enfermagem e ACS	Programação Mensal	Seis meses	Término: Indeterminado
	Estabelecer campanha educativa na radio local	Médico, enfermagem	Programação Mensal	Seis meses	Término: Indeterminado
Problema nós críticos: Nível de conhecimento baixo sobre Hipertensão					
Coordenação: Médico e enfermagem					
Operação	Produtos	Responsável	Gestão, acompanhamento e avaliação	Prazo	Situação atual
Aumentar o nível de informação sobre Hipertensão	Apresentação do projeto na Secretaria de Saúde	Médico e enfermagem	Programação Mensal	Jul/2015	Apresentado
	População mais informada sobre Hipertensão e suas complicações com palestras educativas, campanhas educativas na radio local	Médico, enfermagem	Programação Mensal	Três meses	Término: Indeterminado

	Capacitação dos agentes comunitários Grupos operativos	Médico , enfermagem	Programação Mensal	Dois meses	Término: indeterminado
Problema nós críticos: Processo de trabalho da Equipe inadequado para enfrentar o problema					
Coordenação: Médico e enfermagem					
Operação	Produtos	Responsável	Gestão, acompanhamento e avaliação	Prazo	Situação atual
Organizar a estrutura do projeto para melhorar o atendimento de hipertensos de acordo a agenda	Apresentação do projeto na Secretaria de Saúde	Médico , enfermagem	Programação Mensal	Jul/2015	Apresentado
Reorganizar o processo de trabalho de acordo a agenda	Reorganizar o processo de trabalho de acordo a agenda	Coordenadora na Atenção Básica e Médico	Programação Mensal	Três meses	Implementação do projeto
	Promover busca ativa de pacientes hipertensos				
	Aumentar o número de diagnósticos e controle da HAS	Médico , enfermagem	Programação Mensal	Três meses	Término: indeterminado
	Conhecer a população de risco	Médico , enfermagem e ACS	Programação Mensal	Três meses	Término: indeterminado
	Organizar agenda				
	Aumentar o número de pacientes pesquisados	Médico , enfermagem	Programação Mensal	Três meses	Término: indeterminado

Fonte: PSF Estrada Real, 2015.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento das doenças não transmissíveis na área de abrangência é igual ao comportamento do país e do mundo, existem muitos fatores de risco associados à prevalência da HAS: obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dieta com excesso de sal e gorduras, fatores genéticos e estresse. A HAS vem se comportando como a epidemia moderna nos dias atuais e se tornando um grande problema de saúde pública. Esta doença está cada vez mais crescente na população adulta. Este estudo é de fundamental importância, pela busca de uma melhor assistência visando a qualidade de vida dos hipertensos.

O plano de ação se mostra uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia. Por meio dele levam-se em conta todas as variáveis conhecidas do problema em questão, facilitando sua resolução. A elaboração do plano de intervenção no PSF 2 Estrada Real, foi de suma importância para poder traçar metas e ações que proporcionaram um atendimento humanizado a esses usuários, com a finalidade de manter seus níveis pressóricos normais seguindo os preceitos do Ministério da Saúde.

Acredita-se que a educação dos indivíduos portadores de hipertensão arterial seja o melhor caminho para o alcance de tais objetivos, não sendo apenas uma transmissão de conteúdos referentes à patologia e ao tratamento, mas sim para promover a adaptação dos usuários ao tratamento da hipertensão arterial. Para se chegar a essa adaptação, é preciso que os indivíduos estejam motivados para que tais mudanças ocorram e, também, para que assimilem os conhecimentos que poderão melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Demonstrou que na atenção primária com a promoção e prevenção de saúde é possível a diminuição e controle das doenças não transmissíveis.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Adriana; et al. **Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária**, Rio de Janeiro, 2010. v. 17, n. 1, p. 7-10.

BABA, R; Koketsu, M; Nagashima, M; Inasaka, H; Yoshinaga, M; Yokota, M: **Bibliomed sobre hipertensão arterial**. Rev. Cubana. Med. Gral. Int. 2008: 12(3)211-27. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu>>. Acesso em jul. 2014

BASEGGIO, E,C; *et al*: **Avaliação do Risco Cardiovascular com Base na Escala de Framingham. XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica**. Universidade do Vale do Paraíba, 2010.

BARRETO, Ramos, JL; Morfi, Samper, R; REYES, Figueroa, M; CABRERA, Leal, G,A: **Diagnóstico del programa de ejercicios físicos realizados en el Circulo de abuelos "Abel Santamaria"**. Rev Cubana Enfermer. 2007:23(4). Disponível em: <<http://scielo.sld.cu>>. Acesso em jul. 2014

BAYAME, H; OLIVA, M; HORSFORT, R; RANERO, V; COUNTIN, G: **Metodología de la investigacion em APS**. Cuba. Ciencias Médicas. 2006.

BEEVER, D.G. & MACGREGOR, G.A: **Hypertension in practice**. London, Martin Dunitz, 1987.

BOROBIO, DJ: **Los mayores y la familia**. Rev Univ. Pontificia de Salamanca, 1996:24(13)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção a hipertensão e ao diabetes mellitus**. Ministério da Saúde: Brasil. 2006.

CABRERA, M, A, S; JOBIM, E, F, C. Prevalência de hipertensão arterial em idosos atendidos no programa saúde da família. conclusão referências ISSN 2317-5079: **Assistência de enfermagem ao portador de hipertensão**. SILVA, M; et al. R. Interd. v. 7, n. 2, p. 156-164, abr- mai- jun. 2014. SILVA, M.V. et al. Rev. Envelhecimento e saúde, Jardim Alegre-PR, v. 2, n. 13, 2007.

CHAVES, E,S; et al: **Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial**. Revista brasileira de enfermagem, Brasília, n. 59, v. 4, p. 543-547, jul/ago, 2006.

COTRAN & ROBBINS: **Patologia estrutural de funcional**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

COLTRO; et al: **Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de eventos de educação em saúde.**Revista da Associação Médica Brasileira,vol.55,n.5.São Paulo 2009.

COTRERAS, M; Conrado, I: **Mortalidad General Guárico2003-2004.San Juan de los Morros** ,2005.

COSTA,MARIA F.F.et al: **Comportamento em saúde entre idosos hipertensos.** Revista de Saúde Pública vol.43,supl.2,São Paulo,2009.

CUNHA, F, F; REGO, L, P; VILHENA, A, O:**Medicamentos como fatores de risco para hipertensão arterial secundária para a enfermagem.**Revista Brasil,São Paulo,v.11,n.6,20012.

DEBASTOR, M; BORGES, J: **Enfermedad cerebrovascular, Registro de datos del servicio de neurología del hospital universitario de caracas.** Rev. Venez Neural-Neurocir, 2005,1(2):75-80.

DIVISÃO TERRITÓIAL DO BRASIL E LIMITES TERRITORIAIS(1ºde julho de 2008):**Divisão Territorial do Brasil Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística(IBGE).**Página visitada em maio,20014.

FARÍA E; Decerchio, A; Fernández, E; Camacho, S; González, A; Romano, A; et: **Factores relacionados com el control de la hipertensión arterial.**4to.Congreso Virtual de Cardiología,2005. Disponível em:
<<http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/factores-relacionados>>Acesso em jul.2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA(IBGE) (1º de julho de 2013):
Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data em 1 de julho de 2013.

JARDIM,Paulo, César, B; Veiga: **Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira.**Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia.v.88,n.4,p.452-457.2007.

KUSCHNIR, Maria, C, C; Mendça, Gulnar A,S: **Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes.** Jornal de Pediatria v.83 n.4, Porto Alegre, Jul-ago.2007.

LESMES, Serrano,A,Gerrero de M,Sánches,Jiménes,M,A.Capítulo 1.16.**Crisis**

hipertensivas. Índice 1. Definición y concepto (1 de marzo de 2007). Disponível em: URL:<<http://www.unitet.edu>>. Acesso em jan.2015

LLISTERRI, Caro, J, L; Rodriguez, Roca, G, C; Alonso, Moreno, F, J; Banegas, J, R; Gonzalez, Segura, Alisa, D; Lou, Arnal, S; et al: **Control de la presión arterial em la población hipertensa española atendida em Atención Primaria.** Estudio PRESCAP 2006. Med Clin (Barc), 2008. p. 130, 681-687.

MALACHIAS, Marcus, V, B. Revista Brasileira de Hipertensão: **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Palavra do Presidente. Rio de Janeiro: v. 17, n. 1, p. 2-73, 2010.

MARTÍN, Cañas, P: **Hipertensión Arterial em los ancianos. Prevalencias, Factores asociados y prácticos de control em Campiñas, Sao Paulo, Brasil.** Cod Saúde Pública 2006; 22(2):285-94.

MION, D, Jr; Gomes, M, A; Fernando, N e col: **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Arq Bras Cardiol. 2004; 82(supl 4):1-14.

MINAS GERAIS. Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais (SESMG): **Atenção à Saúde do Adulto Hipertensão e Diabetes.** Belo Horizonte, 2010.

NOBREF; *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 57 p, 2010.

NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, F: **Segundo periodo de vida.** Psicología y Salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2001:165-9.

OLSEN, J, K: **The effect of change in activity in voluntary association on life satisfaction among people 60 and over who have been active through time.** Dissertation Abstracts International: p. 80-107, 2005.

OPS/OMS: pide dar más atención al control de la hipertensión. Disponível em: <www.paho.org>id=950:opsoms-pide-dar-mas-atencion-al-control-de-la-hipertension&Itemid=340>. Acesso em: fev.2015.

OPS/OMS, 2010: Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Disponível: <www1.paho.org< JNC7-interactivo>. Acesso em: fev.2015.

OURO, B: **Estudio de la incidencia de hipertensión arterial en consultorios del policlínico de Lawton.** Rev Cubana. Med.Gral.Int.2008;16(4)319-24.

PALERO, Z, E: **Hipertensión Arterial Sistémica Encuesta em las ciudades de la Paz Bolivia,** 2005, Disponível em:<<http://www.bago.com.bo/latidos/vol5n6/.htm>>. Acesso em jan.2015

PÉREZ, Caballero, M, D; Dueñas, Herrera, A; Alfonso, Guerra, J; Vásquez, Vigoa, A; Navarro, Despaine, D; Hernández, Cueto, M; et al: **Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento.** Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de hipertensión arterial. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.

PUNTES, L, M; Dueñas, A: **Control del paciente hipertenso en el área de salud.** Rev.Cubana Cardiol Cir Cardio 2007. Disponível em: <<http://www.sld.cu/sitios/revcardiologia>>. Acesso em jun.2014

REJA, B, S;Bhoraskar,A,S; Narasq,S: **Risk factor for coronary Heart disease in Asia Indias.**Lancet 2005;648(9036):1241-2.

REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO: **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.**v.17,n1 jan/mar de 2010.

REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. v. 21, N. 4, out/dez ,2014. 177

ROSAS, .P, M: La Hipertensión Arterial em Mexico y su relación com factores de riesgo. Archivos de cardiología e México,vol.32,2006

Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais (1 de julho de 2008):**Divisão Territorial do Brasil.**Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística(IBGE)Disponível <https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Santa_Cruz_de_Minas>.Acesso em jun.2014

TOLEDO, Melina, Mafrá:**Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial:uma nova ótica para um velho problema.**Revista Educação em Saúde no enfrentamento da Hipertensão Arterial,v.16,n.2,p.233-228,abr-jun.2007.

VAUGHAN, C; Delanty, N: **Hypertensive emergencies.** Lancet 2005; 356:41-7.

VÁZQUEZ, A; Cruz, N: **Hipertensión arterial en el anciano**. Rev Cubana Med 2004; 39(1): 22-7.

ANEXO

Dados Gerais

Sexo : Feminino(F)____ Masculino(M)____

Edade em anos

30-39 anos____

40-49 anos____

50-59 anos____

60 e mais anos____

Nível de educação

Analfabeto____

Ensino fundamental não terminada____

Ensino fundamental terminada____

Ensino Médio____

Educação Superior____

1-Que você entende por doença hipertensiva?

Coloque um X a sua resposta

A__ Doença aguda,de etiologia variada caracterizada por diferentes sinais e sintomas sem elevação da pressão sanguínea.

B_x Doença crônica,de etiologia variada caracterizada por diferentes sinais e sintomas com elevação da pressão sanguínea.

C__Doença crônica,de etiologia variada caracterizada por diferentes sinais e sintomas sem elevação da pressão sanguínea.

2-La presença de hipertensão familiar é importante no desenvolvimento desta doença.

A_x Sim

B__Não

3- Em relação ao tratamento da hipertensão dizer:

A_x Eu usá-lo diariamente,independentemente da pressão arterial.

B__ Eu usá-lo apenas para baixar a pressão arterial.

C x Somente um médico pode mudar o tratamento.

D__ É preferível usar sedativos, quando a pressão sanguínea sobe.

E x Cumprir com o tratamento dietético é muito importante.

F__ Eu posso mudar o tratamento para uma que sugere-me um amigo.

G x Os usuários com esta doença deve ser verificada periodicamente.

H__ Uma vez controlado o abandono do tratamento da pressão.

I x Exercícios de prática sistemática é favorável para o tratamento da hipertensão.

J__ Tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas favorece o tratamento de la hipertensão.

K x Evite o estresse e praticar técnicas de relaxamento favorece o tratamento da hipertensão.

4 -Senale das seguintes manifestações clínicas que correspondem com hipertensão.

A__ Vômitos D x Dor no peito G__ Corrimento uretral

B x Dor de cabeça E__ Diarréia H x Falta de ar

C__ Dor nas costas F x Visão turva I__ Falta de apetite

5- Coloque um x em medidas preventivas contra a hipertensão que você acredita.

A x Praticar regularmente exercícios físicos de acordo com a idade.

B x Evitar o estresse.

C__ O uso do preservativo durante o sexo.

D__ Alimentos feitos com gordura animal.

E x Erradicar o hábito de fumar.

F x Verificar a pressão três vezes or ano, pelo menos.

G__ Ingestão de bebidas alcoólicas.

H x Dieta de frutas e legumes fresco.

I__ A ingestão excessiva de sal na dieta.

6-Você consideraque a hipertensão é um problema:

A x Sociais C x Psicológico

B x Econômico D __ Ambientais

7- Das seguintes complicações sofridas por pacientes com hipertensão.Cuales você sabe?

A__ Diabetes Mellitus. D__ Doença de úlcera péptica perfurada.

B x Insuficiência cardíaca. E x Hemorragia cerebral

C x Nefropatia F x Angina de peito

8- Indique o risco de sofrer de hipertensão.

A x Obesos D x História familiar de hipertensão. G x Sedentário

B__ Adolescentes E x Grávida H x Hábitos alimentares
inadequados

C x Lideres F__ Deportista I__ Dona de casa