

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

AYMARA MARIANA ROMEU OLIVERA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE FATORES
DE RISCO CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA AREA
DE CATARINA, SETE LAGOAS-MG.**

SETE LAGOAS- MINAS GERAIS

2016

AYMARA MARIANA ROMEU OLIVERA

PROJETO DE INTERVENÇÃO: EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE FATORES DE RISCO CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA AREA DE CATARINA, SETE LAGOAS-MG.

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

Orientadora: Rebeca dos Santos Duarte Rosa

SETE LAGOAS-MINAS GERAIS

2016

AYMARA MARIANA ROMEU OLIVERA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE FATORES
DE RISCO CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA AREA
DE CATARINA, SETE LAGOAS-MG.**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa.Rebeca dos Santos Duarte Rosa –

Examinador 2: Zilda Cristina dos Santos

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de junho de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que guia nossos passos, permitindo que hoje seja possível a realização de meu sonho neste país e permitirme continuar a minha caminhada que não tem sido fácil.

Aos meus filhos, imprescindíveis na minha vida, meus amores eternos, meus tesouros mais prezados que cada dia me dão as forças necessárias para continuar nesta luta pelo nosso futuro.

Aos meus pais, que sempre estão presentes na minha vida profissional e pessoal, sem eles minha vida não teria sentido nenhum, minha eterna gratidão e meu amor incondicional hoje e sempre.

Com vocês vou compartilhar o êxito deste esforço e as horas dedicadas com todas as dificuldades e as distancias que temos vivenciado.

Obrigada meus amores

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que tem influenciado em minha experiência pessoal e profissional no Brasil, especialmente ao nosso professor Jean Barrado, a primeira pessoa que nos orientou e dedicou um tempo importante de sua vida para nos preparar.

Agradeço o apoio da Secretária de Saúde do Município de Sete Lagoas, especialmente à Coordenadora de Atenção Básica, Sueli Lacerda, por estar sempre disposta a esclarecer qualquer dúvida e com muito amor é capaz de disponibilizar as ferramentas necessárias para que sejamos melhores profissionais do SUS.

Agradeço a todos os integrantes de minha equipe Catarina principalmente a minha técnica de enfermagem Amanda Abreu e a minha enfermeira Renata e as agentes comunitárias de saúde; sem elas tenho certeza que o funcionamento da unidade não seria completo.

A minha gratidão à Profa.Rebeca dos Santos Duarte Rosa por sua orientação para o desenvolvimento deste trabalho.

“A verdadeira aprendizagem acontece quando temos a certeza que ela será útil. E que nos tornará mais capacitados para atuarmos numa sociedade que exige: prontidão, habilidades e competência”.

Ana Fraga

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia que atinge cerca de 30% da população adulta e faz parte do grupo de doenças cardiovasculares como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doença vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana. Este trabalho tem como objetivo elaborar um Projeto de Intervenção para educação da população sobre fatores de risco, controle e prevenção de hipertensão arterial na área de abrangência da equipe de Catarina do Programa de Saúde da Família do Município de Sete Lagoas, em Minas Gerais. Para elaboração deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema utilizando publicações do Ministério da Saúde e artigos científicos disponíveis nas bases SciELO e Biblioteca Virtual da Saúde(BVS). Como critérios de inclusão foram utilizadas publicações no idioma português, a partir do ano de 2000, com os seguintes descritores cruzados entre si: hipertensão arterial, Fatores de Risco, Prevenção e controle, Complicações. Além disto foi realizado um projeto de intervenção com vistas a melhorar a qualidade de vida dos hipertensos. A equipe considerou importante entender a gênese do problema que estamos enfrentando a partir da identificação de suas causas e lograr assim uma melhor intervenção dos serviços de saúde. Como direcionamento das ações está o trabalho multiprofissional, centrado nas peculiaridades de cada indivíduo, voltado para a prevenção e promoção de saúde, abrangendo não apenas o paciente, mas todo o seu núcleo familiar. Conclui-se que a execução das ações do projeto de intervenção contribuirá para a melhoria da saúde da população, diminuindo em longo prazo as complicações derivadas da HAS. A população, quando aumenta seu conhecimento torna-se capaz de diminuir a incidência dos fatores de risco associados e também de evitar as complicações destas doenças, comuns na sociedade.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial, Fatores de Risco, Prevenção e controle, Complicações

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a disease that affects about 30% of the adult population and is part of the group of cardiovascular diseases as one of the most important risk factors for the development of cerebrovascular disease, kidney and heart failure and arterial disease coronary. This paper aims to draw up an intervention project to educate the population about risk factors, prevention and control of hypertension in the area covered by Catarina team's Health Program Municipality of Sete Lagoas family in Minas Gerais. Preparation of this work was carried out a literature review on the subject using publications of Ministry of Health and scientific articles available in SciELO and Virtual Health Library (VHL). Inclusion criteria were used publications in Portuguese, from 2000 with the following descriptors crossed each other: high blood pressure, risk factors, prevention and control, complications. In addition it carried out a intervention project order to improve the quality of life of hypertensive patients. The team considered important to understand the genesis of the problem we are facing from the identification of the causes and thus achieve a better intervention of health services. As directing actions are multi-professional work, focused on the peculiarities of each individual, focused on prevention and health promotion, covering not only the patient, but all his household. It was concluded that the implementation of the actions of the intervention project will contribute to improving the health of the population, reducing long-term complications of hypertension. The population increases when their knowledge is able to reduce the incidence of risk factors and also to avoid the complications of these diseases, common in society.

Keywords: Hypertension, Risk Factors, Prevention and Control, Complications

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

ESF - Equipe de Saúde da Família.

FUMEC- Fundação Mineira de Educação e Cultura.

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica.

IDEB- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.

IDM- Índice de Desenvolvimento Humano.

MS - Ministério da Saúde.

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

PA- Pronto Atendimento.

PMSL – prefeitura municipal de Sete Lagoas.

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde.

SENAC- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

SENAI- Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial.

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica.

SISREG -Sistema Nacional de Regulação

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso.

UBS -Unidade Básica de Saúde.

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1- Morbidade referida segundo a micro área na área de abrangência da equipe de saúde da família, bairro Catarina.

Quadro 2. Tratamento medicamentoso: princípios gerais. Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Quadro 3. Classes de anti-hipertensivos. Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Quadro 4. Agentes anti-hipertensivos disponíveis no Brasil. Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Quadro 5. Classificação de prioridades para os problemas identificados.

Quadro 6. Identificação das operações para os nó crítico baixo nível de informação da doença relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Catarina, em Sete Lagoas, Minas Gerais

Quadro7. Identificação das operações para os nó crítico Estilo de vida inadequado relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Catarina, em Sete Lagoas, Minas Gerais

Quadro 8. Identificação das operações para os nó crítico Assistência inadequada ao usuário com HAS da população da Equipe de Saúde da Família Catarina, em Sete Lagoas, Minas Gerais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA.....	19
3. OBJETIVO.....	20
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	21
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	22
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

Sete Lagoas é uma cidade situada na região centro-sul do estado de Minas Gerais (Zona Metalúrgica), localizada aproximadamente a 70 quilômetros de Belo Horizonte, capital do estado, é conhecida como a terra das lagoas encantadas, contando com diversas belezas naturais e com um ecossistema rico em cursos de água, recursos naturais e áreas verdes. A cidade destaca-se pela exploração do ferro-gusa, com usinas que arrecadam uma grande parcela de seu faturamento, além de abrigar indústrias de cerâmica, têxtil, de calcinação, de agricultura, de ardósia, com destaque especial por ser uma das quatro cidades do país que abriga a Embrapa, tendo sido a cidade escolhida por uma montadora de carros multinacional, a Fiat Iveco, para sediar sua fábrica no Brasil. (IBGE, 2014).

Quanto aos aspectos demográficos a população é de 225.362 indivíduos, predominantemente urbana (97.8%). A densidade demográfica do município é de 423.41 hab./km², enquanto no Estado de Minas Gerais é de 33.3 habitantes por km² e no Brasil é de 22.4 habitantes por km². A taxa de crescimento da população do município de Sete Lagoas é de 1.48% sendo que a população do Estado Minas Gerais cresce a uma taxa de 0.9% e no Brasil a taxa é de 1.17% por ano (IBGE, 2014).

Segundo o site da Câmara Municipal de Sete Lagoas, o município tem uma área de 537 km² apresenta relevo constituído por colinas suaves, côncavo-convexas e altimetria média entre 700 e 800 m.

Quanto aos aspectos socioeconômicos o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) evoluiu em 48.7% representando avanços positivos no desenvolvimento social e econômico da população e na educação que evoluiu em 134.2%, o índice de longevidade evoluiu 17.2% e o índice de renda evoluiu em 19.7%, considerado um desenvolvimento positivo. (IBGE, 2014).

Sete Lagoas possui cerca de 63 mil domicílios, sendo que 98% deles se localizam na zona urbana (IBGE, 2014).

Segundo informes da prefeitura municipal (PM) a cidade é polo da região, atendendo as diversas demandas dos municípios que a circundam. Além de eventos anuais que atraem turistas de todo o país, como a Exposete e o Carnasete, Sete

Lagoas explora parte de seu potencial turístico, principalmente por estar incluída no circuito das grutas, abrangendo então sua ampla diversidade natural. (PM, 2016)

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014), a rede de ensino municipal conta com 46 escolas (infantil e fundamental). São 27 escolas estaduais de ensino médio e 47 escolas particulares. A taxa de alfabetização do município é de 96,7%.

Possui ensino profissionalizante: SENAI, SENAC e FUMEC mantida pela Prefeitura Municipal, concursos profissionalizantes e um Centro Universitário (24 cursos superiores), um campus da Universidade Federal de São João Del Rey (03 cursos) e três faculdades particulares (12 cursos superiores). O Instituto de Educação Continuada da PUC MINAS oferece diversos cursos de pós-graduação. No município se localiza o centro nacional de pesquisa de milho e sorgo da EMBRAPA e os modernos centros de desenvolvimento de novos produtos automotivos da IVECO e dos motores Fiat Power Train (IBGE, 2014).

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)(2013) revela que hoje 4.724 famílias estão em situação de extrema pobreza no município. Com uma estimativa de que cada uma dessas famílias tem 3,5 integrantes, o número de habitantes na miséria somaria 16.534 moradores.

Segundo o site da Secretaria Municipal de Saúde os dados relativos ao sistema local de saúde relatam que o Conselho Municipal de Saúde do município é formado por representante do governo, prestadores de serviço, profissionais de Saúde e usuários, sendo a presidenta a secretaria municipal de saúde. (PMSL,2014)

Dados registrados na Secretaria Municipal de Saúde(2014)mostra ainda que em 2001 a cidade de Sete Lagoas foi contemplada com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal nos termos estabelecidos pela Portaria MS/GM No. 1.886 de 18/12/97 e Portaria no MS/GM no 267 de 06/03/01, respectivamente. Hoje conta com 39 equipes de estratégia de saúde da família cobrindo 65% da população (132.000 habitantes),sendo assim ,há 14 anos, os cidadãos contam com esse serviço que visa a orientação e prevenção de doenças.

Atualmente, a cidade possui 39 ESF contemplando 147 bairros com o programa. A seleção destes bairros foi feita de acordo com a necessidade socioeconômica, nível de carência e distância do centro da cidade. O município conta com um CEO - Centro de Especialidades Odontológicas, dezesseis ESB - Equipes de Saúde Bucal e três Equipes de NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (2014) explicam que o sistema de referência e contra referência funciona da seguinte forma, os encaminhamentos urgentes se fazem todos ao Hospital Municipal e Hospital da Maternidade Nossa Senhora das Graças, aquelas situações de adoecimento que não podem ser solucionados dentro do município são encaminhadas para especialistas em Belo Horizonte através do Consórcio Intermunicipal de Saúde. No município funcionam as redes de saúde de média complexidade, estas são compostas por diferentes profissionais: assistentes sociais, arte terapeutas, cuidadores, dentistas especialistas, enfermeiros especialistas, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, médicos especialistas (todas as especialidades), além dos recepcionistas, assistentes administrativos e auxiliares de serviços gerais. O trabalho dessas equipes também deve priorizar a atenção aos grupos de risco (gestantes, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos) além daqueles usuários cujo processo de adoecimento exige cuidados diferenciados daqueles dispensados na Atenção Básica.

O Município conta com redes de alta complexidade como tratamento ao paciente portador de doença renal crônica e outros serviços especializados pertencentes à atenção terciária, mas a maior parte dos casos é enviada a Belo Horizonte, para um atendimento mais especializado. A comunidade tem hospitais ou clínicas da rede particular e laboratórios onde fazem as coletas de exames e análises dos resultados.(PMSL, 2015)

Em se tratando dos aspectos epidemiológicos, as principais causas de Internação no ano de 2013 foram: complicações do diabetes, acidente vascular cerebral (AVC) e câncer; e as principais causas de óbitos, foram: infarto agudo do miocárdio (IAM), complicações da Diabetes Mellitus, AVC e câncer(SIH/DATASUS, 2013)

A equipe de saúde da família (ESF) Catarina situa-se geograficamente no perímetro urbano do município distando-se no centro da cidade aproximadamente três km. Possui uma equipe de saúde da família, composto por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde, um atendente da portaria, uma auxiliar de serviços gerais, uma equipe de saúde bucal composta por dentista e auxiliar de consultório dentário, uma equipe do NASF com uma assistente social, uma nutricionista, uma psicóloga, uma fisioterapeuta e um professor de educação física. A unidade funciona ininterruptamente de 7 h até 17 h. São feitos atendimentos como: vacinação; pequenos procedimentos como curativos; micro nebulização; exames preventivos (Papanicolau); visitas domiciliares; acompanhamento a gestantes, crianças, idosos e acompanhamento de pacientes hipertensos, diabéticos e demais doenças crônicas não transmissíveis.

Após levantamento local pela equipe de saúde identificou-se A população é desprovida de rede pluvial. O bairro é servido por 2 linhas de ônibus, sendo uma ligando bairro a bairro e a outra fazendo uma ligação de bairro á centro. Todos os domicílios desse território são de alvenaria, com acesso a energia elétrica.

A região é composta por uma escola pública de primeiro grau, próxima a ela, existe uma praça onde grupos de ginástica que fazem parte do grupo operativo de diabéticos e hipertensos usam para fazer caminhadas e exercícios de alongamento, cinco mercearias com padaria sendo estes com açougue, três igrejas. (COHASA,2013).

Os serviços existentes do Bairro são (luz elétrica, água, telefonia, ESF e Ponto de atendimentos) De acordo com os dados do SIAB(2014), quanto ao abastecimento de água, 98,78% tem água tratada chegando até o domicílio, 1,22% usam poço ou nascente.

A infraestrutura física da unidade é adequada, sendo a construção de alvenaria, possui ventilação e iluminação adequadas.

Pelos dados obtidos no diagnóstico de saúde da equipe no ano 2015 são cadastrados 3040 habitantes, deles 1619 é a população feminina e 1421 a população masculina. Contamos com 576 pacientes hipertensos, 184 diabéticos, 11 gestantes e 14 pacientes menores de um ano.

Foi realizada uma discussão com a equipe para levantar os problemas de saúde que temos na comunidade onde realizamos atendimento. Foi constatado que a área de abrangência está muito necessitada de atenção em todos os aspectos não somente em relação à saúde, também relacionado à aspectos econômicos, sociais e ambientais.

Os dados de morbidade referidos mais frequentes da área de abrangência de Catarina estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1- Morbidade referida na área de abrangência da equipe de saúde da família, bairro Catarina, município de Sete Lagoas, 2015.

MORBILIDADE	MICRO AREAS						
	01	02	03	04	05	06	TOTAL
DIABETES	27	35	34	31	27	33	187
HAS	72	59	90	104	82	112	519
ALCOOL E DROGAS	5	7	4	5	8	9	38
SAUDE MENTAL	2	3	4	9	5	11	34
CARDIOPATIAS	2	5	4	3	9	2	25
HANSENIASE	0	0	0	0	0	0	0
TUBERCULOSE	0	0	0	0	0	0	0
DOENÇAS PULMONARES	6	3	5	2	7	8	31

Fonte: ESF Catarina 2015.

Portanto foi necessário estabelecer uma ordem de prioridade de cada um dos problemas, pois a equipe não dispõe de recursos humanos e financeiros para o enfrentamento de todos ao mesmo tempo. Assim em nossa área o problema mais relevante é o número elevado de pacientes com hipertensão arterial sendo este priorizado para a realização deste trabalho devido sua alta incidência e complicações gerando inúmeras internações além de também constituírem risco de morte importante para a população vulnerável.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica deve ser considerada um problema de saúde pública. É um importante fator de risco cardiovascular e sua prevalência gira em torno de 20%. Grande parte dos hipertensos desconhece sua condição e, dos que conhecem apenas cerca de 30% apresentam controle adequado. No Brasil, a pesar de não haver estudo de prevalência com representatividade nacional e com padronização adequada, os estudos localizados mostram sempre valores elevados na incidência e prevalência da HAS.(OLMOS; LOTUFO, 2002).

HAS, é uma doença que atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e cerca de 50% destes não sabem que são hipertensos, por serem muitas vezes assintomáticos.(FERRAIS, BUGLIA, 2001).

Por isso achamos muito importante a identificação deste problema de saúde em nossa área, que é tão frequente na população brasileira em sentido geral e universalmente.

Identificar e intervir nos pacientes com HAS é nosso objetivo para assim diminuir as consequências que vão aparecer em longo prazo e silenciosamente mas de uma forma letal.

Pelo descrito, nos sentimos motivados a realizar este projeto de intervenção visando a educação da população sobre a HAS, fatores de riscos e complicações do ESF Catarina, no município de Sete Lagoas, em Minas Gerais.

2JUSTIFICATIVA

Para Ximenez e Melo (2010), o controle adequado da hipertensão não é suficiente apenas às medidas de orientação, mas também, estratégias que auxiliemos indivíduos na mudança de atitude, exigindo ações de prevenção e promoção da saúde.

As mudanças de hábitos devem ser esclarecidas ao paciente através da administração de palestras explicativas e distribuição de folhetos sobre os fatores de riscos e sobre sua atuação na hipertensão arterial, de acordo com a faixa etária dos hipertensos (CONVERSO; LEOCÁDIO, 2005).

Assim, é fundamental o acompanhamento sistemático dos pacientes afetados por este agravo, especialmente no nível da atenção básica à saúde, mais próximo e acessível a essa população.

Por este motivo nossa equipe considerou importante a discussão do problema que neste momento tem um impacto e uma transcendência realmente significativa em nossa área de abrangência. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção, portanto a proposta é viável.

O médico da ESF realizará esta pesquisa com o intuito de desenvolver com sucesso as ações educativas de saúde, atividades de promoção- prevenção e reabilitação, atuando sobre fatores de risco e priorizando as ações de saúde.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para abordar a importância da educação em saúde para uma melhor assistência na prevenção e controle da HAS.

4 METODOLOGIA

Primeiramente, foi realizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), sendo utilizada a metodologia da Estimativa Rápida para identificar os problemas enfrentados pela comunidade adscrita ao território e pela equipe de saúde do ESF Catarina, município Sete Lagoas, Minas Gerais (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foi feita observação ativa da área e da equipe, principalmente, durante as visitas domiciliares.

Foram selecionados os problemas mais importantes para a comunidade naquele momento, sendo priorizado um deles, a partir desse ponto, os nós críticos do problema selecionado foram definidos e, para cada um deles, foram identificados resultados e produtos esperados, assim como os recursos necessários em todas as situações. Em seguida, foram definidos os atores que controlam cada um dos recursos críticos, sendo também selecionado o prazo para que isso ocorra.

Posteriormente, definiu-se o plano operativo, com a eleição de responsáveis por cada uma das operações e o estabelecimento de prazos para execução das mesmas.

Após priorizar o problema, foi feita uma revisão de literatura sobre o tema, considerando as revistas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Scientific Electronic Libray Online (SciELO), bem como no acervo da biblioteca virtual do NESCON, manuais do Ministério da Saúde, diretrizes, livros texto e materiais oferecidos no Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família disponibilizados na Plataforma Ágora, além de dados obtidos na própria Unidade Básica de Saúde.

Como critérios de inclusão para o material selecionado considerou-se textos publicados em português, entre os anos de 2005 e 2015 e com os seguintes descritores hipertensão arterial, fatores de risco, prevenção e controle, complicações que foram cruzados para a busca textual.

As intervenções foram propostas considerando a viabilidade para realização com os recursos disponíveis no município.

Estas estratégias foram formuladas com intuito de aumentar o nível de conhecimento da população sobre HAS, visando melhorar a qualidade de vida de nossas crianças e adolescentes.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores à 140mmHg de pressão sistólica e/ou90mmHg de diastólica – em pelo menos duas aferições subsequentes – obtidas em dias diferentes ou em condições de repouso e ambiente tranquilo (SILVA; SOUZA,2004). Valores pressóricos acima deste nível aumentam o risco de agressões a órgãos nobres como, coração, cérebro e rins, além de acelerar o processo de endurecimento das artérias e facilitar o depósito de gordura nos vasos (aterosclerose), (SOCERJ, 2007).

Segundo Borges e colaboradores (2008) a hipertensão arterial tem sido considerada como uma das principais causas de morbi-mortalidade em todo o mundo. Caracterizada como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doença vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana. Apresentando-se cada vez mais em populações mais jovens, constitui a segunda causa de morte entre a faixa etária de 45-64 anos e a terceira entre 25-44 anos (CAVAGIONI, et al, 2009).

A hipertensão é chamada de “assassina silenciosa”, esta condição vai exercendo seus estragos silenciosamente sem que o paciente perceba. Sintomas geralmente atribuídos à pressão alta como dor de cabeça, vertigens, visão borrada, são raros. A única maneira de diagnosticar hipertensão arterial é aferindo a pressão e tratando-a a tempo, antes que as consequências sobre os vasos e órgãos nobres se manifestem. Por isso é importante uma conscientização sobre a necessidade de avaliar periodicamente a pressão, e mais ainda, se houver história familiar de hipertensão arterial (SOCERJ, 2007).

Atualmente a hipertensão arterial tem atingido cerca de 30% dos indivíduos adultos em nosso país. Constituindo-se entre o grupo de doenças cardiovasculares como um dos principais fatores que mais ocasionam mortes. Estudos têm

apresentado indícios de que a hipertensão arterial sistêmica no adulto é uma patologia que pode ter iniciado durante a infância (COSTANZI, et al., 2009).

Segundo Nascente e colaboradores (2010) estudos epidemiológicos tem identificado a associação positiva da hipertensão arterial às características sócio demográficas, ao consumo de álcool, à ingestão de sódio, ao estresse, ao diabetes, à obesidade e ao sedentarismo.

A hipertensão arterial possui natureza multicausal e os seus principais fatores de risco são distribuídos entre não modificáveis (história familiar) e modificáveis (estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada), entre eles associa-se a obesidade e o excesso de peso. (BORGES, et al., 2008).(WENZEL, SOUZA e SOUZA,2009)

De acordo Kuschnir e Mendonça (2007) um estudo realizado no Brasil, avaliando 43 adolescentes identificou que os filhos de pais hipertensos apresentam aumento das pressões sistólicas e diastólicas, bem como perfil lipídico desfavorável.

Kuschnir e Mendonça (2007) descrevem a obesidade como dos principais fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica. Estudos realizados entre adolescentes de 18 anos identificaram associação positiva entre a distribuição de gordura corporal e as doenças cardiovasculares.

Em estudo realizado por Figueiredo e colaboradores (2008) observou-se que a localização abdominal da gordura (obesidade abdominal) mostrava-se mais associada aos distúrbios metabólicos, como as dislipidemias, a hipertensão arterial, resistência a insulina e aos riscos cardiovasculares.

Cavagioni e colaboradores (2009) analisaram que as atividades desgastantes no ambiente de trabalho também podem gerar danos a saúde, entre elas estão as alterações cardiovasculares e hipertensão arterial. Em um estudo realizado com caminhoneiros identificou-se que a falta de adaptação dos motoristas, principalmente os que possuem longa jornada de trabalho, estão mais expostos a ocorrência de fatores associados a transtornos mentais, estresse, e a hipertensão arterial.

Já Wagnacker e Pitanga (2007) descrevem que a inatividade física tem se tornado como um fator determinante para a ocorrência de mortes e doenças. Estudo na Região Sul do País identificou que, a longo prazo, a realização de atividade física regular possui efeito protetor para as doenças crônicas.

Molina e colaboradores (2003) descrevem a associação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais. Destaca-se que entre os fatores nutricionais identificados, a alta prevalência de hipertensão arterial está relacionada ao consumo excessivo de sódio e ao sobrepeso corroborando com os estudos realizados por Figueiredo e colaboradores (2008)

Lessa e colaboradores (2006) afirmam que a menopausa e a idade elevada também constituem fatores de risco biológico associados para a hipertensão arterial. Em um estudo realizado por Martin e colaboradores (2004) foi verificada associações positivas e significantes da hipertensão arterial sistêmica com etnia negra, diabetes, sobrepeso, obesidade central, menopausa e idade superior a 40 anos.

Referem Toledo, Rodrigues e Cheisa (2007) e Martin e colaboradores (2004) que as taxas de morbidade e mortalidade associadas a qualquer nível de pressão arterial são menores nas mulheres do que nos homens até os 45 anos.

Wenzel, Souza e Souza (2009) descrevem que o consumo de álcool, idade avançada e tabagismo contribuem para o desenvolvimento da hipertensão arterial ao estimular o sistema simpático, ocasionando estresse oxidativo e efeito vasoconstritor associado ao aumento de inflamações ligadas a hipertensão.

Tacon, Santos e Castro (2010) e Gus, Fischmann e Medina (2002), associam a situação socioeconômica como um fator importante na incidência de doenças, seja pelas más condições de nutrição, habitação e saneamento a que estão submetidos durante o processo de desenvolvimento, como pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Assim, o estilo de vida apresenta um papel crítico na determinação da pressão arterial dos indivíduos e na prevalência da hipertensão nas populações. (FEIJÃO, et al, 2005)

Segundo Mion et al., (1996), o diagnóstico de hipertensão arterial é um ato médico baseado num procedimento relativamente simples, a medida da pressão arterial, envolve a grande responsabilidade de decidir se um paciente é normotenso ou hipertenso. As consequências de um diagnóstico errôneo são desastrosas. O diagnóstico em hipertensão arterial é baseado na anamnese, exame físico e exames complementares que auxiliam na realização do diagnóstico da doença propriamente

dita, sua etiologia, grau de comprometimento de órgãos alvo e na identificação dos fatores de risco cardiovascular associados.

A medida da pressão arterial sistêmica pode ser realizada por método direto ou indireto. A medida direta da pressão arterial é obtida de forma invasiva mediante a introdução de um cateter em artéria periférica, o que permite sua quantificação continuamente, batimento a batimento, a medida direta da pressão arterial é reservada para situações em que essa variável apresenta valores muito baixos, como ocorre, por exemplo, nos estados de choque circulatório (SCHMIDT; PAZINFILHO; MACIEL, 2004). A medida indireta da pressão arterial pode ser efetuada, utilizando-se diversas técnicas, sendo aquela realizada com o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide (SCHMIDT; PAZIN FILHO; MACIEL, 2004).

Segundo Stevens e Lowe (2002), a hipertensão pode ser classificada como primária ou secundária a uma causa conhecida.

Hipertensão primária

É definida como a elevação da pressão sanguínea com a idade, sem causa aparente, contribuindo para aproximadamente 90% dos casos e geralmente observada a partir dos 40 anos. O fenótipo de pressão sanguínea elevada na hipertensão primária é resultante das interações entre predisposição genética, obesidade, consumo de álcool, atividades físicas e outros fatores ainda não identificados (STEVENS; LOWE, 2002).

Hipertensão secundária

Contribui para 10% dos casos e é decorrente de uma causa identificada, mais comumente doença renovascular que eleva a pressão sanguínea pela ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (STEVENS; LOWE, 2002).

Profilaxia

A necessidade de observar a qualidade de vida e o bem estar do paciente hipertenso em relação à terapêutica prescrita é primordial na adesão do tratamento (ORTEGA; NOBRE; MION, 2004)

O tratamento multiprofissional, juntamente com o apoio dos parentes, amigos e da comunidade que cercam o paciente, reflete maior adesão, o que irá contribuir na modificação de hábitos de vida favoráveis ao tratamento do hipertenso (ORTEGA; NOBRE; MION, 2004).

Segundo MEN, (2004) o treino do controle de stress pode ser utilizado como um fator coadjuvante no controle da pressão arterial em pacientes considerados hipertensos leves e moderados.

Existem alternativas de tratamento educativo tais como (PÉRES, D.S; MAGNA, J.M; VIANA, 2003)

- Conhecer preliminarmente as atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas do portador de hipertensão da região em questão;
- Incentivar e permitir uma participação ativa dos pacientes no tratamento;
- Levar em consideração as necessidades da clientela em questão e não apenas as indicações dos profissionais;
- Estabelecer uma adequada comunicação e interação entre pacientes e profissionais de saúde, dando ênfase ao diálogo, a interação e reflexão. Para isto, saber escutar e buscar compreender o portador de hipertensão arterial e também ter uma fala que seja acessível ao paciente;
- Trabalhar os aspectos cognitivos e psicossociais da clientela atendida;
- Buscar o envolvimento da família no tratamento do portador da hipertensão arterial.

Outro importante fator que observamos no controle da pressão arterial, está relacionado com a mudança de vida do paciente hipertenso.

Segundo Galvão e Kohlmann (2009), as alterações de hábito de vida do paciente hipertenso são efetivas em reduzir os níveis pressóricos e o risco cardiovascular com baixo custo financeiro e poucos riscos. Embora seja difícil alterar hábitos de vida, todos os pacientes deveriam ser encorajados a adotar hábitos de vida saudáveis.

Algumas medidas não farmacológicas para a prevenção e tratamento no paciente hipertenso.

Atividade física

Pesquisas têm mostrado um efeito favorável do exercício dinâmico de leve e moderada intensidade na redução da pressão arterial em hipertensos, mas para obter este resultado satisfatório, faz-se necessário o acompanhamento de especialistas. (ARAUJO,2006)

Em contrapartida, ensaios clínicos sobre os efeitos do exercício físico na prevenção e no tratamento da hipertensão sugerem que os fármacos são mais eficazes do que as medidas não medicamentosas para prevenir as manifestações clínicas, embora aceitem o exercício como um benefício à saúde (FUCHS;MOREIRA; RIBEIRO, 2001)

Redução de peso

Segundo REISIN, FROLICH e MESSERLI (1993), a perda de peso é medida importante no tratamento da hipertensão relacionada à obesidade, pois em geral se associa a redução da gordura visceral, que é a de maior risco cardiovascular. Pequenas reduções no peso (ao redor de 5% do peso inicial) resultam em quedas significativas da pressão arterial, levando a uma menor necessidade no número e na dose de drogas anti-hipertensivas.

Diminuição do consumo de álcool e o consumo do tabagismo.

Segundo Rosito (1999), a relação álcool e pressão arterial apresentam dúvidas quanto a relação dose-efeito, mas a maioria das pesquisas mostra que a pressão arterial é maior nos abstêmios do que nos consumidores leves e maior ainda nos que consomem altas doses.

O cigarro não é identificado como um fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão, e assim uma associação com o aumento da variabilidade da pressão arterial. Em estudos internacionais, 75% a 90% dos médicos aconselham à cessação do uso do tabaco, embora 50% dos tabagistas relatam terem sido orientados (CORRÊA, 2006).

Diminuição da ingestão de sódio e aumento da ingestão de potássio.

Sabe-se que, em populações onde o consumo de cloreto de sódio é baixo, apresentam pequenas prevalências de hipertensão arterial, ressaltando que a diminuição da ingestão de sódio provoca a redução da pressão arterial (HEIMANN,1999).

Suplementação de cálcio e magnésio

Existe carência em estudos que pesquisem a suplementação de cálcio e magnésio como medida preventiva para a hipertensão arterial. Os encontrados apenas citam essa suplementação na dieta, seguindo as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, VI, 2010.

Alho

O alho, cujo principal componente ativo é a alicina, tem ação metabólica podendo atuar na coagulação, aumentando o tempo de sangramento e promovendo discreta redução de pressão (RIED et al., 2008)

Café e Chá

Os polifenóis contidos no café e em alguns tipos de chás têm potenciais propriedades vasoprotetoras (HU et al., 2007).

Os riscos de elevação da PA causados pela cafeína, em doses habituais, são irrelevantes (YANG et al., 2004).

Medidas antiestresse

Segundo Burini et al, (2002), uma análise sobre o comportamento da pressão arterial em indivíduos ao longo da jornada de trabalho em dois ambientes distintos, avaliou 46 funcionários, sendo 27 da linha de produção e 19 da administração. Os resultados apontam que os primeiros apresentaram maiores variações de pressão arterial, o que indica o estresse como um fator adicional.

Outra pesquisa quantitativa, com o intuito de analisar a associação entre HAS e estresse, partiu de uma amostra com 52 pacientes hipertensos do sexo masculino e concluiu que os mesmos não sabem administrar o tempo livre. A ansiedade,

contrário do esperado, não se destaca como fator desencadeante da hipertensão, e, sim, a agressividade e a hostilidade (CALA; HIMELY; VALDEZ, 2000)

Péres, Magna e Viana (2003) descrevem que uma das mais importantes dificuldades identificadas no atendimento aos pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento. O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida.

Tratamento Medicamentoso

Princípios Gerais do Tratamento Medicamentoso

Quadro 2. Tratamento medicamentoso: princípios gerais.

1	O medicamento deve ser eficaz por via oral.
2	Deve ser bem tolerado
3	Deve permitir a administração do menor número possível de tomadas diárias, com preferência para aqueles com posologia de dose única diária.
4	O tratamento deve ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente e/ou associar-se a outro hipotensor de classe farmacológica diferente (deve-se levar em conta que quanto maior a dose, maiores são as probabilidades de surgirem efeitos indesejáveis)
5	Respeitar um período mínimo de 4 semanas para se proceder o aumento da dose e ou a associação de drogas, salvo em situações especiais
6	Instruir o paciente sobre a doença, sobre os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados e sobre a planificação e os objetivos terapêuticos
7	Considerar as condições socioeconômicas

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia/DHA, 2015.

Os medicamentos anti-hipertensivos de uso corrente em nosso meio podem ser divididos em 6 grupos, apresentados no Quadro 3.

Quadro 3. Classes de anti-hipertensivos.

Diuréticos
Inibidores adrenérgicos
Vasodilatadores diretos
Inibidores da enzima conversora da angiotensina
Antagonistas dos canais de cálcio
Antagonistas do receptor da angiotensina II

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia/DHA, 2015

Analisa-se que o adequado controle, através de ações mais efetivas no sistema da atenção primária, deve ser uma prioridade dos sistemas de saúde, a fim de reduzir a prevalência da doença (TACON; SANTOS; CASTRO, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.

A proposta de intervenção ora apresentada se baseou no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde Catarina com vistas à educação da população sobre fatores de risco, controle e prevenção da hipertensão arterial.

6.1 A identificação do problema

A definição do problema permite o desenvolvimento de ações para sua solução. Assim é necessário descrever as operações, os resultados esperados, os nós críticos que são dificultadores para o desenvolvimento das ações e os recursos necessários para concretizá-los.

A ESF Catarina apresenta problemas, identificados com a análise do território pela equipe e que interferem na qualidade de vida da comunidade adstrita. Os principais problemas apontados pelo diagnóstico situacional realizado pela equipe são:

1. Alto índice de tabagismo
2. Demora no atendimento especializado.
3. Alto índice de pacientes com doenças crônicas (HAS).
4. Uso de álcool e drogas.
5. Gravidez na adolescência.
6. Sedentarismo e Obesidade.

6.1.1 Primeiro passo: definição dos problemas

Os problemas identificados na ESF Catarina, no município de Sete Lagoas são comuns às várias comunidades brasileiras e, assim, podem ter maior ou menor intensidade dependendo da sua localização e a cultura da sociedade local.

A região possui altos índices de violência, de gravidez na adolescência e de mães solteiras com vários filhos; uso de drogas e uso abusivo de álcool; índice elevado de tabagismo; obesidade e sedentarismo e alto índice de doenças crônicas como diabetes mellitus e HAS com complicações associadas.

Os problemas sociais são os grandes dificultadores das ações de prevenção, promoção e restabelecimento da saúde.

6.1.2 Segundo passo: priorização dos problemas

A elaboração de um plano de ação requer a classificação dos problemas segundo sua prioridade e o quanto a equipe pode interferir para solucioná-los. Assim, eles foram classificados segundo: importância (alta, média e baixa); urgência e capacidade de enfrentamento (dentro, parcial ou fora).

O Quadro foi elaborado a partir do diagnóstico situacional.

Quadro 5. Classificação de prioridades para os problemas identificados.

Principais problemas	Importancia	urgencia	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de tabagismo	Alta	5	Parcial	2
Demora no atendimento especializado (assistencia Inadequada)	Alta	4	Fora	6
Alto índice de pacientes com doenças crônicas (HAS)	Alta	6	Parcial	1
Uso de alcool e drogas.	Alta	5	Parcial	4

Gravidez na adolescência	Alta	5	Parcial	5
Sedentarismo e Obesidade	Alta	5	Parcial	3

Fonte: ESF Catarina, 2015.

6.1.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

O problema que escolhemos para ser abordado como prioridade é a incidência das doenças crônicas não transmissíveis e as suas complicações e dentro delas a hipertensão arterial, devido o inadequado estilo de vida que prevalece na comunidade que são o principal fator de risco e a falta de adesão tratamento por parte dos pacientes.

6.1.4 Quarto passo: explicação do problema.

Os usuários com HAS são uma demonstração palpável de que os fatores sociais, culturais, econômicos, ambientais e políticos estão diretamente relacionados no surgimento de muitas doenças. Existem fatores que tem uma relação direta com o padecimento do HAS como a dieta inadequada, sedentarismo, obesidade e tabagismo.

Para conseguir melhorar a qualidade de vida destas pessoas, são necessárias medidas que facilitem a modificação dos fatores acima mencionados assim como o acesso a medicamentos. O conhecimento da enfermidade e suas complicações por parte das pessoas com HAS, suas famílias e os membros da equipe de saúde é fundamental para a adesão disciplinada ao tratamento tanto medicamentoso como o não medicamentoso. Na vivência cotidiana podemos observar o abandono do tratamento devido a diversos motivos; a falta de informação efetiva e por não ter critério próprio de sua doença em quanto às características da doença, sua condição de evolução crônica e incurável, os mitos sobre a alimentação, entre outros.

Consequências

As complicações produzidas por a doença são frequentemente incapacitantes: retinopatias que podem conduzir a perda total da visão; insuficiência renal; cardiopatia isquêmica; AVC e as sequelas permanentes.

6.1.5 Quinto passo: seleção de nós críticos

Os “nós críticos” considerados do problema priorizado pela equipe foram:

- Baixo nível de informação acerca da HAS e complicações associadas.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Assistência inadequada ao usuário com HAS

6.1.6. Sexto passo: desenho das operações

Quadro 6. Identificação das operações para os nó crítico baixo nível de informação da doença relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Catarina, em Sete Lagoas, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação sobre HAS e fatores de risco associados.
Operação	Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de risco e aumentar o nível de conhecimento dos ACS, dos usuários com HAS e seus familiares sobre a doença, enfatizando a educação nutricional.
Projeto	Saber mais
Resultados esperados	Conscientização e Melhor compreensão dos usuários com HAS, seus familiares e ACS sobre a doença, fatores de risco, complicações e tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Incluir ao grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos usuários com HAS.
Produtos esperados	Avaliação do nível de conhecimento da população sobre HAS e o tratamento nutricional

	<p>Programas de educação permanente para os ACS e a comunidade.</p> <p>Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento de usuários com HAS</p>
Atores sociais/ responsabilidades	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e nutricionista
Recursos necessários	<p><u>Cognitivo:</u> Conhecimento sobre estratégias de comunicação.</p> <p><u>Organizacionais:</u> Organizar a agenda de trabalho. Inicialmente serão desenvolvidas oficinas de planejamento e de capacitação com os profissionais, em especial com as ACS para que se tornem multiplicadoras de informações relativas à alimentação saudável do usuário com HAS. 1 vez por semana com duração de 1 hora por 3 semanas Posteriormente a equipe utilizará algumas técnicas educativas e participativas como palestras, rodas de conversa e dinâmica de grupo para explicar o tema aos usuários com HAS e familiares, 1 vez por semana com tempo de duração de 1 hora em um período de dois meses. Ao término das atividades se esclarecerão dúvidas sobre os aspectos tratados e se recolheram sugestões e demandas trazidas pelos participantes para próximos encontros.</p> <p>Afixar cartazes e distribuir folhetos, posters e cartilhas na recepção da ESF.</p> <p><u>Políticos:</u> Parceria com o setor educação e mobilização social.(Articulação intersetorial)</p> <p><u>Financeiros:</u> Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais. Folhetos educativos, cartilhas, pôster.</p>
Recursos críticos	<p><u>Financeiro:</u> Recursos financeiros para folhetos educativos, recursos audiovisuais</p> <p><u>Políticos:</u> Mobilização intersetorial (Secretaria da Saúde e Educação)</p> <p><u>Organizacional:</u> Cumprimento da agenda.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Profissionais da ESF.</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	<p>Apresentar planilha sobre o índice de conhecimento sobre a HAS e a nutrição por parte da comunidade e dos ACS.</p> <p>Apresentar projeto de educação continuada.</p>

Responsáveis:	Enfermeira, médica, técnica de enfermagem e ACS.
Cronograma / Prazo	Trinta dias para o planejamento das ações, grupos operativos, sensibilização da equipe e elaboração dos materiais a utilizar. Três Meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Desenhar um modelo de gestão do plano de ação. Discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Realização de avaliações técnicas por meio da aplicação de um questionário ao grupo e relatórios de presença dos usuários com HAS e seus familiares a cada palestra.

Quadro7. Identificação das operações para os nó crítico Estilo de vida inadequado relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Catarina, em Sete Lagoas, Minas Gerais

Nó crítico 2	Estilo de vida inadequado
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida dos usuários com HAS, seus familiares e população em geral.
Projeto	<u>Mais Saúde</u>
Resultados esperados	Diminuir o índice de pessoas com HAS sedentárias e obesas no prazo de um ano. Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis. Prevenir a HAS e suas complicações.
Produtos esperados	Campanha educativa de nutrição balanceada através de, cartazes, palestras, rodas de conversa e dinâmica de grupo. Programa de atividade física e caminhada. Campanha de prevenção com orientação nutricional.
Atores sociais/ responsabilidades	ACS. Médica, nutricionista, enfermeira. Fisioterapeuta e educador físico
Recursos necessários	<u>Cognitivos:</u> Busca de informação sobre o tema e Atividades educativas. <u>Político:</u> Mobilização Social para formar parcerias com educadores físicos, voluntários, espaço para as atividades físicas e parcerias com agencias de publicidade.

	<p><u>Financeiro:</u> Folhetos Educativos e equipamentos didáticos</p> <p><u>Organizacional:</u> Local para a realização das atividades. Organização de atividades de educação nutricional, 1 vez por semana com tempo de duração de 1 hora, durante dois meses e plano de exercícios físicos supervisionados, 2 vezes por semana por 6 meses.</p>
Recursos críticos	<p>Político: Conseguir um espaço na comunidade para fazer a prática educativa e atividade física.</p> <p>Financeiro: Recursos financeiros (verbas) para folhetos educativos, recursos audiovisuais.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretário de saúde, setor de planejamento e comunicação.</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto e argumentar sobre os ganhos, principalmente econômicos a longo prazo.
Responsáveis:	Equipe ESF Catarina + NASF (nutricionista, educador físico e fisioterapeuta)
Cronograma / Prazo	Três meses para apresentação e sete meses para o início
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>Desenhar um modelo de gestão do plano de ação.</p> <p>Discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.</p> <p>Reunião mensal de acompanhamento com a enfermeira, nutricionista e médica.</p> <p>Avaliação nutricional dos usuários com HAS após seis meses de inicio das atividades.</p>

Quadro 8. Identificação das operações para os nó crítico Assistência inadequada ao usuário com HAS da população da Equipe de Saúde da Família Catarina, em Sete Lagoas, Minas Gerais

Nó crítico 5	Assistência inadequada ao usuário com HAS
Operação	Elaborar e programar a agenda de trabalho conforme as

	diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde.
Projeto	Cuidar mas
Resultados esperados	Agendas organizadas. Atendimentos com horários flexíveis. Satisfação do usuário tendo uma melhor adesão
Produtos esperados	Controle das receitas médicas com a criação de um fichário rotativo para a renovação das mesmas. Formar um arquivo rotativo a fim de organizar e aperfeiçoar o controle e a frequência das consultas medica e de enfermagem assim como visitas domiciliar segundo a necessidade. Organização dos prontuários Identificar e avaliar as causas de abandono ou não adesão ao tratamento.
Atores sociais/ responsabilidades	ACS e enfermeira.
Recursos necessários	Cognitivos: Obtenção de informação sobre o tema. Político: Mobilização Social. Apoio da gestão, envolvimento da equipe. Organizacional: Organização da agenda programada e mudança no processo de trabalho da equipe para o correto acolhimento, orientação e atenção aos usuários com HAS, contribuindo para melhor controle da doença e co-morbidades decorrentes do descontrole. Financeiro: Aquisição de agendas e atas.
Recursos críticos	Organizacional: Organização da agenda programada e mudança no processo de trabalho. Político: Apoio da gestão, envolvimento da equipe. Financeiro: Aquisição de agendas e atas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de saúde, coordenação de atenção primária e Equipe de saúde da família. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para a Secretaria de Saúde e a coordenação de atenção primária e argumentar sobre os ganhos, principalmente econômicos, a longo prazo.
Responsáveis:	Coordenação de atenção primária, médica e enfermeira.
Cronograma / Prazo	30 dias para a implantação da agenda e do fichário rotativo.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Desenhar um modelo de gestão do plano de ação. Discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

	Taxa de adequação do atendimento em relação à agenda programada. Relatório de avaliação das causas de abandono ou não adesão ao tratamento.
--	--

A gestão acompanhamento e avaliação é o momento crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Por ter um número relevante relacionado com a mortalidade, a hipertensão arterial vem exigindo de todos os profissionais da saúde, a identificação dos fatores de risco para minimizar a incidência do problema e ainda mais importante minimizar as complicações subsequentes.

Realizar este projeto de intervenção constitui de grande valia para a atenção primária de saúde, possibilitando a identificação dos diversos fatores de riscos em cada paciente, e para a educação, prevenção e tratamento da cada um. Torna-se assim necessário, desenvolver estratégias na assistência para que ocorra uma comunicação efetiva entre equipe-hipertenso-família, para aumentar o conhecimento da população sobre a hipertensão arterial. É um trabalho onde é difícil de corrigir algumas causas que desencadeiam as complicações da doença porque muitas vezes não dependem da disponibilidade dos serviços de saúde; precisando por tanto, da cooperação de outras pessoas do município incluindo a prefeitura municipal, por isso é importante que os profissionais da saúde e os governantes assumam posturas de enfrentamento direto a este problema para evitar todos os efeitos diretos ou indiretos que poderiam causar.

Enfim, todos os dados apresentados nos projeto demonstram a necessidade da implementação de ações mais efetivas nas atividades educativas, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença. É preciso compreender a importância da ação educativa como um componente de impacto, não só na mudança do perfil de morbi-mortalidade, mas também em direção à construção da cidadania.

REFERENCIAS.

ARAUJO, C. G. S., Fisiologia do exercício físico e hipertensão arterial: uma breve introdução. **Rev. Brasileira de hipertensão**, v.4, n.3, 2006.

BORGES, H.P.; et al. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.91, n.2, p.110-18, 2008. Disponível:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2008001400007&script=sci_artt

Acesso em 20 de maio 2016

BURINI, R. C., ROCHA, M., MORELLI, M. Y. G., MAESTÁ, N., WAIB, P. H., Efeito de estresse ambiental sobre a pressão arterial de trabalhadores. **Rev. de saúde pública**, v.36, n.5, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde SIH/DATASUS, Ministério da Saúde - **Sistema de Informações Hospitalares do SUS** (SIH/SUS) 2013a Disponível: <http://www.sihd.datasus.gov.br> Acesso em: 6 de abril 2014

CALA, V. R., HIMELY, E. D., VALDEZ, T. G. Hipertensión arterial y estrés: una experiência. **Rev. Cubana de medicina militar**, v.29, n.1, 2000.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3 Acesso em: 6 de abril 2014

CAVAGIONI, L.C.; et al. Agravos a saúde, hipertensão arterial e predisposição ao estresse em motoristas de caminhão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n.2, p.1267-71, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a21v43s2.pdf> Acesso em 20 de maio de 2016

COHASA, Companhia Regional de Habitação de Sete Lagoas, 2013. Disponível em <http://www.cohasa.com.br> Acesso em: 6 de abril 2014

CONVERSO, M. E. R., LEOCADIO, P. L. L. F., Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos da terceira idade de Presidente Prudente, **Rev. Ciência em Extensão**, v.2, n.1, p.1, 2005.

COSTANZI, C.B., et al. Fatores associados a níveis pressóricos elevados em escolares de uma cidade de porte médio do Sul do Brasil. *Jornal Brasileiro de Pediatria*, v.85, n.4, p.535-40, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000400011 Acesso em 20 de maio de 2016

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Modulo/3> Acesso em: 6 de abril 2014

CORRÊA, P. C. R. P., Tabagismo, hipertensão e diabetes: reflexões. **Rev. Brasileira Clínica e terapia**, v.29, n.1, 2003.

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. *Rev. Hipertensão*, v.13, n.1, 2010.

FEIJÃO, A.M.M., et al. Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial, em População Urbana de Baixa Renda. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.84, n.1, 2005. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n1/23002.pdf> Acesso em 20 de maio 2016

FERRAIS, A. S., BUGLIA S. Condutas práticas no paciente hipertenso que será submetido ao teste ergométrico. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 8, n.3, p. 344-346, 2001

FIGUEIREDO, R.C., et al. Obesidade e sua relação com fatores de risco para doenças cardiovasculares em uma população Nipo-Brasileira. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, v.52, n.9, p.52-9, 2008. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000900011&script=sciarttext & tlng =es> Acesso em: 20 de maio 2016

FUCHS, F. D., MOREIRA, W. D., RIBEIRO, J. P., Efeitos do exercício físico na prevenção e tratamento de hipertensão arterial: avaliação por ensaios clínicos randomizados, **Rev. Brasileira de hipertensão**, v.4, n.3 2001.

GALVÃO, R., KOHLMANN, O. Jr., Hipertensão arterial no paciente obeso. **Rev. Brasileira de Hipertensão**, V.9, N.3, julho/setembro, 2009.

GUS, I; FISMANN, A; MEDINA, C. Prevalência dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v.78, n.5, p.478-83, 2002. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v78n5/9377.pdf> Acesso em: 20 maio 2016

HEIMANN, J. C., Quantidade ideal de consumo de sal por dia como prevenção e terapêutica anti-hipertensiva. **Rev. Brasileira de Hipertensão**, v.6, n.3, 1999.

HU, G., JOUSILAHTI, P., NISSINEN, A., BIDEL, S., Antikainen, R., Tuomilehto, J., Coffee consumption and the incidence of antihypertensive drug treatment in Finnishmen and women, **Am J Clin Nutr.** , v.86,n.2, p.457-64. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@Cidades.** [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> Acesso em: 6 de abril 2014

KUSCHNIR, M.C.C; MENDONÇA, G.A.S. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v.83, n. 4, 2007. Disponível: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102009005000059&script=sci_abstract&tlng=en Acesso em 20 de maio 2016

LESSA, I., et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)- Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.87, n.6, p.747-59, 2006. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n6/11.pdf> Acesso em 20 de maio 2016

MARTIN, J.F.V., et al. Perfil de crise hipertensiva. Prevalência e Apresentação Clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.83, n.2, p.125-130, 2004. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n2/v83n2a04.pdf> Acesso em 20 de maio 2016

MEN, L., A eficácia do treino do controle de stress: estudos experimentais clínicos. In: CASTRO, A. P., SCATENA, M. C. M., Manifestação emocional de estresse dopaciente hipertenso, **Rev. Latino-Americana de Enfermagem.**, v.12, n.6, 2004.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS),2013. Disponível em: www.mds.gov.br Acesso em: 6 de abril 2014

MION, D. Jr., PIERIN, A., KRASILCIC, S., MATAVELLI, L. C., SANTELLO, J. L.,Diagnóstico da hipertensão arterial, **Rev. Medicina Ribeirão Preto**, v.29, 1996.

MOLINA, M.C.B., et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.6, p.743-50, 2003. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008001800008&script=sci_arttext Acesso em: 20 de maio 2016

NASCENTE, F.M.N., et al. Hipertensão Arterial e sua Correlação com Alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.95, n.4, p. 502-9, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010ahead/aop10910.pdf> Acesso em: 20 de maio 2016

OLMOS, R. D., LOTUFO, P. A., Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e nomundo. **Rev. brasileira de hipertensão**, v.9, p.21-23, 2002.

ORTEGA, K. C., NOBRE, F., MION, D. Junior., fatores intervenientes na adesão e recomendações praticas para melhoria dos resultados. In: CASTRO, A. P.,SCATENA, M. C. M., Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso,**Rev. Latino-Americana de Enfermagem.**, v.12, n.6, 2004.

PÉRES, D.S; MAGNA, J.M; VIANA, L.A. Portador de Hipertensão Arterial: Atitudes, Crenças, Percepções, Pensamentos e Práticas. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.5, p.635-42, 2003. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>
Acesso em: 20 de maio 2016

Prefeitura Municipal de Sete Lagoas, site oficial disponível em: www.setelagoas.mg.gov.br/ Acesso em: 6 de abril 2014

REISIN, E., FROLICH E., MESSERLI, F. H., Cardiovascular changes after weight reduction in obesity hypertension.v.98, n.315, 1993. Rev. Brasileira de Hipertensão, V.9,N.3, julho/setembro, 2009.

ROSITO, G. A., Efeito do álcool sobre a pressão arterial: mecanismos e benefícios da suspensão. **Rev. Brasileira de hipertensão**, v.6, n.3, 1999.

RIED, K., FRANK, O. R., STOCKS, N. P., FAKLER, P., SULLIVAN, T., Effect of garlic on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. BMC Cardiovasc Disord, 2008.

SCHIMIDT, A., PAZIN FILHO, A., MACIEL, B.C., Medida indireta da pressão arterial sistêmica, Medicina Ribeirão Preto, 37 julho/dezembro, 2004, p. 240 – 245.

SILVA, J. L. L., SOUZA, S. L., Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente, **Rev. de Enfermagem.**, v.6, n.3, p.330-335, 2004.

SOCERJ – Sociedade de Cardiologia do Estado do RJ., Última atualização., 04-10-2007 – Disponível em web saúde: <http://www.sociedades.cardiol.br/socerj-site/web/publico/> Acesso em: 20 de maio 2016

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V DIRETRIZES BRASILEIRAS DEHIPERTENSÃO. **ARQ. BRAS. CARDIOL.** 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. **Consensos e Diretrizes.** Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/capitulo5.asp> Acesso em: 20 de maio 2016

STEVENS, A., LOWE, J., **Patologia**, 2 ed. São Paulo: Manole, 2002.

TACON, K.C.B; SANTOS, H.C.O; CASTRO, E.C. Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Atendidos em Hospital Público. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.8, n.6, p.486-9, 2010. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1612> Acesso em: 20 de maio 2016

TOLEDO, M.M; RODRIGUES, S.C; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: Uma nova ótica para um velho problema. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v.16, n.2, p.233-8, 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf> Acesso em: 20 de maio 2016

WAGMAKER, D.S; PITANGA, F.J.G. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para a hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.15, n.1, p.69-74, 2007. Disponível: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/1027/933> Acesso em: 20 de maio 2016

WENZEL, D; SOUZA, J.M.P; SOUZA, S.B. Prevalência de hipertensão arterial em militares jovens e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.5, p. 789-95, 2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102009005000059&script=sci_abstract&tlng=en Acesso em: 20 de maio 2016

XIMENEZ, N. F. R., MELO, J.R. Controle da hipertensão arterial na atenção primária em saúde- um análise das praticas do enfermeiro. **Enfermaria Global**. 2010

YANG, Y.C.,LU,F. H.,WU, J.S.,WU,C.H., CHANG, C.J., The protective effect of habitual tea consumption on hypertension. **Arch intern Med**,Jul-2004.