

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ADRIANA SCHALKWIJK RIBEIRO

**O CONTROLE DA HIPERTENSÃO COMO APRIMORAMENTO DA
SAÚDE NO BAIRRO DE SANTA ROSA EM ITAJUBÁ/MG**

ITAJUBÁ/MG

2015

ADRIANA SCHALKWIJK RIBEIRO

**O CONTROLE DA HIPERTENSÃO COMO APRIMORAMENTO DA
SAÚDE NO BAIRRO DE SANTA ROSA EM ITAJUBÁ/MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

ITAJUBÁ/MG

2015

ADRIANA SCHALKWIJK RIBEIRO

**O CONTROLE DA HIPERTENSÃO COMO APRIMORAMENTO DA
SAÚDE NO BAIRRO DE SANTA ROSA EM ITAJUBÁ/MG**

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Examinador 2: Prof. _____

Aprovado em Belo Horizonte em ____/____/____

DEDICATÓRIA

À minha equipe do Santa Rosa: mulheres dedicadas, corajosas e de fibra.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, por sua dedicação e apoio no processo deste trabalho.

Ao meu orientador, professor Bruno Leonardo de Castro Sena.

À equipe de Saúde do Santa Rosa que ajudou na formulação e disseminação do trabalho.

À todos os integrantes do Nescon (Programa Ágora) pela oportunidade.

“É necessário adotar medidas de aperfeiçoamento dos programas de prevenção; diagnosticar de forma precoce o agravo; diminuir os fatores de risco, conscientizando a população sobre tais doenças e hábitos saudáveis de vida” .

BRASIL (2006)

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo a proposta de uma intervenção primária para a equipe do Programa Saúde da Família (PSF) do Santa Rosa, bairro da cidade de Itajubá, no estado de Minas Gerais. Para esta intervenção o tema escolhido foi o da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e os seus fatores predisponentes, suas patologias agregadas e/ou secundárias no intuito de uma intervenção precoce para a prevenção e controle por meio de um processo educativo abordando tanto diagnóstico precoce, informação sobre intervenção medicamentosa e sintomatologia/patologias agregadas, seus fatores de risco desde a alimentação, exercício físico às consequências debilitantes de um acidente vascular cerebral (AVC) ou enfarte, tendo como alvo uma melhoria da qualidade geral de vida do bairro, um controle pressórico de pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, e, se possível diminuir encaminhamentos para centros especializados em caráter emergencial. A revisão literária incluiu descritores como “hipertensão”, “hipertensão arterial sistêmica”, “prevenção”, “estratégia de saúde da família”, “intervenção”, “educação em saúde”, “intervenção behaviorista”, incluindo sites de busca como o SciELO, Biblioteca Virtual da UFMG, das sociedades de Hipertensão e Cardiologia, portal do Ministério da Saúde, IBGE, notícias locais e nacionais sobre o assunto, o site da prefeitura local e informação pessoal dos Agentes de Saúde e enfermagem locais sobre o assunto. Como critérios de inclusão encontram-se artigos publicados entre os anos 1990 à 2015. Concluiu-se que a abordagem da hipertensão deve envolver projetos que entendam a cultura local, tenham o alvo como sendo a comunidade e as famílias de risco para educação quanto a mudança de hábitos. Para isto é necessário a integração da equipe como um todo com possível articulação de diferentes estratégias, setores sociais e governamentais.

Palavras-chave: Diagnóstico Precoce, Educação, Estratégia de Saúde da Família, Hipertensão Arterial Sistêmica, Intervenção, Behaviorismo.

ABSTRACT

This paper proposes a primary public health intervention at the Family Health Program (PSF) in the district of Santa Rosa, Itajubá, Minas Gerais, Brasil; the key theme for this intervention being high blood pressure and its predisposing risk factors and aggregated pathologies. The focus is on early intervention as to prevent and control hypertension through an educational process addressing both the early diagnosis, information on symptoms of aggregated diseases and its controllable risk factors inclusive diet and exercise as to avoid the debilitating results of the disease such as cerebral vascular ischemia or stroke. The end result shall be the improvement of individual (and family) quality of life through an early diagnosis, prevention by controlling risk factors, and blood pressure. A secondary aim is reducing referrals to specialized centers on an emergency basis. The bibliographical review included descriptors such as "hypertension", "hypertension prevention", "family health strategy", "early intervention", "health education", "behavioristic intervention". The search engines used were SciELO, the Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais (UFMG), articles of the Brazilian Societies of Hypertension and Cardiology, the Brazilian Ministry of Health website, the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) website, local and national news, the local council websites (Itajubá) and personal information from our local health agents and nurses on the subject. The inclusion criteria are articles published from 1990 to 2015. The conclusion indicates that the approach for controlling hypertension and its risk factors must involve projects that understand the local culture; they must target the community and their families, especially the ones at risk. The emphasis must be education for a change of habits. There is need for an intersectorial approach integrating the health team, society and governmental sectors.

Keywords: Early Diagnosis, Education, Family Health Strategy, Hypertension, Intervention, behavioristic approach.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
CAB	Caderno de Atenção Básica
DAC	Doença arterial coronariana
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fator(es) de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Recursos da Comunidade de Itajubá quanto a Saúde e Geral (Santa Rosa).....	16
Tabela 2: Hipertensão e seus fatores de risco no Santa Rosa.....	23
Tabela 3: Solução para os “nós” críticos do projeto educativo pela UBS do Santa Rosa.....	46
Tabela 4: Correlação entre tipos de equipes	50
Tabela 5: Viabilidade	51
Tabela 6: Fatores de risco modificáveis. recursos críticos, atores.....	52
Tabela 7: Planejamento das ações (FR modificáveis).....	53
Tabela 8: Desenvolvimento de operações do nó crítico # 9	54
Tabela 9: A planilha de acompanhamento	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Nossa equipe	18
Figura 2: Recursos Humanos.....	18
Figura 3: Hipertensão - Brasil e Itajubá, idade, sexo e escolaridade.....	22
Figura 4: HiperDia - Fatores de risco e complicações.....	24
Figura 5: Estatística Local da Hipertensão no bairro de Santa Rosa	24
Figura 6: Hipertensão Arterial: Estatísticas	25
Figura 7: Prevenção da HAS: ações ao encargo das estratégia de família	32
Figura 8: Áreas de intervenção	37
Figura 9: Fatores de Risco para DCV	39
Figura 10: Modelo assistencial de saúde familiar no Santa Rosa: tratamento (SUS)	40
Figura 11: Nós críticos gerais.....	42
Figura 12: Nós críticos específicos.....	45
Figura 13: Áreas de abrangência da Estratégia da Família.....	46
Figura 14: Educação em saúde: possíveis áreas de abordagem.....	48
Figura 15: Fases de Intervenção.....	55
Figura 16: Hipertensão, Gestão de Plano. Objetivos	56

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Diagnóstico Situacional	14
1.2	A Hipertensão Arterial	19
2	JUSTIFICATIVA	21
2.1	Histórico para o entendimento da abordagem	23
2.2	Comparando com Estatísticas Nacionais	24
3	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo Geral	27
3.2	Objetivos Específicos	27
3.3	Limitações	28
4	METODOLOGIA	29
5	REVISÃO DE LITERATURA	31
5.1	A Hipertensão	31
5.2	Prevalência e Causas	33
5.3	Fundamentos para Prevenção e controle da HA	36
5.4	O papel da família e sociedade na prevenção de doenças	38
5.5	O paradigma cultural da equipe de saúde inserida no Santa Rosa	39
6	PLANO DE AÇÃO	41
6.1	A Hipertensão	41
6.2	Definindo Problemas	41
6.3	Nós Críticos	42
6.3.1	Nó Crítico # 1: analfabetismo e poli medicação	43
6.3.2	Nó Crítico # 2: infraestrutura	43
6.3.3	Nó Crítico # 3: fila de espera	44
6.3.4	Nó Crítico # 4: farmácia	44
6.3.5	Nó Crítico # 5: educação	44
6.3.6	Nó Crítico # 6: cultura	44
6.3.7	Nó Crítico # 7: encaminhamentos	44
6.3.8	Nó Crítico # 8: educação quanto à hipertensão	45
6.3.9	Nó Crítico # 9: infraestrutura	45
6.4	Recursos críticos e viabilidade	46
6.5	Identificação dos Recursos Críticos	50
6.6	Análise da viabilidade dos Planos	51
6.7	Desenho de Operações	51
6.8	Plano Operativo	52

6.9	Proposta de intervenção: Resumo.....	53
7	RESULTADOS ESPERADOS E DISCUSSÃO DO PROBLEMA.....	58
7.1	A hipertensão, diagnóstico precoce e educação.....	58
7.2	As co-morbidade agregadas.....	58
7.3	Limitações do estudo.....	58
7.4	Resultados esperados X Reais.....	59
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS.....	62

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2013), um paciente é considerado hipertenso quando a sua pressão arterial é sistematicamente, igual ou maior que 140/90 mmHg (SBH, 2014b).

1.1 Diagnóstico Situacional

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), o município de Itajubá tem 90.658 habitantes numa área de 294,835 km² dos quais 40.988 habitantes vivem na cidade de Itajubá (IBGE, 2013) destes, ao redor de três mil quinhentos e trinta e três residem no bairro do Santa Rosa (registrados no nosso PSF), divididas entre 540 famílias (ITAJUBÁ, 2014).

Localizada pitorescamente entre o rio Sapucaí e montanhas da Serra da Mantiqueira, o Santa Rosa é trilha de pedestres na sua peregrinação para Aparecida. A vida é dura. O bairro pobre, com nível de alfabetização baixa: muitos ainda analfabetos e, dos alfabetizados a maioria só tem o nível de grau primário. A taxa de desemprego é alta e está aumentando por que um dos principais postos de emprego, a Alston Itajubá, um centro de fabricação de transformadores para instrumentos e reatores núcleo de ar, está em processo de fechamento. Outros empregadores locais são a Imbel (Fábrica de Canos e Sabres para Armamento Portátil), o FI (Indústria de Material Bélico do Brasil) e a Mahle, uma indústria de metais leves. Toda manhã ônibus das diferentes indústrias se apresentam para a condução dos trabalhadores, que trabalham em situações muitas vezes não salutaras – levando às muitas queixas de ordem ocupacional como dores de coluna, alergias e traumatismos, o mesmo ocorre com os trabalhadores de sucata com um aumento das reações alérgicas e intoxicações. Também aqui temos inúmeros trabalhadores independentes, que toda manhã se dispersam pela cidade, maioria das vezes de bicicleta, ou a pé (caminhando ao redor de meia hora antes de chegar aos seus locais de serviço). Com a bolsa família e o aumento salarial dos últimos anos, muitos agora usam carro. Ainda aqui se encontram os que se locomovem de carroça e cavalo: na maioria pedreiros, diaristas, cuidadores de idosos, ou os trabalhadores de sucata.

Os nossos moradores vivem em unidades familiares ou residem em domicílios unipessoais. Muitas famílias sofrem com filhos dependentes químicos (seja líquido, o álcool, ou pó – na maioria das vezes o craque), levando à uma taxa inesperadamente alta de criminalidade, violência e depressão. Os acamados, vivem muitas vezes em áreas mínimas, inadequadas para às suas circunstâncias: como a situação de uma paciente com paralisia cerebral consequente à Tuberculose que foi encontrada numa cama hospitalar que ocupava um terço do cômodo que alojava uma família de cinco. Mesmo assim a maioria dos idosos são amparados e zelados por família e igreja.

Finalmente, mesmo que com a bolsa família, a fome tem sido praticamente extinta (numerosas famílias vem pesar os seus filhos no ‘postinho’ como aqui é chamado), isto não significa que a pobreza tenha sido erradicada. Uma pobreza de informação, conhecimento e domínio próprio, e a obesidade está se tornando um problema de saúde pública aqui também. Com encorajamento, muitos estão optando por caminhadas, para o qual se falta segurança: temos horas do dia que se é perigoso sair de casa, e em certas áreas o pedestre e o caminhão dividem o mesmo espaço. O bairro também possui um ginásio desportivo e piscina que oferece hidroginástica.

1.1.1 O acesso e recursos locais

A Unidade Básica de Saúde do Santa Rosa está operando no bairro há cerca de 30 anos. Funciona em uma casa doada à secretaria de Saúde que foi adaptada para ser uma UBS. Agora em fase de remodelação, sua área está sendo aumentada para a adequação das necessidades locais, considerando-se a demanda e a população coberta de ao redor de 7.000 pessoas (IBGE, 2013).

Quanto ao acesso, o nosso posto não é bem localizado. Está situado na periferia do bairro. Tivemos até uma revolta na comunidade por pacientes morando à 600 metros do posto serem designados para um posto nas montanhas (Pedra Mamona). Isto significa que o acesso é dificultado para muitos apesar de estarmos localizados à 40 mts de um ponto final de ônibus, que serve 5 pontos extremos na cidade. Quanto ao horário de funcionamento, trabalhamos das sete às dezessete horas, com atendimento médico das 8 às 17 horas. Numa comunidade em que 70%

da população trabalha, com inúmeros diaristas estas horas de funcionamento também limitam à acessibilidade.

1.1.2 Recursos gerais

No Bairro do Santa Rosa, quanto à recursos gerais temos uma escola, uma creche, duas igrejas católicas e sete evangélicas. Entre as outras facilidades no bairro temos dois supermercados, seis bares, uma mercearia, uma quitanda, uma loja de material de construção, uma LAN house, seis salões de beleza, cinco brechós, um armarinho, e uma papelaria. A luz elétrica é-nos fornecida pela CEMIG e a água e servida pela Copasa (Cidade, 70%), e 20 % da água (Imbel) é proveniente de uma mina de água. Não possuímos, telefonia, correios ou outras facilidades (Itajubá, 2014 e Tabela 1).

Tabela 1: Recursos da Comunidade de Itajubá quanto a Saúde e Geral (Santa Rosa)

	ITAJUBÁ	SANTA ROSA
Hospitais	Hospital Escola (HE) Santa Casa	-
PSFs	10 PSFs e 11 UBSs	
Clínicas		-
Laboratórios	5	-
Escolas		1
Creches		1
Igrejas		2 católicas 7 evangélicas
Outros		Supermercados 2 Bares 6 Mercearia 1 Quitanda 1 Loja de material de construção 1 LAN house 1 Salões 6 Loja de roupas 5 Armarinhos 2 Papelaria 1
Serviços Existentes		
Luz elétrica		CEMIG
Água		Copasa (70%, Cidade) Mina (30%)
Telefonia, Correios, Bancos, Outros		Inexistentes

Fonte: Autoria Própria (2014).

1.1.3 Recursos em Saúde

Usando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), informações oriundas das nossas cinco agentes de saúde e o website da Secretaria de saúde locais revelam que os recursos de saúde em Itajubá constam com dois hospitais que recebem emergências (o Hospital Escola e a Santa Casa), dez Postos de Saúde de Família (PSFs) e onze Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os exames laboratoriais se dividem entre cinco laboratórios, afora várias clínicas dentárias e médicas/laboratórios particulares (Tabela 1).

As emergências do Santa Rosa são atendidas no centro da cidade (ao redor de vinte minutos de ônibus). O suporte de transporte para saúde, ambulância, bombeiros ou carros do SUS são muito inadequados – não se encontram disponíveis, ou estão em horas de almoço, ‘carro sendo lavado’ ou ‘na oficina’, etc.

Até há dois meses atrás (outubro de 2014) quem se dispunha à acordar as quatro e meia da manhã enfrentaria a nossa fila de espera para ao redor de vinte cinco à trinta consultas por dia, divididos entre cinco médicos (dezembro 2014): quatro de tempo parcial (clínica geral, pediatra e obstetrícia/ginecologia – três horas semana) e um clínico de tempo integral (do Mais Médicos). Agora temos um agendamento à qualquer hora do dia, o que facilitou muito esta espera, e recebemos mais dois clínicos gerais que fornecem juntos ao redor de quatro horas por semana.

A nossa farmácia fornece a todos e está constantemente em uso, restando pouco tempo para educação medicamentosa. No momento (Novembro 2014), não recebemos mais anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, sejam elas orais ou subcutâneas, estes só são entregues em farmácias no centro da cidade dificultando o uso da medicação para muitos. Este paradigma foi adicionado com a legislação que exige nova receita (também para os hipertensos e diabéticos) renovados a cada quatro meses. Finalmente, nas manhãs há também filas de espera para ‘tirar pressão’, glicemia, curativos ou vacinas. Estamos registrando pacientes para o HiperDia e desde dezembro de 2014 iniciamos grupos de HiperDia, saúde mental e pediatria.

Apesar de todas as dificuldades, o calor humano impera, e a sala de espera é uma boa hora de reativar amizades, saber das últimas novidades e fazer novas amizades – para nós uma boa hora de reavaliar e educar, tanto adultos quanto crianças.

1.5.4 Recursos Humanos

Figura 1: Nossa equipe



Fonte: Autoria Própria, 2014.

Quanto aos recursos humanos (Figuras 1 e 2), afora os cinco profissionais médicos mencionados, a equipe do Santa Rosa inclui uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem (uma de tempo integral e duas de tempo parcial), cinco agentes comunitários de saúde (ACS), e acabamos de perder a nossa agente administrativo (novembro, 2014), e uma assistente de serviços gerais.

Figura 2: Recursos Humanos

Recursos Humanos	
Número:	15
Profissionais:	5 Médicos (1 de tempo integral)
	1 Enfermeira
	3 Auxiliares de enfermagem
	5 Agentes comunitários
	0 Agente administrativos
	1 Serviços gerais
Horário de trabalho:	7 às 17 horas

Fonte: Autoria Própria (2014).

Quanto aos recursos materiais a área física do posto no momento está provisoriamente alojada na antiga UBS do Santa Rosa (a atual em fase de remodelamento). Temos dois consultórios, uma farmácia, cozinha (que tem sido usado também pelas ACSs) e dois banheiros, com espaço para de espera que

duplica como secretaria. Lugar apazível, mas com todas as janelas soldadas e nenhuma ventilação (desde maio 2014). Recursos simples, como água para dar descarga nos sanitários já estiveram em falta por uma semana. Muitas vezes nos falta água potável, mesmo para medicar algum paciente com medicação oral. Mesmo sob tais circunstâncias temos uma equipe unida, coesa, fluida e cortês: cheguei a ir fazer visitas com a senhora responsável pelos serviços gerais desde que estamos com falta de agentes de saúde (confesso que anda com mais rapidez que esta médica e conhece o bairro na palma da mão).

1.2 A Hipertensão Arterial

Um dos problemas prioritários na nossa comunidade é hipertensão. Sendo que estatisticamente 23,5% da população brasileira tem o diagnóstico de Hipertensão Arterial (SBC, 2014).

No município de Itajubá, de acordo com o registro do HiperDia (RIBEIRO *et al*, 2012) , o número de hipertensos no nosso território é de trezentos e vinte sete, e os diabéticos de cento e dezoito. Destes diabéticos muitos são também hipertensos (uma co-morbidade importante, SBC, 2014). A hipertensão é também responsável por 80% dos encaminhamentos para a emergência nos últimos 6 meses (estatística pessoal), sendo também um dos que mais leva aos internamentos quanto aos agravos da HA (BRASIL, 2006b e SBC, 2014b), piorando a qualidade de vida de inúmeros pacientes (neste mês, o de setembro de 2014, registramos três casos de acidente vascular cerebral (AVC), com uma morte e dois sequelados severos, e dois com provável AVC – em fase de diagnóstico por serem menos severos). É um problema familiar, muito ligado à obesidade e o diabetes melitus (BRASIL, 2006b). Além de ser hereditário e ligado à infecção (YUSUF *et al*, 2001) mesmo que seja uma simples infecção periodonticas (RIVAS-TUMANYAN, 2012).

Sendo assim, após o diagnóstico situacional através do método de estimativa rápida (ANNETT, RIFKIN, 1995) a análise e a averiguação das competências da equipe do PSF do Santa Rosa acrescentadas das estatísticas reveladas sobre HAS no bairro esta foi selecionado como tópico em saúde cujo âmbito de abrangência seria de maior repercussão para a saúde no bairro. Sendo este enfoque no intuito de abranger, à nível de saúde populacional uma educação quanto aos FR da HAS, especialmente o diagnóstico relacionado aos FR

modificáveis da HAS como a alimentação, sedentarismo, o fumo e drogas - as últimas ambas direta e indiretamente responsáveis pelo aumento de hipertensão sistólica local (ALVES *et al.*, 2013), mas também fazer o diagnóstico dos FR não modificáveis em âmbito familiar e, se possível corrigir e/ou tratá-los precocemente com uma melhor conscientização do paciente e a sua família em relação ao problema.

A hipertensão (85,6%) é um dos mais importantes fatores de risco para um AVC, e para estes os antecedentes familiares (64,2%) e sedentarismo (54,2%) são de grande importância (RIBEIRO *et al.*, 2012). Outro importante fator de risco a diabetes tipo II (30,4%)”.

2 JUSTIFICATIVA

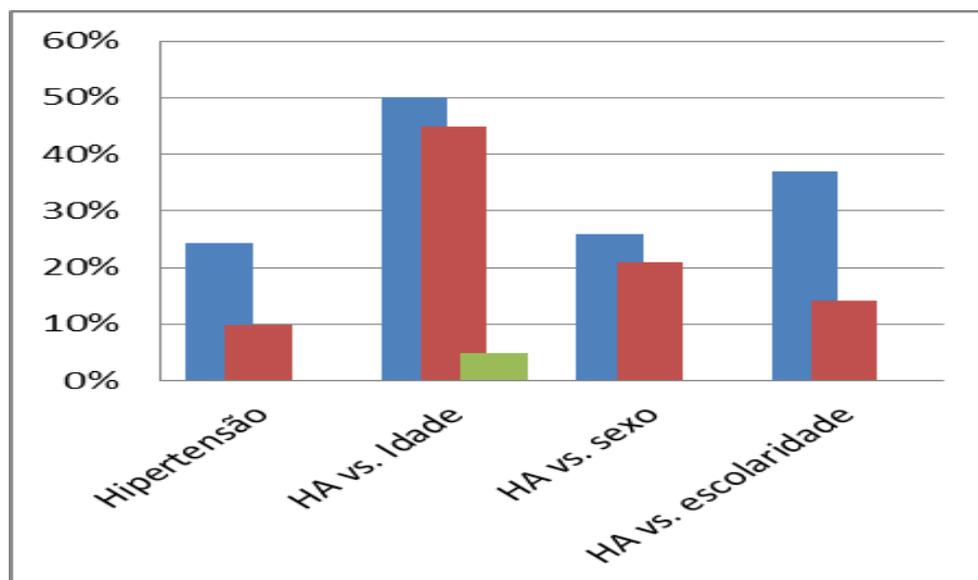
Tendo em vista a análise situacional e averiguação de competências da equipe do PSF do Santa Rosa, a hipertensão foi selecionado como tópico de abordagem de saúde pública mais abrangente no PSF do Santa Rosa. Buscar-se-á o maior leque de saúde populacional possível em relação aos fatores de risco, muito presentes no bairro – desde ao diagnóstico à saúde alimentar, sedentarismo, o fumo e drogas – as últimas, direta e indiretamente responsáveis pelo aumento de hipertensão sistólica local (ALVES *et al.*, 2013).

O tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SBC, 2010). As estatísticas gerais brasileiras (SBC, 2014) demonstram que ao redor de 25% da população de Itajubá deveria ter o diagnóstico de Hipertensão Arterial (SBC, 2014). De acordo com os dados da Secretaria de Saúde local (2014) Itajubá, 85% dos diabéticos são hipertensos, como co-morbidade importante da HA. Pequeno número de pessoas buscam os serviços do Sistema Único de Saúde em relação às estas doenças silenciosas e seus fatores de risco, e quando o fazem, já possuem complicações (SBH). No Santa Rosa temos um diagnóstico de 10% de hipertensos. Se comparado esta cifra com o padrão epidemiológico da HA no Brasil e o do bairro do Santa Rosa (Figura 4), temos dados defasados, e se espera encontrar o dobro de hipertensos (de acordo com as estatísticas).

Se avaliando os fatores de risco para a HA: idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras (PESSUTO, 1998; Figura 4 e Tabela 2), estes fatores de risco estão presentes no bairro, apesar de pouquíssima informação direta (ver Figura 3). Como dito acima, para hipertensos e diabéticos, temos o cadastro do HiperDia (RIBEIRO *et al.*, 2012). Informação sobre história familiar de (DAC) existem alguns dados indiretos, como no registro de óbito. Quanto aos dados sobre divisão de sexo no bairro, nos registros catalogados e concatenados mensalmente temos os requisitos do MS, como o “número de mulheres de 10 a 59 anos”, que para o nosso estudo seriam dados incompletos. Quanto ao tabagismo, teríamos uma lista (do ano de 2013; PESSUTO, CARVALHO, 1998) de solicitação de medicamentos no auxílio de desmame da nicotina – novamente dados incompletos. Quanto à hipercolesterolemia, também dados

incompletos: algumas informações existentes em prontuários sobre dosagem de colesteróis, mas não são catalogados. Quanto ao diabetes melitus, temos 134 casos diagnosticados no bairro. Sobre obesidade e gordura abdominal temos o início de alguns registros em folha rosto de prontuários sobre peso e circunferência abdominal, e sabemos que temos muito sobrepeso no bairro, inclusive na nossa equipe, mas não temos registro oficial dos mesmos. Sobre sedentarismo, não temos nenhum dado, o mesmo sobre dieta, e estresse psicossocial. Apesar de que para este último item temos a possibilidade de encontrar alguns dados passíveis de coleta indireta: sabe-se que temos muitos usuários de drogas, famílias desestruturadas e elevada prescrição de ansiolíticos – o médico prescreve ao redor de 50 prescrições mensais de ansiolíticos dos quais ao redor de 10% para doentes mentais (dados pessoais de produção mensal, 2014, julho a novembro, sendo que o MS permite prescrever medicamentos por dois meses, ou 2,83% da população).

Figura 3: Hipertensão - Brasil e Itajubá, idade, sexo e escolaridade



Fonte: SBH (2014); SBC (2012); VIGITEL (2014).

Destes fatores de risco, as variáveis como a escolaridade, sexo e idade, também indicariam uma maior presença da hipertensão no bairro do Santa Rosa. Quanto a variável 'idade' para o qual o Portal Brasil categoriza como sendo que 50% dos hipertensos da 'terceira idade' e 5% crianças e adolescentes (Portal Brasil, 2011), não possuímos esta informação. Nos registros do posto catalogados e concatenados mensalmente temos os requisitos do MS, estes incluem estatísticas

como o ‘número de mulheres de 10 a 59 anos’; para o nosso estudo seriam dados incompletos por não termos dados sobre o sexo masculino, nem sobre idosos, ou crianças hipertensas, nem estão os mesmos relacionados com HA.

No Brasil, quanto à ‘escolaridade’ (SBH, 2014) o percentual de HA é de 37,8% para os com menos de oito anos de educação formal, e de 14,2% para os mais educados (SBH, 2014) sendo o tempo médio de ensino é inversamente proporcional à hipertensão (SBH, 2012) – deste ponto de vista, o Santa Rosa é um bairro que, de acordo com os nossos ACSs tem ‘muitos analfabetos’, não temos dados completos quanto à escolaridade local, mas notamos a veracidade deste fato no assinar dos prontuários: diariamente temos pacientes que ‘não sabem assinar’. Todas as variáveis acima indicariam que deveríamos ter um percentual maior de hipertensos em relação ao da população geral Brasileira, e não 15% à menos que as estatísticas da SBH, SBC e o VIGITEL.

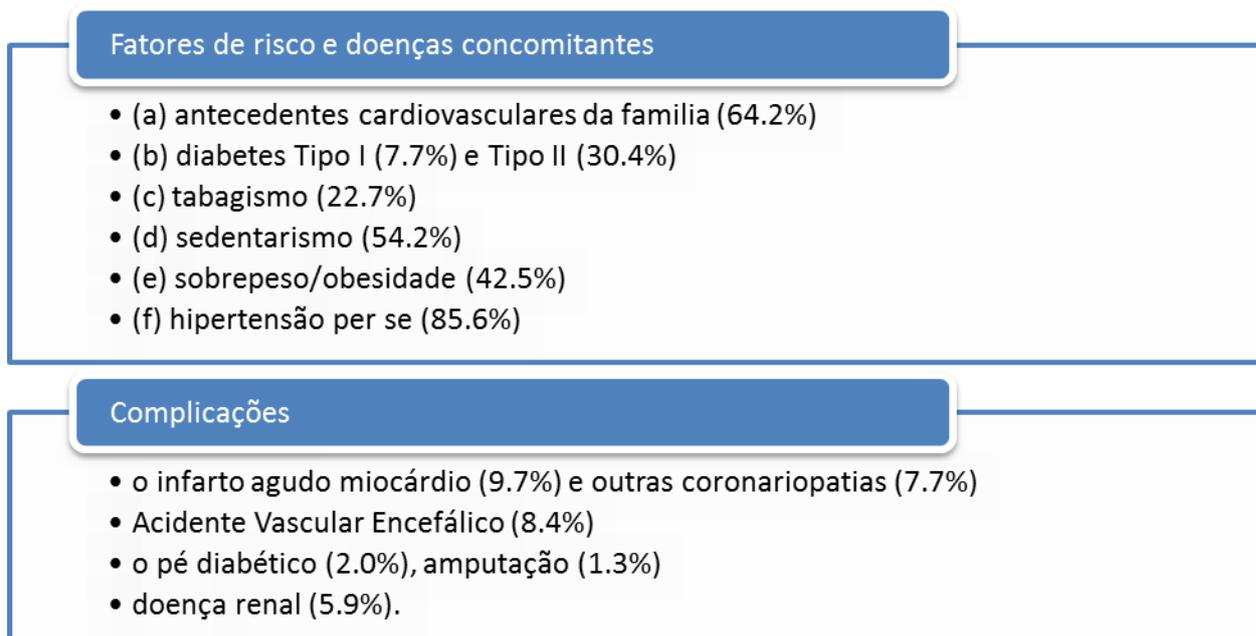
Tabela 2: Hipertensão e seus fatores de risco no Santa Rosa

Fatores de risco da HA	Hipertensos: 364 + ?
História familiar de DAC	alguns dados não catalogados
Sexo	dados incompletos
Tabagismo	Dados incompletos
Hipercolesterolemia	Alguns dados existentes mas não catalogados
Diabetes melitus	134 + ?
Obesidade e gordura abdominal	alguns registros
Sedentarismo	Sem dados
Dieta pobre em frutas e vegetais	Sem dados
Estresse psicossocial	Alguns dados passíveis de coleta indiretamente: sabe-se que temos muitos usuários de drogas, famílias desestruturadas e prescrição de ansiolíticos

Fonte: ITAJUBÁ (2014).

2.1 Histórico para o entendimento da abordagem

Em uma análise de usuários do HiperDia em Itajubá (ALVES *et al.*, 2013) temos dados quanto a percentagem de fatores de risco e doenças concomitantes nos cadastrados no programa HiperDia na Policlínica Dr. Gaspar Lisboa, no município de Itajubá. Fatores de risco e doenças concomitantes (em percentuais de correlação), e quanto à presença de complicações se encontraram (Figura 6).

Figura 4: HiperDia - Fatores de risco e complicações

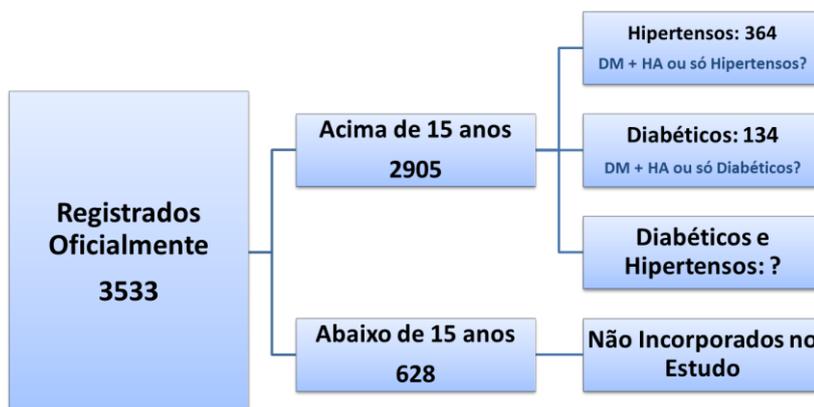
Fonte: ALVES *et al.* (2013).

Destes se pode esperar estatística semelhantes para o bairro do Santa Rosa.

2.2 Comparando com Estatísticas Nacionais

Das estatísticas analisadas, 24,3% da população brasileira têm hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2011): no entanto, no bairro do Santa Rosa, de acordo com estatísticas locais já disponíveis, temos somente ao redor de 10% de hipertensos (HIPERDIA, 2013, Figura 3).

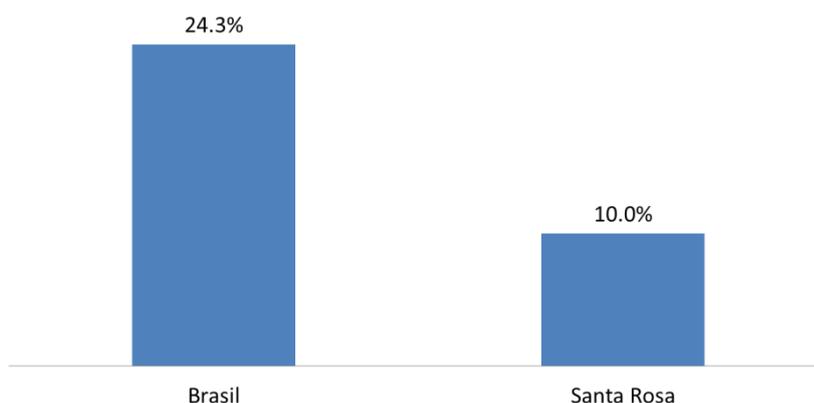
Figura 5: Estatística Local da Hipertensão no bairro de Santa Rosa



Fonte: Itajubá (2013).

Se conclui que (a) a HA no bairro é bem mais baixa que o esperado, ou então (b) as medidas diagnósticas para hipertensão arterial (HA) estão sendo inadequadas para o nosso bairro: poderia ser explicado pelo fato de ser uma doença silenciosa (SBC, 2014). Tendo em vista este dado, teoricamente a HA deverá afetar um percentual bem maior da população do que a conhecida e se espera encontrar números bem mais elevados: pelo menos 50% a mais (Figura 4).

Figura 6: Hipertensão Arterial: Estatísticas



Fonte: BRASIL (2011); HiperDia (2013).

Se o padrão de saúde de Itajubá for semelhante ao do Brasil, a hipertensão no bairro é bem mais baixa que o esperado, ou então as medidas diagnósticas para hipertensão arterial (HA) estão sendo inadequadas, como é uma 'doença silenciosa' é de se esperar o encontrar valores bem mais elevados: 15-20% a mais hipertensos no bairro. Além do mais, do ponto de vista estatístico, no bairro HA é responsável, só

nos primeiros 6 meses de 2014, por 80% dos encaminhamentos para a emergência (dados pessoais); dados estes que refletem bem o quadro nacional, como sendo as DCV como sendo a 1ª causa de hospitalização em setor público (PASSOS, ASSIS, BARRETO, 2006) e hipertensão, de acordo com a SBC, é responsável por 40% dos casos de infarto, 80% de (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal, e os fatores de risco mais prevalentes incluem obesidade e sedentarismo – ambos presentes no Santa Rosa em um percentual elevado (não temos estatísticas oficiais referenciando o mesmo).

Finalmente, de acordo com o estudo de Saúde, bem-estar e envelhecimento, ou o *SABE* (LEBRÃO, LAURENTI, 2005) no tópico sobre DCV e o idoso, em auto avaliação, a patologia mais frequente foi a HA (53,3%) sendo o terceiro a diabetes melitus (17,9%). Neste projeto também espera se concluir a condições de saúde dos idosos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de ação para controlar a HAS e seus fatores predisponentes no PSF Santa Rosa de Itajubá/MG por meio de uma intervenção primária para a equipe.

3.2 Objetivos Específicos

Em geral, a prevenção primária é a mais usada para abordar doenças não transmissíveis. Mundialmente o alvo tem sido reduzir a morbimortalidade modificando fatores de risco por intermédio de campanhas de educação comunitária (Grillo, 2010; MERHY, 2010; YUSUF *et al.*, 2001; DONOVAN, 2009), as vezes incluindo atividades em forma de competições, envolvendo instituições, profissionais e projetos escolares promovendo educação em saúde individual e coletiva (SILVA, COTTA, ROSA, 2013). Silva relata em geral resultados positivos à longo prazo. O North Karelia Project revela uma diminuição percentual de 57% (pag. 345) das DCV para homens, a prevenção abordava tabagismo, níveis de colesterol séricos e mudanças na dieta. Os autores referem que “pequenas mudanças em fatores de risco e hábitos de vida saudáveis” teriam, potencialmente, grande impacto na saúde pública.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe:

Medidas voltadas para redirecionar os atuais sistemas de saúde, com ações que integram a promoção da saúde e a prevenção primária dos principais fatores de risco no combate às DCNT. Com base em experiências comunitárias bem-sucedidas, recomendações têm sido propostas para o desenvolvimento de futuros projetos, destacando-se a participação ativa da comunidade, a compreensão de suas necessidades e prioridades, a colaboração dos indivíduos, principalmente dos líderes e organizações comunitárias, a importância do envolvimento dos serviços de saúde locais e a implementação de políticas nacionais que auxiliem escolhas saudáveis (SILVA, COTTA, ROSA, 2013, p. 45)

Sendo assim os objetivos incluirão

- Educar a sociedade local quanto à HAS e os seus fatores de risco

- Educar quanto às possíveis atividades para diminuir os fatores de risco modificáveis
- Realizar uma busca ativa para os seus fatores de risco;
- Educar paciente e a sua família com o objetivo de prevenção, identificando fatores de risco não modificáveis e modificáveis;
- Mudanças de estilo de vida familiares;
- Quantificar do número de pacientes portadores de HAS na comunidade;
- Encorajando adesão ao tratamento.

3.3 Limitações

Toda a Intervenção precoce tem um efeito negativo no sentido que podem diminuir a sensação de bem estar das pessoas e levá-las a serem menos ativas quanto à adesão ao tratamento. E intervenções podem ter preconceitos impostos de acordo com conceituação cultural local, seja de profissionais de saúde ou outros (ROBOTHAM, FROST, 2006).

4 METODOLOGIA

O diagnóstico situacional foi feito pelo *Método de Estimativa Rápida* (ANNETT, RIFKIN, 1995). Da análise e a averiguação das competências da equipe do PSF do Santa Rosa acrescentadas às estatísticas relacionadas com Hipertensão levaram ao eleger a HAS como tópico em saúde que terá maior repercussão positiva para a saúde do bairro.

A revisão literária incluiu descritores como “hipertensão”, “hipertensão arterial sistêmica”, “prevenção”, “estratégia de saúde da família”, “intervenção”, “educação em saúde”, “intervenção behaviorista” e como sites de busca foram usados o SciELO, o google scholar, a Biblioteca Virtual da UFMG, das sociedades de Hipertensão e Cardiologia, portal do MS, IBGE, notícias locais e nacionais, site da prefeitura local e informação pessoal dos Agentes de Saúde locais sobre o assunto. Os de inclusão incluíram artigos publicados entre os anos 1990 à 2015.

O alvo do plano de ação proposto é a modificação de um modelo assistencial de saúde familiar no Santa Rosa focado em tratamento (fig 10) para prevenção. O plano de intervenção está focado no programa HiperDia (HIPERDIA, 2014), especificamente na hipertensão arterial e seus fatores de risco, especialmente os modificáveis (ALVES et al., 2013), este deverá alterar a prevenção e aderência ao tratamento (HAYDEN, 2008; ERAKER, KIRSCHT, BECKER, 1984). O enfoque foi a promoção (proteção e o diagnóstico precoce), com recuperação à saúde e a manutenção desta (GRILLO, 2014), com enfoque em educação (e rastreamento) por uma campanha de educação comunitária (GRILLO, 2010; MERHY, 2010; YUSUF et al., 2001; DONOVAN, 2009) e embasados no Health Decision Model e o Modelo Transteorético de Decisão (HAYDEN, 2008; PROCHASKA, DICLEMENTE, 1983). Envolvendo instituições, profissionais e projetos escolares (SILVA, COTTA, ROSA, 2013). Educação esta que inclui itens quanto à história familiar de DAC, sexo, tabagismo, hipercolesterolemia, diabetes melitus, obesidade, gordura abdominal, sedentarismo, dieta pobre em frutas e vegetais, e, estresse psicossocial e o diagnóstico com tratamento precoces da HA (ALVES et al., 2013), às suas raízes genéticas, hipertrigliceridemia, obesidade, hábitos alimentares, sedentarismo, fumo e drogas, , entendendo e melhorando a obeservância medicamentosa (ERAKER, KIRSCHT, BECKER, 1984). Aplicando em nível multissetorial (OMS, 2006; BRASIL, 2002) encorajando interconectividade dos seus membros para mudança de hábitos

(GRILLO, 2014). O método será um questionário educativo, baseado em questionários em saúde do European Health Risk Monitoring (TOLONEN, 2002) o High Blood Pressure Questionnaire do MEDICARE (2011) os itens também incluirão material do artigo Siga 30 passos e fique longe da hipertensão (SBH, ?).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A Hipertensão

Com o desenvolvimento e a revolução tecnológica e industrial e as suas mudanças econômicas e sociais adicionadas ao descobrimento da imunização resultaram em uma mudança radical na morbimortalidade mundial de umas predominantemente infectocontagiosas para DCNT. Estas mudanças mundiais também estão ocorrendo ao nível do continente sul americano e o Brasil e se repete na nossa comunidade (BRASIL, 2006b). Os grupos principais de doenças crônicas são os do câncer e Doenças Cardiovasculares (SILVA, COTTA, ROSA, 2013) das quais a HAS é um dos principais fatores de risco modificáveis (BRASIL, 2006).

De acordo com a SBH um paciente é considerado hipertenso quando a sua pressão arterial é sistematicamente, igual ou maior que 140/90 mmHg (SBC, 2014b) quando não fazendo uso de anti-hipertensivo (BRASIL, 2002). A SBC (2010) define a HAS como sendo:

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 (SBC, 2010, p. 01).

Os maiores agravos do HAS são a doença cerebrovascular, a DAC, a insuficiência cardíaca, a doença renal crônica e a doença arterial periférica (BRASIL, 2006b). Além do mais, a HAS tem alta prevalência e “baixas taxas de controle” (ênfase de autora), e é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. ” (SBC, 2014b), a mesma referência diz que as DVC aumentam de forma linear com o aumento da PA, sendo que os mais comuns são o AVC, a doença isquêmica do coração (SBC2, 2014b).

De acordo com Silva et al (2005) os fatores de risco e os indicadores (ARAÚJO, LOPES, CAVALCANTE, 2008) da doença cardiovascular, e consequentemente, da hipertensão, já se encontram presentes na adolescência. Estes, em parte serão responsáveis pelo aumento da prevalência dos fatores de risco nos próximos 50 anos (POLANCZYK, 2005). Sendo que as famílias nas quais encontramos hipertensos e DCV terão um nível mais elevado destes fatores. Silva e

Lima (2006) nos traz orientações para a prevenção e seus agravos que poderão ser aplicadas à estas famílias com fatores de risco para a HA. Estratégias de promoção da saúde e a sua prevenção primária para o enfrentamento de DCNT (SILVA, COTTA, ROSA, 2013) revelam que mundialmente a hipertensão e seus fatores de risco são um dos mais abordados. E Karwalajtys e Kaczorowski (2010) encorajam um approach integrado nas comunidades. Sendo esta a abordagem desta intervenção.

José Gomes Temporão, o secretário de atenção à saúde em 2006 lançou a primeira iniciativa brasileira de ação estruturada de base populacional de larga escala visando a prevenção primária e secundária das DCV e renal crônica com o alvo de reduzir as DCV no Brasil e as atribuições deveriam incluir medidas como a disseminação de informação para a sensibilização da população quanto à adoção de uma vida de hábitos salutareis, e ações políticas que direcionados ao antitabagismo, nutrição adequada, e promoção de saúde com ênfase em educação escolar focando a prevenção (BRASIL, 2006). Esta educação incluiria item relacionados à HAS e (a) história familiar de DAC, (b) sexo, (c) tabagismo, (d) hipercolesterolemia (e) diabetes melitus (f) obesidade, (g) gordura abdominal, (h) sedentarismo, (i) dieta pobre em frutas e vegetais, e, (j) estresse psicossocial. diagnóstico e tratamento da hipertensão e diabetes. Para estas ações a estratégia da Saúde da Família, com a sua abordagem integral, estão situados o mais estrategicamente favoráveis para estas ações abrangentes e multissetoriais. Isto devido a sua conformação, seu processo de trabalho e sua abordagem integral (OMS, 2006).

Figura 7: Prevenção da HAS: ações ao encargo das estratégia de família

Items de incumbência da estratégia de família em relação à educação da população	história familiar de DAC
	idade e sexo em relação à HAS
	tabagismo
	hipercolesterolemia
	diabetes melitus
	obesidade
	gordura abdominal
	sedentarismo
	dieta pobre em frutas e vegetais
	estresse psico-social
	diagnóstico e tratamento da hipertensão e diabetes

Fonte: Brasil (2006).

5.2 Prevalência e Causas

A SBC em 2014 descreve como 23,5% da população brasileira como tendo o diagnóstico de Hipertensão Arterial (SBC, 2014). Este aumento na população idosa. O projeto SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento), concluiu que na população de idosa (>60 anos) de áreas urbanas de metrópoles a hipertensão chega à 53,3% e o diabetes à 17,9% (LEBRÃO, LAURENTI, 2005).

Sendo uma morbidade multifatorial, e um dos principais fatores de risco para as DCV, e a principal causa de morte em nosso meio (SBC, 2006b).

Entre as suas comorbidades encontramos o diabetes melitus (mais de 85% dos diabéticos são hipertensos); a dislipidemia e obesidade com suas alterações metabólicas e hormonais. Os seus maiores agravos são a doença cerebrovascular, a arterial coronariana, a insuficiência cardíaca, a doença renal crônica e a DAC. A DCV aumenta linearmente com o aumento da pressão arterial sistêmica (BRASIL, 2006b; SBC, 2014b).

Os seus principais fatores de risco são: história familiar de doença arterial coronariana, sexo, tabagismo, hipercolesterolemia, diabetes melittus, obesidade, gordura abdominal, sedentarismo, dieta pobre em frutas e vegetais, estresse psicossocial.

Incluídos entre estes fatores passíveis de tratamento não medicamentoso são o (SBC, 2010): controle de peso, estilo alimentar (DASH, mediterrânea,

vegetariana e outras), redução do consumo de sal, ácidos graxos insaturados, fibras, proteína de soja, oleaginosas, laticínios e vitaminas, alho, café e chá, chocolate amargo, álcool, atividade física, pressão positiva contínua nas vias aéreas e outras formas de tratamento da síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono, controle do estresse psicossocial, respiração lenta, cessação do tabagismo.

A SBC sugere nas suas diretrizes para HA que as estratégias para implementação das medidas preventivas como adotando modelo multidimensional e multiprofissional incorporando níveis de ação que integrem recursos de sociedades científicas, universidades, do setor público, privado e do terceiro setor. Englobando a redução de fatores de riscos usando a vigilância epidemiológica, a promoção de saúde em níveis educacionais, de trabalho e lazer, comunitário, etc. Educando por 'todas as formas de mídia'. Garantindo o acesso, redes e equipamentos de saúde com qualidade e eficiência, estimulando desenvolvimento e implantação de programas promovendo hábitos alimentares saudáveis, atividade física, o rotular alimentos como tal, também reduzindo o conteúdo de sódio e gorduras saturadas em alimentos industrializados (SBC, 2011).

São sugeridas atividades comunitárias que incluam o apoio de mobilização social com a formação de alianças e coalizões para capacitação, campanhas e intervenção voltadas à prevenção integrando fatores de risco para hipertensão arterial. Incentivar a formação de grupos para a prática de atividades físicas coletivas em locais públicos e privados (SBC, 2011).

Para o setor de saúde, objetivando o enfoque no cuidado contínuo e promoção de hábitos saudáveis, o acesso facilitado, o encorajamento do diálogo entre profissionais, usuários, familiares e gestores, promover interface entre setores educacionais (formar parcerias para avaliação e pesquisa) e de esportes, estimulando colaboração treinar, capacitar, apoiar e desenvolver profissionais planejando implementação de programas e aplicar medidas preventivas visando atendimento mais integral da comunidade na adoção de um estilo de vida ativo (SBC, 2011).

Apesar de progresso na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e no controle, a hipertensão continua um importante problema de saúde pública. É-se necessário uma identificação precoce com uma abordagem adequada para os fatores de risco da HA envolvendo principalmente a população de alto risco; aqui se

destacam as medidas preventivas como a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e o abandono do tabagismo (SBC, 2011).

Destes fatores de risco se incluem variáveis como escolaridade, sexo e idade, e fornecem alguns dados estatísticos: (1) a variável 'sexo' de acordo com pesquisa da VIGITEL (SBH, 2014b) para a HA, tem uma prevalência de 26,9% para mulheres e 21,3% para homens (2014); ou, de acordo com a SBC (2010) 30% e 35,8 % respectivamente. (2) Quanto a variável 'idade' o Portal Brasil categoriza como sendo que 50% dos hipertensos da 'terceira idade' e 5% crianças e adolescentes (PORTAL BRASIL, 2011). (3) No Brasil, quanto à 'escolaridade' (SBH, 2014), o percentual de HA é de 37,8% para a população que tem menos que oito anos de educação formal, enquanto no outro extremo, com 12 anos ou mais de ensino, o percentual é de 14,2% (SBH, 2014). Refere ainda a fonte que o tempo médio de ensino é inversamente proporcional à hipertensão (SBH, 2012). (4) A variável tabagismo, demonstra Belo Horizonte como a cidade no Brasil quanto ao percentual de fumantes, (PESSUTO, CARVALHO, 1998 e VIGITEL, 2014) e 10 % de todas as mortes CV são atribuídas ao fumo e o risco depende do número de cigarros e o tempo do vício (SBH). (5) Quanto à hipercolesterolemia (dislipidemias) 38% dos homens e 42 % das mulheres (principalmente nas faixas mais elevadas de idade tem níveis séricos de lipídeos acima de 200 mg/dl) a hipertensão é alarmante fator de risco (SPOSITO *et al*, 2007). (6) Quanto ao diabetes melitus, de acordo com a sociedade brasileira de diabetes (DE OLIVEIRA, VENCIO, 2014), este risco ocorre especialmente em decorrência da evolução tecnológica da sociedade relacionados ao sedentarismo e alimentação. (7) Quanto ao sedentarismo e dieta, numa revisão sistemática sobre sedentarismo e alimentação em adolescentes brasileiros, 100% tinham uma dieta inadequada e o sedentarismo variou de 2, 3 à 93,5 %, a maioria dos estudos categorizam a prevalência como sendo acima de 50%, próximas ou até superior ao dos países desenvolvidos (BARBOSA FILHO, CAMPOS, LOPES, 2014); o estresse psicossocial também é um comprovado fator de risco apesar das múltiplas causas e de difícil classificação quanto à variáveis (LIMA JR, LIMA NETO, 2010).

No bairro do Santa Rosa só temos informação estatística sobre diabetes melitus e a hipertensão per se, e, se compararmos as estatísticas do Brasil, e de Minas Gerais (ao redor de 25% da população como sendo hipertensa (SBC, 2014), o Santa Rosa, com uma população de 3533 almas e 364 hipertensos (estatísticas

oficiais do posto do Santa Rosa, de novembro de 2014, figuras 3 e 4) que equivaleria à 10% da população. Significando que provavelmente muitos hipertensos não foram ainda diagnosticados.

5.3 Fundamentos para Prevenção e controle da HA

De acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus (BRASIL, 2002) as ações de prevenção podem ser primordiais, a prevenção primária, secundária e terciária.

A (1) primordial sendo a noção de cidadania luta por educação e condições dignas, existência de fatores de risco; seria o nosso primeiro passo na intervenção. (2) a prevenção primária: remover fatores de risco específicos enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável, e a (3) secundária, com a detecção e tratamento precoces e finalmente (4) a terciária que seria o de reduzir complicações. Nesta intervenção se foca diretamente na prevenção primordial e primária, educando e avaliando quanto aos fatores de risco; a prevenção secundária pela detecção de hipertensos e indiretamente no tratamento precoces para reduzir complicações (prevenção terciária) (Figura 8).

Figura 8: Áreas de intervenção



Fonte: Brasil (2002).

Multifatorial, geneticamente e ambientalmente afetada, do ponto de vista fisiopatológico sugere uma alteração da atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona, disfunção do sistema autônomo com hiperatividade simpática, disfunção de reabsorção de sódio, disfunção do endotélio vascular com vasodilatação diminuída, resistência à insulina e intolerância à glicose – diabetes tipo II e hipertrigliceridemia e obesidade (SMELTZER, BARE, 2005 *apud* SILVA, LIMA, 2006).

Para que haja o entender o autocuidado se precisa que os interessados percebam as suas necessidades (SILVA, LIMA, 2006) isto é: comecem a se indagar o que é necessário para um estilo de vida saudável e a percepção do problema vai influenciar as reações na busca de recuperação ou restabelecimento e qualidade de vida do indivíduo.

Para sua prevenção devemos ver fatores modificáveis relacionados com estilos de vida e não modificáveis como sexo e hereditariedade (SILVA, LIMA, 2006).

Finalmente, no seu artigo ‘An integrated approach to preventing cardiovascular disease: community-based approaches, health system initiatives, and public health policy’ os autores mencionam que devido aos fatores de risco que se

modificam em populações há necessidade de atuação que envolvem a saúde pública, e outras setores da sociedade (KARWALAJTYS, KACZOROWSKI, 2010).

5.4 O papel da família e sociedade na prevenção de doenças

A SBC nos seus consensos e diretrizes e prevenção primária da HA, recomenda medidas preventivas desde a infância. Medidas estas que tenham ênfase na abordagem familiar quanto à mudanças em estilo de vida, como o controle do peso, uma dieta balanceada e a prática regular de exercícios físicos. Chama atenção para o fato que se implementadas precocemente são um benefício potencial para a prevenção de DCV desta família, sendo que a história familiar positiva para este é o maior fator de risco não modificável (SBC, 2015).

A sociedade Brasileira na sua VI Diretriz quanto à hipertensão refere o “baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima como sendo uma das ‘principais determinantes da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo’ (ANDRADE, 2010)

A HA, segundo Ribeiro *et al* (2012), é um dos mais importantes fatores de risco para um AVC, e para estes os antecedentes familiares – sejam elas por fatores de risco não modificáveis (SBC, 2014b), como o diabetes tipo II, hipercolesterolemia, idade, sexo, raça ou os modificáveis como obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras (PESSUTO, 1998) – estão diretamente ligadas ao seio da família e é aqui que as maiores mudanças podem e devem acontecer.

No Brasil, a DCV têm sido a principal causa de mortalidade (SBC, 2010) com alta taxa de morbidade e impacto na qualidade e produtividade da população adulta. sobrevida das doenças infecciosas, a incorporação de novas tecnologias com diagnóstico mais precoce das doenças e redução da letalidade. Todas, em parte, podem ser atribuídas à uma ascensão e controle inadequado de fatores de risco associados ao desenvolvimento destas doenças (BRASIL, 2006a; quadro 1), incluindo a história familiar de DAC prematura (familiar 1º. grau sexo masculino <55 anos e sexo feminino <65 anos), homens com idade superior à 45 anos e mulheres com idade acima de 55 anos, tabagismo, hipercolesterolemia (LDL-c elevado), hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, obesidade (IMC > 30 kg/m²), gordura

abdominal, sedentarismo, dieta pobre em frutas e vegetais, estresse psicossocial todos intimamente ligados ao seio da família e a sua cultura local.

Figura 9: Fatores de Risco para DCV

<i>História familiar de DAC prematura (familiar 1º. grau sexo masculino <55 anos e sexo feminino <65 anos)</i>
Homem >45 anos e mulher >55 anos Tabagismo Hipercolesterolemia (LDL-c elevado) Hipertensão arterial sistêmica Diabetes melitus Obesidade (IMC > 30 kg/m ²) Gordura abdominal Sedentarismo Dieta pobre em frutas e vegetais Estresse psicossocial

Fonte: Brasil (2006).

É aqui que reside a importância da família e sociedade e o PSF e este trabalho. Considerado uma Iniciativa de ação estruturada de base (BRASIL, 2006).

5.5 O paradigma cultural da equipe de saúde inserida no Santa Rosa

Para entender um pouco a cultura institucional, no qual a ação preventiva se realizará, e para entender o processo de trabalho e, em especial, o processo de trabalho na atenção básica, estamos inseridos numa cultura de paradigmas cuja força de cultura institucional é gravada por pelo menos 30 anos quando se iniciou o 'postinho'. Cultura está, impropícia às mudanças, não só do ponto de vista da população como do ponto de vista de várias enfermeiras, já no posto há mais de 25 anos. Há uma mentalidade de atendimento emergencial ao invés do modelo de saúde com enfoque e priorização nas ações de promoção à saúde na atenção básica. Assim sendo, já se agendaram várias tardes de promoção à saúde, com atendimento de duas ou três pessoas. E um agendamento antecipado para evitar filas matutinas, que permaneceu por uns 30 dias voltou à rever a 'inércia' cultural inicial da 'fila das quatro da manhã'. Há também um constante fluxo de pacientes com situações de caráter emergencial, interrompendo o atendimento médico. Estes atendimentos, oferecido no Hospital Escola, e na Santa Casa de Itajubá, ambos sobrecarregados – levando às longas filas de espera – logicamente evitados ao todo

custo pelos pacientes. Precisamos muito de uma mudança de hábitos e costumes, seja tanto dos habitantes do Santa Rosa, Imbel e Pedra Mamona quanto dos nossos profissionais de saúde.

Figura 10: Modelo assistencial de saúde familiar no Santa Rosa: tratamento (SUS)



Fonte: Grillo (2014).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 A Hipertensão

O método de estimativa rápida (CAMPOS, PEREIRA, SANTOS, 2010) foi utilizado para a elaboração do plano de ação. Foram entrevistados as enfermeiras, assistentes de enfermagem e agentes de saúde, epidemiologia, foram avaliados registros existentes (HIPERDIA, 2014) e as condições de vida na comunidade local. Em conversa com pacientes foram observados os maiores impecílios para a avaliação e educação sobre a hipertensão e seus fatores de risco. A observação incluiu estilos de vida, alimentação e prevalência de doenças em famílias. Foram também pesquisados dados do estado (IBGE, 2013) e município em relação à hipertensão e patologias agregadas (SBC e SBH), a ficha do HiperDia (2014), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) brasileiras do mesmo ano (2013), VIGITEL 2014 e as Sociedades Brasileiras de Cardiologia e Hipertensão com suas diretrizes e as notícias.

6.2 Definindo Problemas

Um dos problemas prioritários na nossa comunidade é hipertensão. Sendo que estatisticamente 23,5% da população brasileira tem o diagnóstico de Hipertensão Arterial (SBC, 2014).

No município de Itajubá, de acordo com o registro do HiperDia, o número de hipertensos no nosso território é de trezentos e vinte sete, e os diabéticos de cento e dezoito, muitos dos diabéticos são também hipertensos, uma co-morbidade importante. Hipertensão é também responsável por 80% dos encaminhamentos para a emergência nos últimos 6 meses (estatística pessoal). Sendo assim, hipertensão foi selecionado como tópico de abordagem de saúde pública mais abrangente no PSF do Santa Rosa, sendo que cobrirá maior área de saúde populacional, desde saúde alimentar, sedentarismo, o fumo e drogas – ambas diretas e indiretamente responsáveis pelo aumento de hipertensão sistólica local. Tendo em vista também a análise situacional e averiguação de competências da equipe do PSF do Santa Rosa.

É a patologia que mais leva a internações por encaminhamento e atendimento emergencial, diminuindo a qualidade de vida de inúmeros pacientes (neste mês, o de setembro de 2014, registramos três casos de acidente vascular cerebral (AVC), com uma morte e dois sequelados severos, e dois com provável AVC – em fase de diagnóstico por serem menos severos). É um problema familiar, muito ligado à obesidade e o diabetes melitus (BRASIL, 2006). Além de ser hereditário, ligado à infecções, o desenvolvimento do problema do ponto de vista médico é prejudicado pelo entendimento da doença.

6.3 Nós Críticos

No Santa Rosa, poderemos avaliar pelo menos nove 'nós críticos': que podem ser sumarizados como sendo relacionados com o (a) nível de alfabetização e poli medicação, (b) obesidade e diabetes, (c) ambiente físico, (d) falta de medicações, (e) cultura local hospitalocêntrica, (f) demora para encaminhamento, ou exames, (g) constante fluxo de pacientes caráter emergencial (Figura 6).

Figura 11: Nós críticos gerais



6.3.1 Nó Crítico # 1: analfabetismo e poli medicação

O nó crítico # 1, a díade analfabetismo e poli medicação: dificulta muito o entendimento da doença e a poli medicação, que muitas vezes ocorre no decorrer da doença, pode ser exemplificado melhor com um caso ocorrido no Santa Rosa. Quando a equipe, em visita domiciliar, é solicitada pela mãe com queixa de que filha estava com tosse intensa:

Ao entrar no lar, encontramos a paciente (filha) ofegante e agitada. Ao medir a pressão, esta se revela sendo 280/160 mmHg. À ausculta pulmonar crepitação em ambas bases e subindo até a metade do tórax. Edema de membros inferiores ++/4. Encaminhada, após medicação suporte, para emergência. Após duas semanas, no qual a enfermeira em visitas diárias avaliando o quadro e pressão arterial, na segunda visita, agora, a hipertensão mais dominada, em conversa, notamos que muitas vezes a medicação não era tomada adequadamente, a agente de saúde prepara e organiza medicações tanto da mãe (também hipertensa) quanto da filha . No decorrer várias visitas domiciliares, medindo a pressão da mesma ainda bastante alta – 190/120 mmHg) diz a mãe “a nossa pressão é sempre alta doutora, e estou misturando os remédios!”(sic, paciente). Medicamentos na quantia de 5 comprimidos diários para a mãe e 3 para a filha. Ela estava confundindo medicação pessoal e da filha (cardiopata, e hipertensa). Isto não só pelas diferentes medicações mas também quanto à uma mudança de cor e forma de comprimido de uma das medicações (vindo da farmácia da secretaria de saúde aonde mudaram a empresa farmacêutica fornecedora de medicamentos). A equipe precisou meia hora descrevendo e separando medicações para que poderiam se medicar por meio de desenhos e receitas facilmente legíveis (Autoria própria, 2014).

Este só é um dos casos, no mesmo mês visitamos no lar um paciente, com queixa de tonturas e desmaio. Após uma detalhada avaliação descobrimos que o mesmo estava tomando dose dobrada – pelo mesmo motivo do anterior (mudança de forma de comprimido e analfabetismo).

6.3.2 Nó Crítico # 2: infraestrutura

Este nó crítico, a infraestrutura de bairro e espaço para exercícios, estão relacionados à hipertensão, indiretamente, sob itens obesidade e diabetes. Este leva à um segundo problema: a dificuldade decorrente infraestrutura e segurança do bairro, o ambiente físico, com calçadas estreitas, e em alguns pontos a via automobilística se une à dos pedestres, uma grande quantidade de ciclistas que dividem a via, não tendo espaço adequado de movimento, afora as carroças e cavalheiros e população canina insipiente, outros obstáculos são a falta de segurança em certas áreas.

6.3.3 Nó Crítico # 3: fila de espera

Este, o nó crítico # 3, avalia emergências que são atendidas em fila de espera. Isto é: filas de espera para ‘tirar pressão’ e glicemia o mesmo de curativos e/ou vacinas.

6.3.4 Nó Crítico # 4: farmácia

Pacientes que são atendidos na farmácia se queixam da falta de medicamentos.

6.3.5 Nó Crítico # 5: educação

Queixam-se as enfermeiras de pouco tempo para educação medicamentosa.

6.3.6 Nó Crítico # 6: cultura

A cultura de saúde local é hospitalocêntrica.

6.3.7 Nó Crítico # 7: encaminhamentos

Este nó crítico revela demora de encaminhamento ao serviço especializado ou para exames.

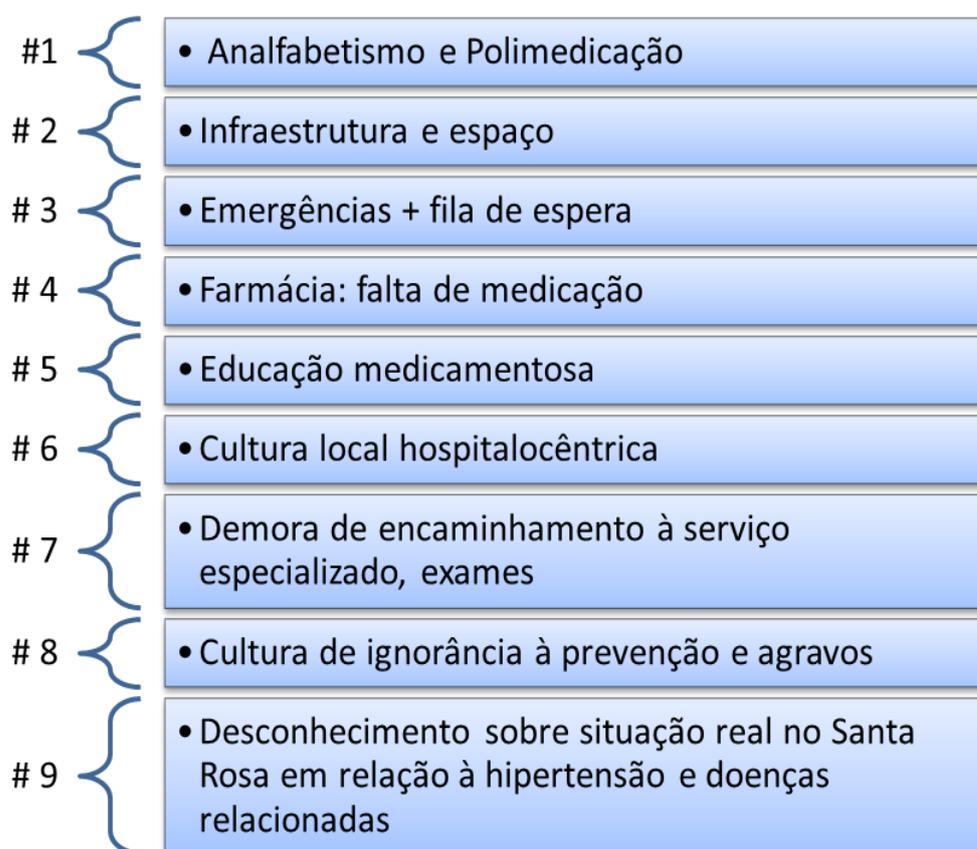
6.3.8 Nó Crítico # 8: educação quanto à hipertensão

Este nó crítico revela uma cultura de ignorância quanto à prevenção de Hipertensão e/ou agravos relacionados ao mesmo e a possibilidade de evitá-los.

6.3.9 Nó Crítico # 9: infraestrutura

Este nó revela o desconhecimento da situação real no Santa Rosa quanto à hipertensão e relações das doenças relacionadas.

Figura 12: Nós críticos específicos



Fonte: Autoria Própria (2014).

Os nós críticos a serem visados na cultura institucional são o de tratamento, o foco na doença, não na saúde (GRILLO, 2014; BRASIL, 2011). Nos prontuários dificilmente se constata o registro de ‘alta de caso’ ou um equilíbrio do quadro – que seria registrado por volta rotineira mensal, trimestral ou anual para avaliação de

quadro ou doença crônica. Mas estamos no processo de quebrar a barreira emergencial de quadros de diabéticos (tipo 2) e hipertensão no que se diz a retornar ao posto para avaliação de medidas laboratoriais glicêmicas ou pressóricas quanto à adequação de medicação em alguns grupos de pacientes.

Tabela 3: Solução para os “nós” críticos do projeto educativo pela UBS do Santa Rosa

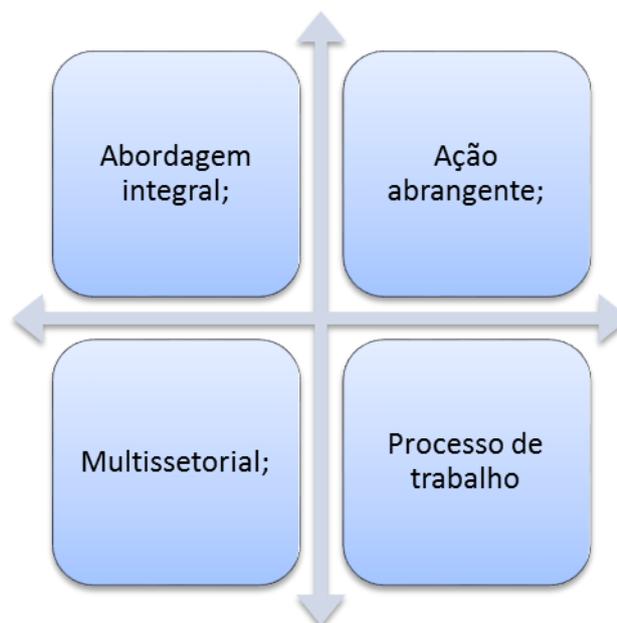
Operação/Projeto	Nós Críticos	Recursos críticos
Realização de campanha educativa para amenizar os fatores de risco modificáveis de HA Comunicação encorajando maior participação de hipertensos nos grupos operativos oferecidos pela UBS	Informação: Necessidade de coletar dados quanto à HA no bairro e famílias de alto risco para fatores de risco não modificáveis; Atividades: agendamento e organização de atividades Financeiro: Para aquisição de folders, cartazes, folhetos educativos, recursos audiovisuais, etc.;	Informação: (1) Dados quanto à idade. Hipertensos e casos de AVCs e ACVs no bairro; (2) ACSs Atividades: grupos de hiperDia

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.4 Recursos críticos e viabilidade

De acordo com Dr. Temporão a estratégia da Saúde da Família, com as suas abordagens integrais está localizada estrategicamente favorável para as ações abrangentes e multissetoriais. Isto devido a sua conformação, seu processo de trabalho e sua abordagem integral (BRASIL, 2006).

Figura 13: Áreas de abrangência da Estratégia da Família



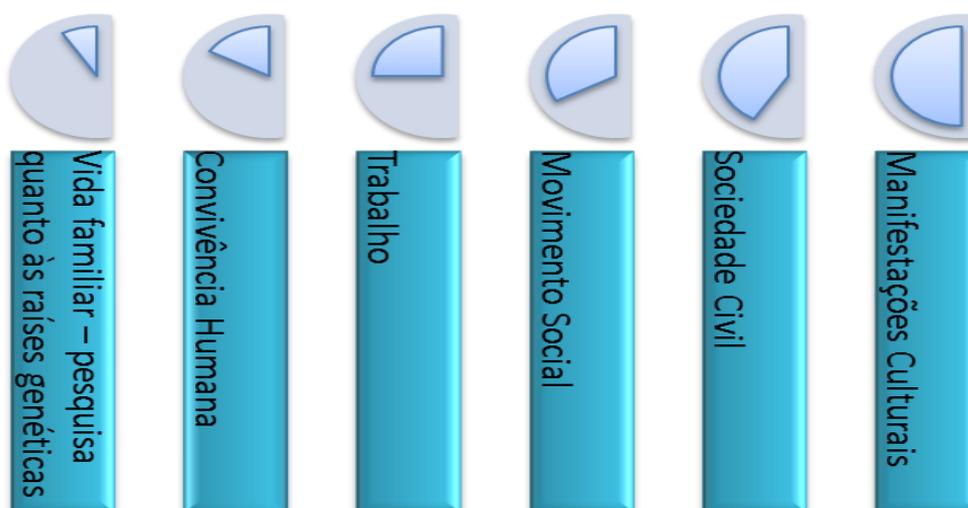
Fonte: Brasil (2006).

Quando avaliando as possíveis áreas de abordagem para uma melhoria na saúde pública em geral e em relação à hipertensão, no bairro do Santa Rosa, teríamos (GRILLO, 2014):

- (a) **vida familiar**: no qual se pesquisaria as às raízes genéticas da hipertensão, seja elas de caráter fisiopatológico como hipertensão essencial, ou relacionado à hipertrigliceridemia, obesidade, hábitos alimentares, sedentarismo ou o fumo e drogas e encorajando uma melhor e maior interconectividade dos seus membros para encorajá-los a mudança de hábitos. Na (b) **convivência humana**, aonde a mudança de hábitos, um dos fatores essenciais para mudanças, a comunicabilidade e interação entre agentes de saúde, amigos e familiares poderia levar ao encorajamento mútuo para um melhor equilíbrio físico-mental, caminhando juntos, trocando receitas saudáveis, diagnósticos e discutindo meios de aderir ao tratamento precoce. (c) **no trabalho**, aonde muitos hábitos da idade adulta são formados ou encorajados, adicionados aos problemas ocupacionais, como 'dores de coluna' ou o mitigar as consequências de repetitividade de atividades ou adequação de horários para descanso, exercício e alimentação, para mitigar as consequências de HAS. (d) podendo-se criar um **movimento social** de vida física ativa, encorajando Inter

comunicabilidade entre escolares, idosos ou artistas e artesãos numa (e) **manifestação cultural** para um estímulo ao salutar, desencorajando inclusive o uso de drogas e violência. Como (f) **sociedade civil**, poderia haver uma ação para uma cidade saudável, aonde o ciclista e caminhante possam se exercitar sem entrar em situações de alto risco em relação às autovias, encorajando segurança também quanto à violência e uso de entorpecentes. Em todos estes pontos poderá haver uma integração de agentes de saúde e sua equipe, encorajando e observando aonde melhor possamos atuar. Isto tudo para um alvo específico de diminuir o índice de níveis hipertensivos na comunidade.

Figura 14: Educação em saúde: possíveis áreas de abordagem



Fonte: Grillo (2014).

Grillo, em seu Modelo, processo de trabalho e saúde em família (GRILLO, 2014), descreve o novo paradigma de saúde populacional de um modelo assistencial que deverá basear-se na prevenção com promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde ou reabilitação de agravos, lutando para a manutenção da saúde.

No Santa Rosa, deste paradigma os tópicos visados na cultura institucional são o de tratamento, o foco na doença, não saúde (GRILLO, 2014; BRASIL, 2011).

Nos prontuários dificilmente se constata o registro de ‘alta de caso’ ou um equilíbrio do quadro – que seria registrado por volta rotineira mensal, trimestral ou anual para avaliação de quadro ou doença crônica. Mas estamos no processo de quebrar a barreira emergencial de quadros de diabetes (tipo 2) e hipertensão no que se diz a retornar ao posto para avaliação de medidas laboratoriais glicêmicas ou pressóricas quanto à adequação de medicação em alguns grupos de pacientes.

Em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, embasada no ano 2000, o programa Saúde baseado numa reorientação dos serviços de saúde com ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças a “população tem o direito e o dever de participar individualmente e coletivamente do planejamento e implementação de saúde pública” (Alma Ata, artigo IV). Aonde aspectos específicos, como a estrutura e funcionalidade das famílias, que deverão ser abordados no desenvolvimento de intervenções num processo positivo de saúde e doença do indivíduo baseada na promoção, a proteção, o diagnóstico precoce, o tratamento e a recuperação da saúde (GRILLO, 2014). No Brasil o movimento que visa a saúde deste ângulo é o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (FIOCRUZ).

No processo, devem ser valorizados a educação familiar, humana, trabalhista, em manifestações variadas. Sejam elas no âmbito social, organizacional ou cultural.

Quando encarando os parâmetros de uma equipe de acordo com Peduzzi (2000; ver figura 13) a equipe do Santa Rosa tem certos caracteres de ambos os âmbitos mencionados – o da integração e o agrupamento. Quanto à Comunicação ela é tanto (a) externa ao trabalho, (b) pessoal, e (c) intrínseca ao trabalho. Não temos um projeto assistencial comum, temos diferenças técnicas entre trabalhos especializados, não arguimos a desigualdade de trabalhos especializados e há um certo entrelaçamento de especificidades quanto ao trabalho especializado, e muita flexibilidade da divisão do trabalho. Apesar de sermos delegados as nossas autonomias, somos barrados de certas condutas. Assim, não temos autonomia total em áreas técnicas tanto de caráter interdependente ou não. Se sumarizando: temos comunicação entre integrantes de equipe com fluidez quanto às especialidades, e somos capazes de reduzir as barreiras entre as fronteiras de conhecimentos e competências (apesar de não termos ainda alcançado um consenso); mas do ponto de vista administrativo estão sendo impostas restrições que afetam esta fluidez.

Tabela 4: Correlação entre tipos de equipes

Correlação entre dois tipos de equipes os parâmetros específicos			
Parametros da Equipe	Integração	Agrupamento	Santa Rosa
Comunicação externa ao trabalho		X	X
Comunicação estritamente pessoal	X	X	X
Comunicação intrínseca ao trabalho	X		X
Projeto assistencial comum	X		
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	X	X	X
Arguição da desigualdade de trabalhos especializados	X		
Especificidades do trabalho especializado	X	X	X
Flexibilidade da divisão do trabalho	X		X
Autonomia técnica de carácter interdependente	X		
Autonomia técnica plena		X	
Ausência de autonomia técnica		X	

Fonte: Peduzzi (2003).

6.5 Identificação dos Recursos Críticos

Quando encarando os parâmetros de uma equipe de acordo com Peduzzi (2000; ver figura 13) a equipe do Santa Rosa tem certos caracteres de ambos os âmbitos mencionados - integração e agrupamento. Quanto à Comunicação ela é tanto (a) externa ao trabalho, (b) pessoal, e (c) intrínseca ao trabalho. Não temos um projeto assistencial comum, temos diferenças técnicas entre trabalhos especializados, não arguimos a desigualdade de trabalhos especializados, há um certo entrelaçamento de especificidades quanto ao trabalho especializado, e muita flexibilidade da divisão do trabalho, mas apesar de sermos delegados autonomia, somos barrados de certas condutas. Assim, não temos autonomia total em áreas técnicas sejam elas de carácter interdependente ou não.

Sumarizando: na nossa equipe temos comunicação entre integrantes com fluidez quanto às especialidades, e somos capazes de reduzir as barreiras entre as fronteiras de conhecimentos e competências (apesar de não termos ainda alcançado um consenso); mas do ponto de vista administrativo estão sendo impostas restrições que afetam esta fluidez.

6.6 Análise da viabilidade dos Planos

A nossa equipe tem comunicação entre integrantes com fluidez quanto às especialidades, e somos capazes de reduzir as barreiras entre as fronteiras de conhecimentos e competências (apesar de não termos ainda alcançado um consenso); mas do ponto de vista administrativo estão sendo impostas restrições que afetam esta fluidez.

Do ponto de vista de bairro temos escola, igrejas e lojas que podem nos ajudar na propagação de atividade e estamos começando a identificar pessoas criticamente estabelecidas para uma melhor atuação da equipe local

Tabela 5: Viabilidade

<i>Operação/ Projeto</i>	<i>Recursos críticos</i>	<i>Controle dos recursos críticos</i>		<i>Ações estratégicas</i>
		Ator que controla	Motivação	
Realização de projeto educativo quanto a fatores de risco da HA.	<p>Estrutural: Posto, sala de reuniões, equipamento diagnóstico de rastreamento (laboratorial)</p> <p>Cognitivo: reconhecimento da necessidade de prevenção de 'outcomes' consequentes ao descontrole de HA e seus fatores de risco para uma melhor qualidade de vida</p> <p>Financeiro: Aquisição de material informativo, panfletos, folders, folhetos educativos, e material diagnóstico (laboratorial ou clínico)</p> <p>Político: Articulando setores da saúde na cidade, escolas e instituições de ensino na comunidade para encorajando adesão dos profissionais e beneficiários</p>	Prefeitura de Itajubá (Secretaria de Saúde) Equipe	Cognitiva	Apresentação de ações educativas e rastreamento de fatores de risco para HA

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.7 Desenho de Operações

Em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (2000), o programa Saúde é baseado numa reorientação dos serviços de saúde com ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças: “a população tem o direito e o dever de participar individualmente e coletivamente do planejamento e implementação de saúde pública” (ALMA ATA, artigo IV, p5). Aonde aspectos específicos, “como a estrutura e funcionalidade das famílias deverão ser abordados no desenvolvimento de intervenções positivas no processo de saúde/doença dos indivíduos, está baseada na em promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde” (GRILLO, 2014). No Brasil o movimento que visa a saúde deste ângulo é o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (Fiocruz). No processo, devem ser valorizados a educação familiar, humana, trabalhista, em manifestações variadas. Sejam elas de âmbito social, organizacional ou cultural.

Tabela 6: **Fatores de risco modificáveis. recursos críticos, atores**

Projeto	Recursos Críticos e Ações Estratégicas	Ator que controla
Educação	Organizacional: (1) contatar escolas e famílias (2) Associação comunitária Econômico: conseguir suporte para material educativo	Equipe, Famílias, comunidade Secretaria de saúde
Prevenção Primária	Organizacional: conseguir pessoal capacitado para treinamento para equipe Político: disponibilização de tempo para formação da equipe	Secretaria de saúde
Prevenção Secundária	Político: articulação com a secretaria de educação e de comunicação Econômico: conseguir material educativo	Secretaria de saúde
Prevenção Terciária		

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.8 Plano Operativo

Os objetivos incluirão:

- Alertar/Educar a sociedade local quanto às possíveis atividades familiares para diminuir fatores de risco modificáveis e diagnóstico precoce.
- Facilitar o entendimento e uso de disponibilidades na comunidade para a prevenção de co-morbidade relacionados com hipertensão.

- Realizar uma busca ativa de fatores de risco para lesões de órgão-alvo, avaliar as metas de controle pressórico e, com isso, evitar complicações cardiovasculares futuras;
- Quantificar o número de pacientes portadores de HAS na comunidade e, assim, facilitar o planejamento de consultas e grupos;
- Educar o paciente sobre a HAS enfatizando compromisso e adesão à tratamento, desde mudanças do estilo de vida ou terapia medicamentosa.

Tabela 7: Planejamento das ações (FR modificáveis)

Nós Críticos	Ações	Resultados esperados	Recursos necessários
Localizar famílias com fatores de risco para ou hipertensão diagnosticados	<p>Identificar os hipertensos no bairro</p> <p>Identificar casos de AVCs e ACVs</p> <p>Identificar famílias com fatores de risco para hipertensão</p> <p>Identificar famílias com fatores de risco para HA modificáveis, sem presença de diagnosticados com HA</p> <p>Formação de grupos de hiperDia com enfoque em Hipertensão, Obesidade e diabetes</p> <p>Formação de grupos que enfoquem fatores de risco modificáveis como obesidade. Dietas, caminhadas, etc. tanto nas escolas como no posto</p>	<p>Famílias conscientizadas e comprometidas com a saúde</p> <p>Grupos operativos em escolas, igrejas e associações de bairro;</p> <p>Maior participação da UBS em projetos ligados à prevenção primária</p>	<p>Organizacional – Contatos individuais, organizacionais com formação de grupos, e reuniões e parcerias.</p> <p>Cognitivos – informação individual e coletiva em relação aos temas e estratégias de divulgação e comunicação.</p> <p>Financeiros- para atividades promocionais</p>

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.9 Proposta de intervenção: Resumo

Priorizamos o nó crítico de número 9 como sendo o primeiro a ser abordado: o desconhecimento de situação real no Santa Rosa quanto à hipertensão e relações

das doenças relacionadas (Figura 12). Para o estabelecimento de práticas de intervenção precoce dos fatores predisponentes à hipertensão, sejam elas modificáveis ou não para a prevenção de agravos e melhora da qualidade de vida da população.

O projeto envolverá toda equipe em (a) intervenção educativa, com (b) capacitação à nível familiar, (c) consultas e grupos iterativos e o (d) monitoramento de casos diagnosticados. Por um período de 6 meses seguido de monitoramento contínuo para estabilização e sedimentação do processo educativo. Processo este que deverá ser avaliado pelo cadastro do hiperDia e níveis pressóricos individuais (Tabela 5 e 7).

Tabela 8: Desenvolvimento de operações do nó crítico # 9
pela equipe do posto de Saúde da Família do Santa Rosa, Itajubá, Minas Gerais

Nó crítico 1	<i>Desconhecimento de situação real no Santa Rosa quanto à hipertensão e relações das doenças relacionadas.</i>
Operação	Estabelecer práticas de interpretação precoce de fatores predisponentes à hipertensão, tanto dos modificáveis quanto os não passíveis de correção
Projeto	Reconhecendo os nossos 'nós críticos' para evitar/ controlar hipertensão nas nossas famílias
Resultados esperados	Detecção precoce de fatores de risco da hipertensão para prevenção de agravos e melhora da qualidade de vida da população
Produtos esperados	Dados corretos de hipertensos e diabéticos no bairro
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe e famílias do Santa Rosa em processo participativo
Recursos necessários	Estrutural: Posto, sala de reuniões, equipamento diagnóstico de rastreamento (laboratorial) Cognitivo: reconhecimento da necessidade de prevenção de 'outcomes' consequentes ao descontrolo de HA e seus fatores de risco para uma melhor qualidade de vida Financeiro: Aquisição de material informativo, panfletos, folders, folhetos educativos, e material diagnóstico (laboratorial ou clínico) Político: Articulando setores da saúde na cidade, escolas e instituições de ensino na comunidade para encorajando adesão dos profissionais e beneficiários.
Recursos críticos	Cognitivo
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeitura de Itajubá e equipe Motivação: Equipe e famílias beneficiadas com melhor qualidade de vida
Ação estratégica de	Apresentação de ações educativas e rastreamento de fatores de risco para

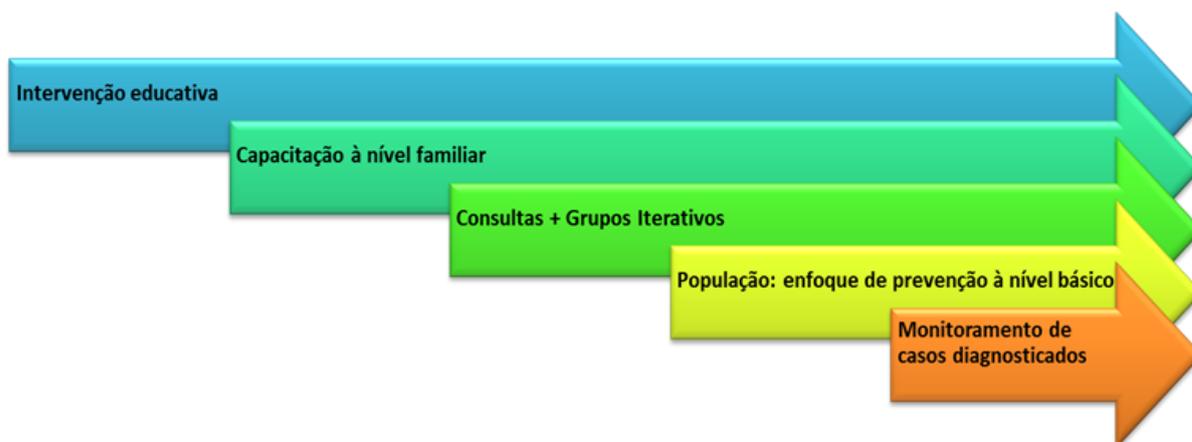
motivação	HA em reunião de grupo e famílias
Responsáveis:	<p>A equipe composta de enfermeiras, agentes de saúde, médicos e famílias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Projeto: HA enfoque de prevenção à nível básico 2. Operações e sequência de intervenção: <ol style="list-style-type: none"> a. Intervenção educativa b. Capacitação à nível familiar c. Consultas e grupos iterativos d. Monitoramento de casos diagnosticados 3. Responsáveis e razão de escolha para o cargo <ol style="list-style-type: none"> a. Intervenção educativa: Médicos, enfermeiras e ACSs como equipe. Por cada um dos envolvidos ter uma posição de capacitação para o trabalho - educativo, e encorajamento e explicativo dentro do contexto cultural local. b. Capacitação à nível familiar: ACSs – em contato direto e diário com as famílias envolvidas. c. Consultas e grupos iterativos: Médico e enfermeira pela capacitação de informação. d. Monitoramento de casos diagnosticados: enfermeiras e médicos e a própria família: plena capacitação diagnóstica envolvida no processo
Cronograma / Prazo	<ol style="list-style-type: none"> a. Intervenção educativa – 1 mês b. Capacitação à nível familiar – contínuo c. Consultas e grupos iterativos – 6 meses d. Monitoramento de casos diagnosticados - contínuo
Gestão, acompanhamento e avaliação	O acompanhamento e avaliação do processo será avaliado pelo cadastro do hiperDia e níveis pressóricos individuais

Fonte: Autoria própria (2015) adaptado de Campos (2014).

6.10 Plano operativo de projeto de intervenção: Gestão do Plano

Iniciaremos com uma intervenção educativa ao nível de família – usando a escola, igreja e lojas por meio de questionário para uma capacitação à nível familiar quanto aos problemas e prevenção ligados à hipertensão. De acordo com a resposta ao questionário, e, simultaneamente em consultas e grupos iterativos levar à população à um enfoque e de prevenção à nível básico, e ao monitoramento de casos diagnosticados.

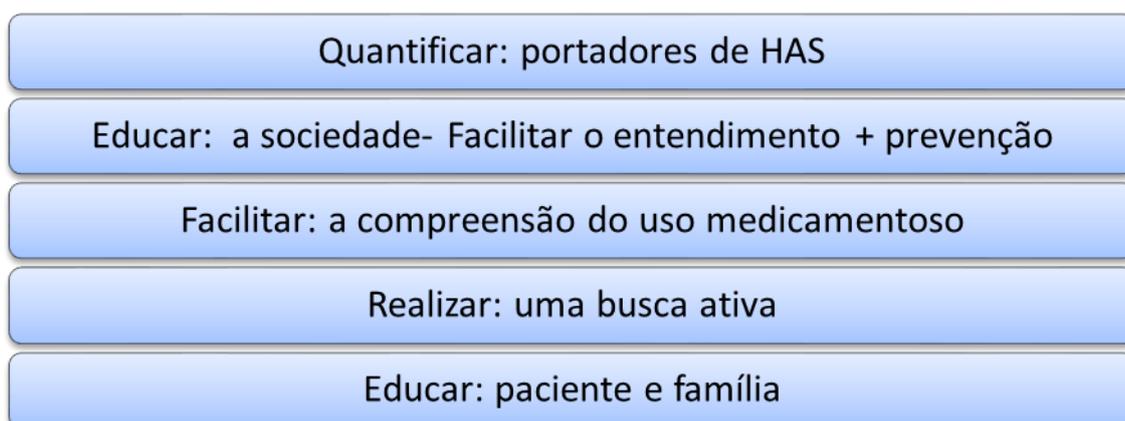
Figura 15: **Fases de Intervenção**



Fonte: Autoria Própria (2014).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) em 1994 a educação permanente é a educação pelo trabalho, no trabalho e com o trabalho, e qualquer procedimento que envolva reflexão sobre o processo de trabalho em procura de soluções de problemas concretos em prática concreta, recriando-a com autodeterminação e comprometimento histórico cultural (MERHY, 2005) e é baseada na participação.

Figura 16: Hipertensão, Gestão de Plano. Objetivos



Fonte: Autoria Própria (2014).

Se desenvolvendo estes nos objetivos do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e seus objetivos de capacitar e educar, qualificar, fomentando e disseminando a informação disponível ampliando escala educativas para diminuir as desigualdades entre diferentes grupos sociais

(adaptação parcial desta autora) para igualar a oferta educativa, integrando as possibilidades de tratamento e prevenção em todos os níveis sociais.

Para isto o desenvolvimento de educação permanente para ajudar na resolução do problema prático de baixa adesão de hipertensos ao Programa HiperDia, que é um grande problema no nosso PSF, deveríamos pensar na educação primeiramente dos nossos agentes de saúde e a avaliação de nossos meios de comunicação e o uso de métodos para a mais rápida disseminação de informação. Um grande recurso no nosso bairro são os estudantes do ensino médio. Em conversa com os nossos agentes de saúde estes são uma porta aberta para educação. Devemos discutir o acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos em um controle positivo intrafamiliar, aonde um ajuda o outro a entender e encorajar adesão à tratamento.

Num empreendimento deste âmbito, para conseguir uma avaliação de sucesso da atividade poderia ser uma simples avaliação quantitativa mensal de medições pressóricas do posto (não se encontrando medições acima de 150 de sistólica) e o mesmo de uma quantificação quanto aos encaminhamentos para a emergência relacionadas com níveis pressóricos elevados serão usados para avaliação de sucesso. Outros parâmetros utilizados poderão ser os níveis de obesidade e diabetes não controlados. Capacitando e educando, qualificando, fomentando e disseminando a informação disponível ampliando escalas educativas para diminuir as desigualdades entre diferentes grupos sociais (adaptação parcial desta autora) para igualar a oferta educativa, integrando as possibilidades de tratamento e prevenção em todos os níveis sociais.

Isto tudo num ambiente de trabalho refletindo constantemente sobre o processo de encorajamento em procura de soluções deste problema tão concreto na prática diária no qual deve ser encorajado a autodeterminação e comprometimento histórico cultural intrafamiliar e no bairro.

7 RESULTADOS ESPERADOS E DISCUSSÃO DO PROBLEMA

7.1 A hipertensão, diagnóstico precoce e educação

Tabela 9: A planilha de acompanhamento

Intervenção educativa: Planilha de acompanhamento						
Indicadores	Momento Atual		6 meses		1 Ano	
	Número	%	Numero	%	Numero	%
Respondendo o questionário						
# de portadores de HAS						
# de Famílias						
# uso medicamentoso						
# de busca ativa						
Hipertrigliceridemia						
Sistema renal						
Controle pressórico no PSF Número de Medições Sistólica > 150 Sistólica < 150						
Encaminhamentos à emergência Cardiovasculares Hipertensão Diabetes Outros						

Fonte: Autoria Própria (2014).

7.2 As co-morbidade agregadas

Se espera que a intervenção terá efeitos positivos sobre a Hipertensão ‘per se’ mas também sobre fatores de risco e seus agravos afetando a qualidade de vida, mortalidade e morbidade do bairro em relação às doenças vasculares, especialmente para as famílias consideradas de alto risco para estas doenças e as morbidades agregadas de acordo com a estatística relacionada com a variável ‘escolaridade’ (SBH, 2014). Isto é de 37,8% para próximo aos de mais de 8 anos de ‘educação formal’, ou seja, próximo à 14,2%.

7.3 Limitações do estudo

Intervenções precoces podem diminuir o bem estar das pessoas e levá-las a serem menos ativas e terem preconceitos impostos em certas linhas de trabalho (ROBOTHAM, FROST, 2006).

7.4 Resultados esperados X Reais

A efetividade da intervenção dependerá da abrangência e receptividade da ação na comunidade (KARWALAJTYS, KACZOROWSKI, 2010). Sendo que o resultado à longo prazo, será exponencialmente relacionado ao envelhecimento da população mais jovem sobre o qual esta intervenção terá efeito precoce por mudanças de hábitos de vida (POLANCZYK, 2005.). Isto será especialmente notado nas famílias de alto risco para HA e Diabetes (SILVA, COTTA, ROSA, 2013).

Se espera que se terá outros efeitos secundários (HARRIS, OGBONNA, 2002), não esperados, como a unificação e educação geral de analfabetos e de baixa escolaridade. Também se espera que terá efeito sobre a psicologia (DONOVAN, 2009) e saúde geral da família (SILVA, COTTA, ROSA, 2013).

O projeto de intervenção proposto abrange o planejar de ações tanto na área da identificação/reconhecimento de pessoas e famílias com a presença de fatores de risco de hipertensão não modificáveis como a idade, o sexo, os antecedentes familiares e a raça do, quanto a educação relacionados com os fatores de risco modificáveis para hipertensão como a escolaridade, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, e a alimentação rica em sódio e gorduras indivíduo (PESSUTO, 1998; SBH, 2014b). Na intenção de que, na intervenção precoce e/ou iniciação de medicação adequada para o controle pressórico adequada como uma ação preventiva contínuo a fim de alterar o risco para a doenças cerebrovascular, arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica (BRASIL, 2006b), para os quais a HA é um fator de risco modificável. Tenderá a favorecer o sucesso do programa HiperDia, tema já inserido na rotina do ambiente da estratégia de saúde da família.

Deverá ser um programa contínuo para o seu sucesso pelo fato do leque de abrangência destes fatores ser grande. Como já sugerido pelo MS que encoraja a disseminação de informação; a sensibilização da população para adoção de hábitos saudáveis de vida; medidas anti-tabágicas; políticas de alimentação e nutrição; promoção de saúde. Para os quais considera a 'Estratégia de Saúde da Família'

como o foco ideal para estas mudanças devido à sua conformação e processo de trabalho ter as 'condições mais favoráveis de acesso às medidas integrais e multissetoriais para a abordagem' das DCNT (BRASIL, 2006b).

Assim, como estratégia de saúde local, compete-nos investir em estratégias variadas para ações de conscientização para toda a população, no intuito de reconhecer, modificar fatores de risco e prevenir doenças cardiovasculares e a hipertensão vascular periférica não controlada.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no trabalho proposto concluiu-se que:

- A abordagem de hipertensão deve ser feita à 'grassroots level' elaborando projetos que entendam a cultura local;
- Idealmente, devemos partir do ponto de vista educacional, já que é essencial o conhecimento da doença e os seus agravos. Educação é fator que influencia os resultados da doença;
- É de grande valia reconhecer as famílias de risco para encorajar mudança de hábitos quanto à vida sedentária, o álcool, o tabaco, o uso de anticoncepcionais, e a alimentação rica em sódio e gorduras.
- Para uma conscientização e abordagem adequadas, é de boa conduta a integração da equipe como um todo.
- Ações de educação da atenção primária quanto aos fatores de risco da hipertensão e seus agravos deverão ter como alvo a comunidade como um todo, incluindo os jovens e até crianças;
- A articulação de diferentes estratégias e setores sociais e governamentais deverão ser encorajadas sempre que possível.

Sendo assim, o enfoque para melhorar a qualidade de vida e a diminuição da morbidade e mortalidade envolvendo HA e seus agravos deverá envolver todas as idades e ter o enfoque em família e escolas, sabendo que os resultados maiores serão vistos à longo prazo. Há necessidade de mudanças radicais quanto aos hábitos de vida local, que, de uma cultura de trabalho no campo, dura e fatigante, para uma cultura de maior escolaridade mas menor mobilidade, enfim, mais saudável, sem doenças infectocontagiosas (BRASIL, 2006b), mais sedentária: a cultura pós-moderna.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Edição de Julho 2010, vol. 95 (1), Supl. 1, págs. 1-51 publicadas como suplemento da edição de julho dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51]. Disponível em: < http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf >. Acesso em: 01 de dezembro de 2014.

ARAÚJO, T. L.; LOPES, M. V. O.; CAVALCANTE, T. F. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 2008; 42(1):120-6. 120 www.ee.usp.br/reeusp/. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/16.pdf> >. Acesso em: 28 de janeiro de 2015.

BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W. ; LOPES, A. Epidemiologia da inatividade física, comportamentos sedentários e hábitos alimentares não-saudáveis em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.19 no.1. Rio de Janeiro Jan. 2014. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000100173&script=sci_arttext >. Acesso em 30 de março de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica: SIAB. Ministério da Saúde, **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php> >. Acesso em: Outubro de 2014.

BRASIL. Cadernos de atenção básica nº 14: prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. **Ministério da Saúde**. Brasília – DF, 2006 a. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca14.pdf> >. Acesso em: 01 de dezembro de 2014.

BRASIL. Cadernos de atenção básica nº 15: hipertensão arterial sistêmica. **Ministério da Saúde**. Brasília – DF, 2006 b. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca15.pdf >. Acesso em: 01 de dezembro de 2014.

BRASIL. HiperDia – Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. **Ministério da Saúde, secretaria executiva, Departamento de Informática do SUS. Manual de operação**; Versão 1.5 M02. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: < <http://hiperdia.datasus.gov.br/> >. Acesso em 26 de janeiro de 2015.

BRASIL. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2002 b. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf> >. Acesso em: 01 de dezembro de 2014.

BRASIL. Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < w3.datasus.gov.br/hiperdia/manuais/portariaministerial371.doc > e o site < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/5110-ministerio-da-saude-investe-em-aco-es-de-prevencao> >. Acesso em: 11 de dezembro de 2014.

BRASIL. Série: B. Textos básicos em saúde. As cartas da promoção da saúde. **Ministério da Saúde**. Brasília – DF, 2002a. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf >. Acesso em: 20 de abril, 2014.

CAMPOS, F. C. C.; PEREIRA, H. F.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª edição. Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**. Minas Gerais. Coopmed, 2010. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2778.pdf> >. Acesso em 26 de janeiro 2015.

CAMPOS, F. Modelo de TCC para projeto de intervenção: modelo com orientações. Trabalho de Conclusão de Curso - TCC - Construindo o TCC. **NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 2014. Encontrado em < https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/ambiente/index.php?m=enrollment&ma=courseGroupDetail&idGroup=823&id_aluno=5304 >. Acesso em: 07 de abril 2015.

DONOVAN, H. S. et al. Nonspecific Effects in Psychoeducational Intervention Research. **Western Journal of Nursing Research**, December 2009 31: 983-998. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2794993/> >. Acesso em 08 de abril de 2015.

ERAKER, S. KIRSCHT, J. P. BECKER, M. H. Understanding and improving patient compliance. *Annals of Internal Medicine* 100, 258–68, 1984. Disponível em < <http://annals.org/article.aspx?articleid=697861> >. Acesso em 04 de maio de 2015.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária a Saúde - Oficina 3: Diagnóstico Local. **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte 2008. Disponível em: < <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/pdaps-oficina3-participante.pdf> > . Acesso em 26 de janeiro 2015.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária a Saúde - Oficina 2: Análise da Atenção Primária a Saúde. **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte 2009. Disponível em < <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/pdaps-oficina2-participante.pdf> >. Acesso em 26 de janeiro, 2015.

FIOCRUZ. Reforma Sanitária Brasileira: introdução. **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP**. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>. Acesso em: 20 de abril, 2014

GRILLO, M. J. C. Educação Permanente em Saúde: um instrumento para a reorganização da atenção em saúde. **Nescon/UFMG**, 2010. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3708.pdf> >. Acesso em: outubro de 2014

GRILLO, M. J. C. Modelo, processo de trabalho e saúde da família. **Nescon/UFMG**. 2014. Disponível em https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/29258/mod_scorm/content/8/arquivos/Modelo_Processo_Saude_familia.pdf >. Acesso em: outubro de 2014.

HARRIS, L. C.; OGBONNA, E. The unintended consequences of culture interventions: a study of unexpected outcomes. **British Journal of Management**, 13, 31-49. 2002. Disponível em: < http://www.researchgate.net/profile/Lloyd_Harris/publication/200552266_The_Unintende >

[d Consequences of Culture Interventions A Study of Unexpected Outcomes/links/0b7d5232b38b3def200000.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276731/pdf/nihms-42019.pdf) >. Acesso em: 08 de abril de 2015.

HAYDEN, *et al.* Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276731/pdf/nihms-42019.pdf> >. Acesso em 04 de maio de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas: Cidades. Minas Gerais » Itajubá » síntese das informações, 2013. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2013. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/cartograma/mapa.php?codmun=313240&coduf=31&codv=v05&idtema=16> >. Acesso em: 14 de março de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Minas Gerais » Itajubá » infográficos: dados gerais do município. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=313240> >. Do mesmo site: < <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=313240&search=minas-gerais|itajuba|infograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria> > e < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem/mgcont96.shtm> >. Acesso em: março, 2013.

ITAJUBÁ. Secretaria de Saúde. Informação não referenciada foi coletada do site oficial da **Prefeitura Municipal de Itajubá**, 2013. Disponível em < <http://www.itajuba.mg.gov.br/secut/cidade.php> >. Acesso em: junho de 2014.

KARWALAJTYS, T.; KACZOROWSKI, J. An integrated approach to preventing cardiovascular disease: community-based approaches, health system initiatives, and public health policy. **Journal of Risk Management and Healthcare Policy** 3: 39–48, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3270919/pdf/rmhp-3-039.pdf> >. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol.8 no.2 São Paulo, Junho 2005. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200005> >. Acesso em: 25 de setembro de 2014.

LIMA JUNIOR, E.; LIMA NETO, E. Hipertensão arterial: aspectos comportamentais. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol.17(4), p. 210-225, 2010. Disponível em < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-4/revisao-hipertensao.pdf> >. Acesso em 30 de março de 2015.

LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4):1079-1087, jul-ago, 2004. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n4/23.pdf> >. Acesso em: 28 de janeiro de 2015.

MEDICARE. Community Health First, high blood pressure questionnaire. Community Health Plan of Washington Medicare advantage plans, 2011. Disponível em < <http://www.chpw.org/assets/file/2011%20DM%20Hypertension%20HRA.pdf> >. Acesso em 04 de maio de 2015.

MENDES, M. J. F. L. *et al.* Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 6(supl.1):s49-s54, maio 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6s1/30504.pdf> >. Acesso em: 28 de janeiro 2015.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: **BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de gestão de trabalho e da educação na saúde.** Departamento de gestão da educação em Saúde. 2005. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf> >. Acesso em: Outubro de 2014.

OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, P. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. **Sociedade Brasileira de Diabetes.** São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em < <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf> >. Acesso em 30 de março de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. **Organização Pan-Americana da Saúde;** Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil. 2006. Disponível em: < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf >. Acesso em: 18 de janeiro 2015.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2006; 15(1) : 35 – 45. Disponível no site: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf> >. Acesso em: 02 de junho de 2014.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, janeiro 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf> >. Acesso em: 28 de janeiro 2015.

POLANCZYK, C. A. Fatores de Risco Cardiovascular no Brasil: os Próximos 50 Anos! **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** - Volume 84(Editorial), Nº 3, Março 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n3/a01v84n3.pdf> >. Acesso em 28 de janeiro de 2015.

PORTAL BRASIL. Saúde: saúde anuncia dados da hipertensão no país. **Portal Brasil**, 2011. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/04/saude-anuncia-dados-da-hipertensao-no-pais> >. Acesso em: 01 de junho, 2014.

PROCHASKA, J. O. , DiCLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3):390–5, 1983. Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6863699> >. Acesso em 04 de maio de 2015.

RIBEIRO, J. *et al.* Dados clínicos dos pacientes cadastrados no programa HiperDia, Itajubá, Minas Gerais, Brasil. **Revista Ciências em Saúde** v2, n 4, outubro de 2012. Disponível em: < http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/viewFile/120/111 >. Acesso em 02 de junho de 2014.

RIVAS-TUMANYAN *et al.* Periodontal Disease and Incidence of Hypertension in the Health Professionals Follow-Up Study. **American Journal of Hypertension**, 25 (7): 770-776. 2012. Disponível em < <http://ajh.oxfordjournals.org/content/25/7/770> >. Acesso em 10 de abril de 2015.

ROBOTHAM, A; FROST, M. Health screening, in **Health visiting: specialist community public health nursing**, 2nd edition. Edinburgh; Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2006, 2005, p 297. Disponível em < <https://books.google.com.br/books?id=64-->

p0LAVYEC&pg=PA297&lpq=PA297&dq=health+visitor+early+intervention+hypertension&source=bl&ots=hQe9V-5ywC&sig=45xKW7ZLaoXkhGbjRqXTLGGxkc8&hl=en&sa=X&ei=QWopVZz1NlzbqgTerIPYDA&ved=0CE8Q6AEwBw#v=onepage&q=health%20visitor%20early%20intervention%20hypertension&f=false >. Acesso em 10 de abril de 2015.

SILVA, J. L.; LIMA, R. P. Orientações quanto a prevenção da hipertensão arterial sistêmica e seus agravos: alguns apontamentos. **Informe-se em promoção da saúde**, v.2, n.2.p. 13-15, 2006. Disponível em: < file:///D:/Sa%C3%BAdede%20da%20Fam%C3%ADlia/TCC/orientacoes-preven%C3%A7%C3%A3o-has%20SILVA.pdf >. Acesso em: 09 de fevereiro, 2014.

SILVA, L. S.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 34(5):343–50, 2013. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf >. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

SILVA, M. A. M. *et al.* Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Crianças e Adolescentes da Rede de Ensino da Cidade de Maceió. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** - Volume 84, Nº 5, Maio 2005: p.387-392. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n5/a07v84n5.pdf >. Acesso em: 28 de janeiro 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). SBC Notícias: 24,3% da população têm hipertensão arterial, segundo pesquisa do **Ministério da Saúde**, 2015. Disponível em: < http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=435 > . Acesso em: 04 de março de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Consensos e diretrizes. Capítulo 7: Prevenção Primária da Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia: departamento de hipertensão arterial**; 2015. Disponível em : < http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/capitulo7.asp >. Acesso em: 09 de fevereiro de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Prevenção Primária da Hipertensão e dos Fatores de Risco Associados. In: **Diretrizes para hipertensão arterial**, Site da Sociedade Brasileira de Cardiologia, cap. 9, p.: 41-42. Disponível em: < http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/11-prevencao.pdf >. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI; cap 5. **Revista Brasileira de Hipertensão** vol.17(1):25-30, 2010. Sociedade Brasileira de Cardiologia / DHA. Disponível em: http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf. Acesso em: 17 de fevereiro de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). O que é hipertensão. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**, 2013. Disponível em: < http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>. Acesso em: 01 de dezembro de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). SBH na mídia: Siga 30 passos e fique longe da hipertensão. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**, 2014. Disponível em: < http://www.sbh.org.br/geral/sbh-na-midia.asp?id=437 >. Acesso em: 03 de junho de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). SBH Notícias: 24,3% da população têm hipertensão arterial, segundo pesquisa do Ministério da Saúde. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**, 2013. Disponível em: < <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=435> > . Acesso em: 02 de junho de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Hipertensão SBH na mídia: Siga 30 passos e fique longe da hipertensão, ?. Disponível no site < <http://www.sbh.org.br/geral/sbh-na-midia.asp?id=437> > . Acesso em 03 de junho de 2014.

SPOSITO, A. C. *et al.* IV Diretriz Brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Departamento de aterosclerose da sociedade brasileira de cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Volume 88, suplemento I, abril, 2007. Disponível em <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/20595/000642739.pdf?sequence=1>> . Acesso em 30 de março de 2015.

TOLONEN, H., *et al.* Recommendation for indicators, international collaboration, protocol and manual of operations for chronic disease risk factor surveys. European Health Risk Monitoring (EHRM), October 2002. Disponível em < <http://hpathy.com/e-books/guiding-symptoms-of-our-materia-medica/aceticum-acidum-2/> > . Acesso em 04 de maio d 2014.

VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2013. **Ministério da Saúde**. 2014. Disponível em: < <https://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf> > . Acesso em 13 de abril de 2015.

YUSUF, S *et al.* Global Burden of Cardiovascular Diseases. Part I: General Considerations, the Epidemiologic Transition, Risk Factors, and Impact of Urbanization. Clinical Cardiology: New Frontiers. **Circulation**, 104:2746-2753. 2001. Disponível em < <http://circ.ahajournals.org/content/104/22/2746.full.pdf+html> > . Acesso em 10 de abril de 2015.