

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

DAYANA CARIDAD PACHECO PÉREZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE FATORES RISCO PARA A HIPERTENSÃO
ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA
SENHORA DAS GRAÇAS, EM DIVINÓPOLIS (MINAS GERAIS)**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

DAYANA CARIDAD PACHECO PÉREZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE FATORES RISCO PARA A
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA
SENHORA DAS GRAÇAS, EM DIVINOPOLIS**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Nadja Cristiane Lappann Botti

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

DAYANA CARIDAD PACHECO PÉREZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE FATORES RISCO PARA A HIPERTENSÃO
ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA
SENHORA DAS GRAÇAS, EM DIVINÓPOLIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti – Orientadora (UFSJ)

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano – Examinadora (UFSJ)

Aprovado em Belo Horizonte, em 30 de março de 2016.

DEDICATORIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a meus pais.

Este trabalho é para todas aquelas pessoas que precisam mudar certos estilos para melhorar a qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Ao senhor Deus, agradeço pelas portas abertas.

A minha família, fonte constante de estímulo.

À professora Dra Nadja Cristiane Lappann Botti por me dedicar parte de seu tempo para me guiar e orientar.

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos, a sua vez, a hipertensão arterial é fator de risco para doença coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal. Esses agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo social. Em atenção aos pressupostos do Programa de Saúde da Família (PSF) foi desenvolvido projeto de intervenção em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, sob a ótica educativa, uma vez que toda mudança requer um processo educativo. Este projeto tem como objetivo elaborar um plano de intervenção visando atuar sobre os fatores de risco para hipertensão arterial entre a população na Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora das Graças no município de Divinópolis. Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. O plano de intervenção proposto irá direcionar a equipe de profissionais no atendimento aos pacientes hipertensos visando melhorar o conhecimento desses indivíduos em relação à doença, proporcionar melhorias da qualidade de vida e diminuir significativamente os fatores de risco modificável para a hipertensão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Fatores de riscos. Educação em saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease determined by high levels of blood pressure in the arteries, which causes the heart has to exert more effort than normal to circulate blood through the blood vessels, in turn, high blood pressure It is a risk factor for coronary heart disease, cerebrovascular disease, peripheral vascular disease, heart failure and end stage renal disease. These diseases are major causes of morbidity and mortality, with high social cost. In response to the assumptions of the Family Health Program (PSF) was developed intervention project in line with the current promotion and protection of health policies in the educational perspective, since every change requires an educational process. This project aims to develop an intervention plan to act on the risk factors for hypertension among the population in the Family Health Strategy Our Lady of Grace in the municipality of Divinópolis. To prepare the action plan we used the Strategic Planning Method Situational. The proposed action plan will direct a team of professionals in service to hypertensive patients to improve knowledge of these individuals about the disease, provide Vidam quality improvements and significantly reduce modifiable risk factors for high blood pressure.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	12
3.1 Objetivo geral.....	12
3.2 Objetivos específicos.....	12
4 METODOLOGIA.....	13
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	15
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
8 REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na atualidade constituem um problema de saúde mundial, sendo crescente o número de pacientes diagnosticados com elas cada dia. As mesmas têm história natural prolongada, se caracterizam por multiplicidade de fatores de risco; interação de fatores etiológicos desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; manifestações clínicas, em geral de curso crônico, com períodos de remissão e exacerbação e tem evolução para incapacidades (LESSA, 1994). Se incluem nesse grupo as neoplasias, as doenças cardiovasculares, o diabetes, doenças respiratórias crônicas, os transtornos da tireoide, a insuficiência renal crônica, entre outras (REINERS *et al.*, 2008).

Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, divulgada em maio de 2005, aproximadamente 30% da população é portadora de DCNT. As mulheres são portadoras de 33,9% das DCNT e os homens de 25,7% do total, sendo que elas se apresentam em maior número nas pessoas com 40 anos ou mais e nas famílias com maior índice socioeconômico (LINCKL *et al.*, 2008).

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica). A pressão normal em repouso situa-se entre os 100 e 140 mmHg para a sistólica e entre 60 e 90 mmHg para a diastólica. Para que os valores sejam confiáveis, a medida deve fazer-se após um período de repouso de 5 a 10 minutos num ambiente calmo. A largura da braçadeira nota 1 deve corresponder a 2/3 do comprimento do braço, com comprimento suficiente para rodear bem todo o braço envolvendo cerca de 80% deste. Uma braçadeira muito estreita origina valores falsamente altos e por sua vez uma larga demais estará na origem de falsos negativos.

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, **infarto** agudo do miocárdio, aneurisma arterial (por exemplo, aneurisma da aorta), doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência

cardíaca. Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança de vida (LESSA, 1994).

Segundo a Associação Americana de Cardiologia, a HAS é uma doença crônica que ocasiona o maior número de consultas nos sistemas de saúde, com um importantíssimo impacto econômico e social. As doenças do aparelho circulatório sofrem aumento a cada ano. Pesquisas feitas no Brasil pelo Ministério de Saúde entre os anos 2000 a 2011 mostram que as mortes aumentaram em 28,6% e que no ano de 2011, 61% dos óbitos foram causados por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica tem uma prevalência no Brasil entre 22% a 44% na população com 18 anos ou mais, sendo o problema de saúde mais frequente durante a consulta médica no Programa Saúde da Família nossa Senhora das Graças, representando 17% das consultas realizadas. Frente à magnitude do problema, o serviço elegeu a “HAS” como prioridade de atenção. No que diz respeito as complicações, A HAS tem sido a principal causa de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e outros agravos importantes, inclusive a própria morte. Outro fato que demonstra a gravidade da HAS é o seu curso silencioso, o que implica no atraso do início do tratamento, podendo levar a desfechos desfavoráveis.

O objetivo deste projeto é promover a educação permanente das equipes do trabalho e a população sobre os fatores de risco para a hipertensão arterial, qualificando ainda mais a atenção integral.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção visando atuar sobre os fatores de risco para hipertensão arterial entre a população na Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora das Graças no município de Divinópolis.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar educação em saúde sobre fatores de risco para a hipertensão arterial da população estudada.
- Avaliar nível de conhecimento dos pacientes antes e depois da intervenção sobre os fatores de risco da hipertensão arterial.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para desenvolver este projeto foi baseada na observação diária da unidade e discussão com a equipe de saúde que possibilitou a identificação de problemas. Entre os problemas destacou-se a ausência de controle dos fatores de risco para o não desenvolvimento da hipertensão arterial.

Foi também realizada pesquisa bibliográfica em artigos científicos, livro e textos indexados sobre o tema. As bases de dados informatizada consultadas foram sites nacionais e internacionais que trabalham com políticas de saúde, como o da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Para a consulta foram utilizados os seguintes descritores de assuntos: hipertensão arterial sistêmica e atenção primária.

Após a identificação dos fatores de risco que estão relacionados com a hipertensão arterial, foi elaborado um plano de intervenção visando atuar na entre a população na Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora Das Graças, em Divinópolis.

Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

As artérias são tubos que fazem o sangue bombeado pelo coração chegar até outros órgãos do corpo. A tensão na parede desses vasos sanguíneos é chamada pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006). A hipertensão arterial é definida como a pressão sanguínea de valor igual ou superior a 140/90 mmHg para um adulto jovem. Esta definição surgiu após 12 anos de experiência em 350.000 indivíduos de idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos corroborados posteriormente pelo estudo JNC. Levantou-se uma polêmica acerca deste valor em virtude da maioria dos médicos, cardiologistas ou não, considerar normal o valor de 140 mmHg. Após um longo consenso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com a Sociedade Internacional de Hipertensão (SIH), tendo em conta a relação risco/benefício do tratamento, fixou os limites em 140/90 mmHg sendo considerados normotensos nota 2 todos os indivíduos adultos com pressão arterial de 140/90 mmHg (WHO, 2005).

No adulto com mais de 74 anos, (faixa etária não englobada no estudo JNC) pode-se aceitar um limite de 150/90 mmHg, tendo em conta a rigidez fisiológica da parede arterial. A pseudo-hipertensão entre os idosos é também fator a considerar. Esta situação deve-se à calcificação das artérias, o que resulta em níveis de leitura anormalmente elevados no esfigmomanômetro enquanto que as medições intra-arteriais são normais. O processo de endurecimento das paredes arteriais com o envelhecimento é progressivo e o aumento de pressão arterial sistólica com a idade também será progressivo sem que isto signifique hipertensão arterial (FRANKLIN *et al.*, 2012).

Em 95% dos casos, a causa da hipertensão arterial (HA) é desconhecida, sendo chamada de hipertensão arterial primária ou essencial. Nesses pacientes, ocorre aumento da rigidez das paredes arteriais e a herança genética pode contribuir para o aparecimento da doença em 70% dos casos (KOHLMANN JR. *et al.*, 1999).

Nos demais, ocorre a HA secundária, ou seja, quando uma determinada causa predomina sobre as demais, embora outras possam também estar presentes. É o caso da HA por doença do parênquima renal, HA renovascular (provocada por algum problema nas artérias renais pois o rim afetado produz substâncias que elevam a pressão arterial), HA por aldosteronismo primário, HA relacionada à gestação, HA relacionada ao uso de medicamentos (como corticosteroides,

anticoncepcionais ou anti-inflamatórios), HA relacionada ao feocromocitoma (tumor que produz substâncias vasoconstritoras que aumentam a pressão arterial, produzem taquicardia, cefaleia e sudorese) e HA relacionada a outras causas (KOHLMANN JR. *et al.*, 1999).

Existem fatores modificáveis e não-modificáveis para a hipertensão arterial. Entende-se por fatores não modificáveis, no Brasil: a hereditariedade familiar de hipertensão arterial, sexo e a idade (não há indicações em relação à raça no país). (ALMEIDA *et al.*, 2007).

Por outro lado, são fatores modificáveis: a hipercolesterolemia, diabetes melito, o sedentarismo, o tabagismo, consumo excessivo de sal, álcool, peso, estresse excessivo de trabalho e aspectos psicológicos como angustia, preocupação e ansiedade. (ALMEIDA *et al.*, 2007).

Pessoas com história familiar de hipertensão podem apresentar maior risco para a doença por isto é importante pesquisar na família a existência de pessoas hipertensas (KOHLMANN JR. *et al.*, 1999). Níveis elevados de pressão arterial são provocados por elevada ingestão de sal, baixa ingestão de potássio, alta ingestão calórica e excessivo consumo de álcool. Os dois últimos fatores de risco são os que mais contribuem para o desenvolvimento de peso excessivo ou obesidade, que estão diretamente relacionados à elevação da pressão arterial. O papel do teor de cálcio, magnésio e proteína da dieta na prevenção da pressão arterial ainda não está definido (KOHLMANN JR. *et al.*, 1999).

Segundo a OMS, os fatores de risco respondem pela grande maioria das doenças e mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Dentro esses fatores, destacam-se a idade (homens >55 anos e mulheres >65 anos), história de familiar prematura de doença cardiovascular (homens <55 anos e mulheres <65 anos), dislipidemias (triglicérides >150 mg/dl, LDL colesterol >100 mg/dl, HDL <40 mg/dl), gênero, etnia, o tabagismo e diabetes (WHO, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Além dos fatores clássicos de risco cardiovascular, outros fatores têm sido sugeridos como marcadores de risco adicional em diferentes diretrizes. Entre eles citam-se: glicemia de jejum (100 a 125 mg/dl) e hemoglobina glicada anormal, obesidade abdominal (circunferência da cintura >102 cm para homens e >88 cm para mulheres), pressão de pulso >65 mmHg (em idosos), história de pré-eclâmpsia na

gestação e história familiar de hipertensão arterial (em hipertensos limítrofes) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da pressão arterial. A pressão arterial está diretamente relacionada com a idade, sendo que mais de 60% dos idosos com idade acima de 65 anos apresentam hipertensão arterial. A prevalência de hipertensão arterial é maior em homens com até 50 anos de idade e, a partir desta idade, torna-se mais frequentes em mulheres, sendo mais comum em mulheres não brancas com predomínio de até 130% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O excesso de peso e a gordura corporal central acarretam maior risco para o aparecimento de hipertensão arterial, bem como a ingestão excessiva de sal. O efeito hipotensor da restrição de sal tem sido evidenciado em populações que consomem menos sal. É verificado que o consumo excessivo de álcool apresenta associação com a ocorrência de HAS (WHO, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Há redução da incidência da mortalidade e risco de Doenças Cardiovasculares (DCV) pela atividade física mostra a importância do combate ao sedentarismo. A influência da genética no desenvolvimento de HAS encontra-se elucidada bem como os fatores socioeconômicos a partir da constatação de maior prevalência de hipertensos entre indivíduos com menor escolaridade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A síndrome metabólica (SM) é conhecida como um conjunto de dois ou mais fatores de risco que acomete um mesmo indivíduo. A SM aumenta a chance de desenvolver doenças cardiovasculares e diabetes do tipo 2. Os indivíduos com síndrome metabólica apresentam três vezes mais possibilidade de sofrer IAM ou AVC quando comparados com aqueles que não apresentam a SM. Entre os fatores de risco se destacam a presença de sobrepeso ou obesidade especialmente a obesidade abdominal, a hipertensão arterial, o estado de pré-diabetes ou mesmo diabetes e alterações no metabolismo dos lipídios (HDL e LDL e no aumento de triglicérides) (LOPES *et al.*, 2008).

Em relação ao conhecimento dos fatores de risco cardiovascular relataram que 47% dos pacientes mostraram bom nível de conhecimento, ou seja, acertaram

pelo menos 75% de todas as perguntas. No entanto, quando a análise foi realizada para cada grupo de perguntas separadamente, verificou-se baixo nível de conhecimento sobre a dieta e dislipidemia (LOPES *et al.*, 2008).

O estresse psicológico e o sedentarismo ainda aguardam provas mais definitivas de participação como fatores de risco, embora existam evidências de que sua modificação pode ser benéfica no tratamento da hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O aumento do risco cardiovascular ocorre também pela agregação de outros fatores, tais como tabagismo e dislipidemias - alterações nos níveis de colesterol e triglicérides, intolerância à glicose e diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na maioria dos casos, não são observados sintomas. Quando estes ocorrem, são comuns a outras patologias, tais como dor de cabeça, tonturas, cansaço, enjoos, falta de ar e sangramentos nasais. Por isso, a hipertensão arterial é conhecida como uma doença silenciosa. Isto pode dificultar o diagnóstico ou fazer com que os pacientes esqueçam de usar os medicamentos necessários para controlar a pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O diagnóstico é feito pela aferição (medida) cuidadosa da pressão arterial em mais de uma oportunidade. As medidas devem ser obtidas em ambos os membros superiores e, em caso de diferença, utiliza-se sempre o braço com o maior valor de pressão para as medidas posteriores (WILLIAMS *et al.*, 2004).

A posição recomendada para a medida da pressão arterial é a sentada. A medida nas posições ortostática e supina deve ser feita pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva. As medidas devem ser realizadas por profissionais experientes e usando um equipamento devidamente calibrado (WILLIAMS *et al.*, 2004). Abaixo encontra-se a classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório em indivíduos com mais de 18 anos:

Quadro 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos):

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
----------------------------	----------------------------	-----------------------------

Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	>180	>110
Hipertensão sistólica isolada	>140	<90

Fonte: WILLIAMS *et al.* (2004).

A maior parte das complicações que a pressão arterial elevada acarreta é vivenciada por indivíduos que não estão diagnosticados como hipertensos. Deste modo, torna-se necessária a adoção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada e reduzir a necessidade de terapias à base de fármacos anti-hipertensivos. Antes de se iniciar qualquer tratamento, recomendam-se alterações do estilo de vida de modo a reduzir a pressão arterial (WILLIAMS *et al.*, 2004). Como meio de prevenção primária da hipertensão, as orientações de 2004 da Sociedade Britânica de Hipertensão, em consonância com as definidas já pelo Programa Educativo para a Alta Pressão Sanguínea dos Estados Unidos em 2002 recomendam as seguintes alterações ao estilo de vida (WILLIAMS *et al.*, 2004).

- Manter o peso normal em adultos (i.e., índice de massa corporal de 20–25 kg/m²);
- Reduzir o consumo de sódio para <100 mmol/ dia (<6 g de cloreto de sódio ou <2,4 g de sódio por dia);
- Praticar atividade física aeróbica de forma regular, como caminhar a pé (≥30 min por dia, a maior parte dos dias da semana);
- Limitar o consumo de álcool a 3 unidades por dia em homens e 2 unidades por dia em mulheres;
- Manter uma dieta rica em fruta e vegetais (pelo menos cinco porções por dia).

As alterações dos hábitos e estilo de vida, quando são feitas corretamente, podem baixar a pressão arterial para valores idênticos aos obtidos com medicação. A combinação de duas ou mais alterações pode produzir resultados ainda melhores (WILLIAMS *et al.*, 2004).

Com a evolução da investigação sobre a genética da hipertensão arterial será possível no futuro estudar geneticamente a população, detectar os fatores de risco geneticamente relacionados com a doença e fazer a profilaxia da doença (LIMA; HATAGIMA; SILVA, 2007).

A hipertensão é o fator de risco mais importante e evitável nos casos de morte prematura à escala mundial (WHO, 2009). Aumenta significativamente o risco de cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica, e outras doenças cardiovasculares, incluindo insuficiência cardíaca, aneurisma da aorta, aterosclerose e embolia pulmonar. A hipertensão arterial constitui ainda fator de risco para a insuficiência renal crónica e para os transtornos cognitivos como perturbações da memória e períodos de confusão ou demência. Outras complicações podem ainda incluir retinopatia hipertensiva e nefropatia hipertensiva (ZENG *et al.*, 2009).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde do sistema único de saúde (NOAS/SUS) estabelece as ações estratégicas de responsabilidade dos municípios no controle da pressão arterial. Sendo responsabilidade dos municípios organizarem através da atenção primária: diagnóstico precoce dos casos, cadastramento dos portadores, implementação e acompanhamento do tratamento e desenvolvimento de ações educativas (SOUSA *et al.*, 2006).

Nesse contexto, insere-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) onde as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos são priorizadas. (BRASIL, 2001).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de plano de intervenção esta intrinsecamente relacionada ao diagnostico situacional que visa intervir sobre os problemas identificados e elaborar um plano de ação para intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Dentro de esta perspectiva, para inicio deste processo, foi realizada estimativa rápida para identificação dos principais problemas enfrentados pelo PSF Nossa Senhora das Graças onde se definiu um problema prioritário para ser trabalhado.

6.1 Definição do problema

É importante identificar e priorizar o problema para definir as intervenções a fim de solucioná-lo, também é necessário buscar a explicação de cada problema visando caracterizar e descrever para entende-lo a partir da sua apresentação na realidade.

Quadro 2: Descritores, valores relacionados ao problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no PSF Nossa Senhora das Graças, Divinópolis, MG, 2015.

Descritores	Valores	Fonte
Total de cadastrados na Unidade	4046	Programa Saúde da Família
Hipertensos cadastrados	203	Diagnóstico de saúde PSF Nossa Senhora das Graças
Hipertensos com idade >18 anos	203	Diagnóstico de saúde PSF Nossa Senhora das Graças

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.2 Explicação do problema

Ressalta-se que por ser uma doença silenciosa no inicio e em ocasiões o paciente apresentar níveis altos de PA sem apresentar sintomas, as pessoas doentes, em geral, não atribuem importância à doença, aos fatores de risco e ao tratamento médico, não realizando as orientações de forma adequada e o controle

da PA, o que favorece ao descontrole e ao surgimento de complicações em um menor período de tempo.

O fato do número expressivo de pacientes hipertensos pode ser devido a múltiplos fatores, entre eles: mal controle por falta de diagnóstico oportuno, aumento dos fatores de risco em função da falta de tratamento adequado, da noção da gravidade da doença e das complicações, também em função da não mudança de estilo de vida (alimentação, sedentarismo, etc.).

6.3 Seleção dos nós críticos.

Foram identificados os seguintes nós críticos: falhas na organização da equipe saúde da família, falta de profissionais capacitados para elaboração de grupos de hipertensos, padrão de hábitos e estilos de vida não saudáveis entre a população, falta de acesso às informações e falta de apoio intersetorial.

As falhas na organização do processo de trabalho levam a falta de assistência médica devida aos pacientes. Além disso, a falta de acesso às informações produz a continuidade de hábitos e estilo de vida não saudáveis, potencializando a vulnerabilidade dos usuários do Programa Saúde da Família em relação às doenças, aumentando os fatores de risco (tabagismo, uso de bebidas, estresse, excesso de uso de sal e gordura na dieta, obesidade, sobrepeso e sedentarismo) e por conseguinte aumentando os casos de hipertensão na localidade.

6.4 Desenho das operações

Quadro 3: Desenho de operações para os nós críticos do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no PSF Nossa Senhora das Graças, Divinópolis, MG, 2015.

Crítérios	Operação	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Modos e estilos de vida não saudáveis	Vida saudável: Adoção de hábitos e estilos de vida	Redução do alcoolismo, tabagismo, estresse, obesidade,	Palestras em grupos de hipertensos Atividades participativas,	Econômico Aquisição de folhetos educativos

	saudáveis pelos hipertensos	sobrepeso, sedentarismo	campanhas educativas através de folhetos. Ajuda audiovisual	<p>Organizacional Organizar os grupos de hipertensos</p> <p>Cognitivo Divulgação das informações dos folhetos educativos</p>
Falta de profissionais qualificados para acompanhar grupos de hipertensos	<p>Conhecer para melhor viver: Reforçar e aumentar a contratação de profissionais qualificados para a tarefa (técnico de enfermagem e ACS)</p>	<p>População mais informada Aumento do número de profissionais Funcionamento da atividade conforme o protocolo dos grupos de hipertensos</p>	<p>Realização contínua de grupos operativos de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos</p>	<p>Econômico Aquisição de profissionais qualificados</p> <p>Organizacional Organização da agenda</p> <p>Político Mobilização social e intersetorial para a contratação de pessoal</p> <p>Cognitivo Conhecimento sobre a falta de profissionais na ESF</p>

Falta de informações e apoio intersetorial	Central saúde: Melhoria da estrutura do serviço para atender melhor os hipertensos com ajuda dos setores pertinentes, maiores quantidades de folhetos e programas de televisão com informações sobre o tema	Garantia de mais conhecimento dos usuários sobre o tema da HAS	Aquisição e estocagem de material educativo sobre o tema	Econômico Aumentar a compra de folhetos sobre HAS e apoio das televisoras da região Político Aumentar a verba para incrementar a compra do material necessário. Cognitivo Conhecimento sobre a falta de material sobre HAS, escasso conhecimento dos usuários sobre o tema de HAS
---	---	--	--	---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.5 Identificação dos recursos críticos

Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no PSF Nossa Senhora das Graças, Divinópolis, MG, 2015.

Operação	Recursos Necessários
Vida saudável: Modificar modos e estilos de vida não saudáveis	Econômico: aquisição de folhetos educativos
Conhecer para melhor viver: Falta de profissionais qualificados	Econômico: aquisição dos profissionais Político: mobilização social e intersetorial
Central saúde: Falta de informação sobre HAS e apoio intersetorial.	Econômico: aumentar a compra do material necessário, folhetos Político: aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a estrutura voltada para o atendimento aos hipertensos

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.6 Análise de viabilidade

Quadro 5: Análise de viabilidade do plano de intervenção para enfrentamento do problema dos fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no PSF Nossa Senhora das Graças, Divinópolis, MG, 2015.

Operação	Recursos Críticos	Controle de Recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Vida saudável: Adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis pelos hipertensos	Econômico: aquisição de folhetos educativos	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico.
Conhecer para melhor viver: Reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário do PSF, principalmente do paciente hipertenso sobre os riscos, causas e consequências da HAS	Econômico: aquisição de folhetos educativos Político: mobilização social e intersetorial	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico.
Central saúde: Melhoria da estrutura do serviço para melhor atender os pacientes hipertensos.	Econômico: aumentar a oferta e o estoque de medicamentos, exames específicos, consultas com especialistas Político: aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a estrutura para o atendimento	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico

	aos pacientes hipertensos; mobilização social e intersectorial			
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.7 Elaboração do plano operativo

Quadro 6: Plano operativo para enfrentamento do problema dos fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no PSF Nossa Senhora das Graças, Divinópolis, MG, 2015.

Operação	Resultados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Vida saudável	Redução do alcoolismo, tabagismo, estresse, obesidade, sobrepeso e sedentarismo	Informações nos grupos de hipertensos através de folhetos educativos	Apresentação de projeto de ação específico	PSF	03 meses para apresentação de projeto, 06 meses para início das atividades
Conhecer para melhor viver	População mais informada sobre os riscos, causas e consequências da HAS	Realização contínua de grupos operativos de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos educativos	Apresentação de projeto de ação específico	PSF	03 meses para apresentação de projeto, 06 meses para início das atividades
Central saúde	Garantia de assistência médica e farmacêutica	Aquisição e estocagem de medicamentos, exames específicos, consultas com especialistas, profissionais mais capacitados	Apresentação de projeto de ação específico	PSF	03 meses para apresentação de projeto, 06 meses para aprovação e liberação dos recursos para compra de medicamentos

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.8 Gestão do plano

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais. As ações estratégicas serão executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos no menor tempo possível.

O sistema de gestão deve garantir, além disso, a eficiente utilização dos recursos, com plena comunicação entre os planejadores e executores. Tem que observar o cumprimento dos prazos e a participação dos integrantes da equipe de acordo com o que foi determinado. É importante saber o nível de satisfação da população com as mudanças e o aparecimento de nova sugestão.

7 Considerações finais

A Hipertensão Arterial Sistêmica vem se destacando como epidemias no mundo moderno e de acordo com o desenvolvimento deste, as doenças se incrementam nos dias atuais e vem se tornando grande problema de saúde tanto nos países desenvolvidos como naqueles em via de desenvolvimento.

A perspectiva deste trabalho permite a operacionalização de um acompanhamento aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica do PSF Nossa Senhora das Graças. Inicialmente parte-se da identificação do conhecimento de cada usuário e de suas condições de vulnerabilidade de saúde e a partir do processo de estratificação do risco clínico para Hipertensão Arterial Sistêmica possa direcionar as ações de controle da doença focado na mudança de hábitos de vida não saudáveis.

O estudo permitiu conhecer a realidade da área de abrangência da PSF Nossa Senhora das Graças com relação aos fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica, constatando realidade similar da brasileira.

O expressivo número de pacientes hipertensos e os fatores de risco para a doença foi eleito para esta proposta de intervenção, o que deve servir de modelo para a equipe realizar outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados.

REFERENCIAS

ALMEIDA, V. *et al.* A hipertensão arterial. **Manual de atenção á saúde do adulto- Hipertensão e Diabete**. 2. ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007, p. 17-65; 151-62.

BRASIL, Ministério da saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerencia de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado ás pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primaria á saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011. 118 p. Disponível em: https://cursos.atencaobasica.org.br/sites/default/files/text_4_-_protocolo_ghc_has.pdf. Acesso em: 12 de ago. 2015.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família - PSF**. Brasília, 2001. 36p. disponível em:< <http://bvsmms.saude.gov.br>> Acesso em 19 de ago. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, p. 118, 2010.

CORREA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. I. **Iniciação a Metodologia**: textos científicos. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, p. 142, 2013.

DIAS, Marco Aurélio Silva. **Plano de intervenção para redução dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos na área de abrangência da equipe de PSF: Hermes Veríssimo-Janaúba-MG**. Montes Claros: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013

FRANKLIN, S. *et al.* Unusual hypertensive phenotypes: what is their significance? **Hypertension**, v. 59, n. 2, p. 173-8, 2012.

KOHLMANN JR., O. *et al.* III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 43, n. 4, p. 247-249, 1999.

LESSA, I. Doenças não-transmissíveis. In: Rouquayrol M. Z. (org.). **Epidemiologia e saúde**. São Paulo: Hucitec/ ABRASCO, 1998. p.223-39.

LIMA, S. G.; HATAGIMA, A.; SILVA, N. L. C. Sistema renina-angiotensina: é possível identificar genes de suscetibilidade à hipertensão? **Arq. Bras. Cardiol**. v. 89, n. 6, p. 427-33, 2007.

LINCK, C. L. *et al.* Paciente crônico frente ao adoecer e a aderência ao tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 317-22, 2008.

LOPES, N. *et al.* Metabolic syndrome patient compliance with drug treatment. **Clinics USP**. v. 63, p. 573-80, 2008.

REINERS, A. A. O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2299-2306, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 08 jul. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, **V Diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo; 2006.

SOUSA, L. B., SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. **Arquivos brasileiros de Cardiologia, São Paulo**, v. 87, n. 4, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 12 de ago. 2015.

WILLIAMS, B. *et al.* Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004—BHS IV. **Journal of Human Hypertension**, v. 18, n. 3, p. 139-85, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Chronic Diseases - a vital investment**. Geneva: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: WHO, 2009.

ZENG, C. *et al.* Reactive oxygen species and dopamine receptor function in essential hypertension. **Clin Exp Hypertens**. v. 31, n. 2, p. 156-78, 2009.