

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

ABEL DELGADO MACARRO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCO
MODIFICÁVEIS ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO NA UNIDADE
DE SAÚDE “TIROL” EQUIPE VERDE EM BELO HOIZONTE/ MG**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

ABEL DELGADO MACARRO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCO
MODIFICÁVEIS ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO NA UNIDADE
DE SAÚDE “TIROL” EQUIPE VERDE EM BELO HOIZONTE/ MG**

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

Orientador: Professor Bruno Leonardo de Castro Sena

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

ABEL DELGADO MACARRO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCO
MODIFICÁVEIS ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO NA UNIDADE
DE SAÚDE “TIROL” EQUIPE VERDE EM BELO HOIZONTE/ MG**

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

Orientador: Professor Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Profa. Ms Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte, ____ / ____ / ____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à enfermeira, a minha equipe pela ajuda oferecida e ao meu orientador por toda a paciência e aprendizado.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Principais problemas encontrados e priorizados no diagnóstico situacional da área de abrangência do ESF 3 (verde) Tirol, BH /MG.....	29
Quadro 2- Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Pressão arterial descontrolada	30
Quadro 3- Propostas de ações para motivação dos atores.....	32
Quadro 4- Cronograma de operacionalização da proposta	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

DCV- Doença Cardiovascular

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM- Infarto Agudo de Miocárdio

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PSF-Programa Saúde da Família

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença de elevada prevalência na população brasileira. É considerado um problema grave de saúde pública, sendo um dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cérebros vasculares e renais. As equipes de saúde se preocupam cada vez mais com os riscos envolvidos nessa problemática. Portanto, considera-se imprescindível uma atuação ativa, mediante um projeto de intervenção no cenário da atenção primária de saúde da área de abrangência do ESF 3 (verde) Tirol, BH /MG. Este trabalho tem como objetivo, propor um plano de ação para planejar as consultas adequadamente, além de realizar uma busca ativa de fatores de risco para lesões de órgão-alvo e educar os pacientes sobre a doença a fim de esclarecer o seu importante compromisso na adesão ao tratamento. Por meio de um diagnóstico situacional realizado pelo método da Estimativa Rápida, coletaram-se dados secundários de 91 pacientes hipertensos para avaliar idade, sexo, grau de escolaridade, fatores de risco e adesão ao tratamento. Observou-se que o grupo etário predominante foi de 56 a 65 anos de idade com 22 pacientes, em relação ao sexo foi maior a incidência no sexo feminino com 39 casos (60%). Os fatores e risco que apresentaram um percentual mais significativo foram riscos modificáveis, ou seja, podem ser minimizados com melhores hábitos de vida como boa alimentação e a prática de atividade física regular. Com respeito à adesão ao tratamento, 51,2% dos pacientes não tem adesão regular ao tratamento, o que é fundamental para o controle dos níveis pressóricos. A revisão de literatura foi realizada em bases de dados como Birreme, MEDLINE e LILACS e como critério de inclusão dos artigos, aceitos aqueles publicados entre 2000 e 2014. O plano de ação seguiu o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Assim concluiu-se que um melhor acompanhamento dos hipertensos possibilitará resultados satisfatórios com relação à doença, contudo fazem-se necessárias campanhas preventivas devido a significativa presença de fatores de riscos na população.

Descritores: Hipertensão Arterial. Fatores de Riscos. Prevenção.

ABSTRACT

The Hypertension is a highly prevalent disease in our population. It is considered a serious public health problem and is one of the risk factors for developing cardiovascular disease, renal vascular and brain. Health teams are increasingly concerned about the risks involved in this issue. Therefore, it is considered essential to an active role by an intervention project in the setting of primary health care of the coverage area of the ESF 3 (green) Tyrol, BH / MG. This paper aims to propose an action plan to plan queries properly, and conduct an active search for risk factors for target organ damage and educating patients about the disease in order to clarify its important commitment to membership treatment. Through a situational diagnosis made by the method of the Flash Estimate, secondary data were collected from 91 hypertensive patients to assess age, sex, education level, risk factors and treatment adherence. It noted that the predominant age group was 56-65 years of age with 22 patients in relation to sex was higher incidence in females with 39 cases (60%). The risk factors and presenting a more significant percentage were modifiable risk, ie, they can be minimized with better living habits such as good nutrition and regular physical activity. With respect to treatment adherence, 51.2% of patients do not have regular treatment adherence, which is critical for the control of blood pressure levels. The literature review was performed on databases like Birreme, MEDLINE and LILACS and as a criterion for inclusion of articles, accepted those published between 2000 and 2014. The action plan followed the method of Situational Strategic Planning (PES). Thus it was concluded that better monitoring of hypertensive enable satisfactory results with respect to disease, but are necessary preventive campaigns because of the significant presence of risk factors in the population.

Key words: Hypertension. Risk factors. Prevention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo Geral	
3.2 Objetivos Específicos	
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
5.1. A Hipertensão	
5.2. Epidemiologia	
5.3. Fatores de Risco	
5.4. Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica	
6 PLANO DE AÇÃO.....	26
6.1. Diagnóstico Situacional	
6.2. Definição dos Problemas	
6.3. Priorização dos Problemas	
6.4. Como o Problema foi Identificado?	
6.5. Descrição e Explicação do Problema	
6.6. Nós Críticos.	
6.7. Desenho das Operações	
6.8. Plano Operativo	
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1978, a hipertensão arterial como sendo “uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica”, p. 628. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (2007), a hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças de maior prevalência mundial.

No Brasil, estima-se que cerca de 30% da população adulta seja hipertensa. Entre as pessoas com mais de 60 anos, este percentual chega a 60%. A hipertensão arterial é o principal fator de risco de morte entre as doenças não-transmissíveis, existindo relação direta e positiva com o risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular (LEWINGTON, 2002). A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

Entretanto, apesar dos progressos na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e no controle, ainda é importante problema de saúde pública (KRAUSS, 2000).

Devem ser metas dos profissionais de saúde a identificação precoce e a abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial, principalmente na população de alto risco. Entre as medidas preventivas, destacam-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e o abandono do tabagismo.

As equipes de saúde se preocupam cada vez mais com os riscos envolvidos nessa problemática. Portanto, considera-se imprescindível uma atuação ativa, mediante um projeto de intervenção no cenário da atenção primária de saúde.

Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) possui 2 479 175 habitantes que vivem numa área aproximada de 330 km². Faz limites com Nova Lima, Brumadinho, Sabará, Santa Luzia, Vespasiano, Ribeirão das Neves, Contagem e Ibirité.

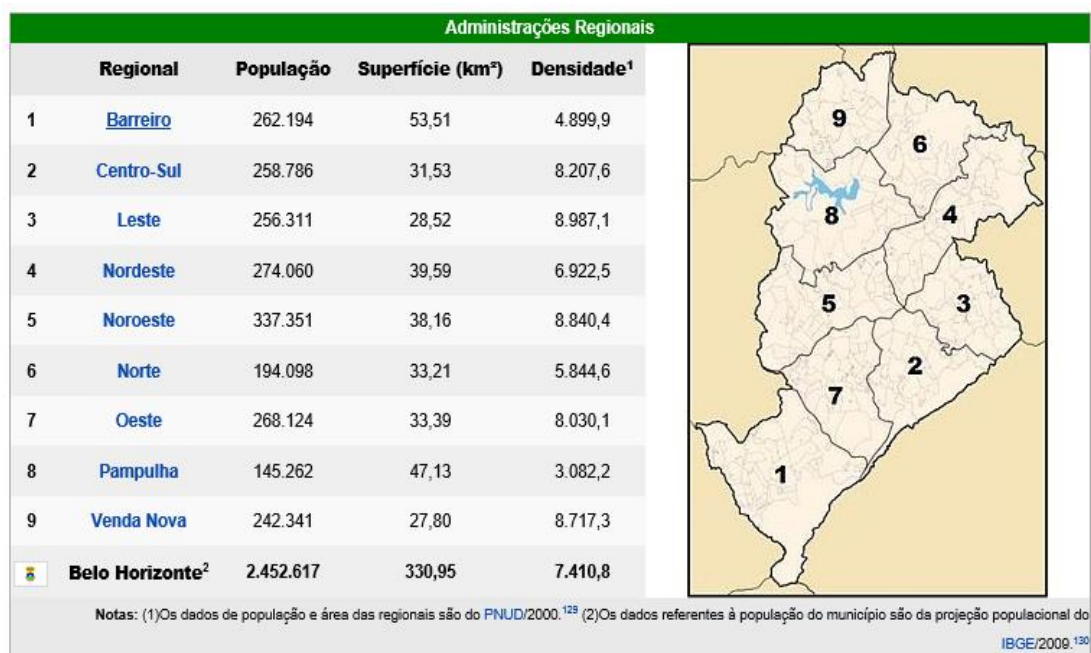
O município entre as décadas de 1930 e 1940 sofreu avanço significativo na sua industrialização, dentre eles houve a criação do Conjunto Arquitetônico da Pampulha, inaugurado em 1943 por Juscelino Kubitschek e que reuniu os maiores

nomes do modernismo brasileiro, com projetos de Oscar Niemeyer, pinturas de Portinari, esculturas de Alfredo Ceschiatti e jardins de Roberto Burle Marx.

Na década de 1960, elevou-se a metrópole atingindo cerca de 1 milhão de habitantes, sendo que o crescimento populacional passou a se concentrar nos municípios próximos a Belo Horizonte, como Sabará, Ibirité, Contagem, Betim, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. Posteriormente, Belo Horizonte foi marcada pelo crescimento com valorização do seu patrimônio histórico através de locais de importância histórica que foram tombados. Iniciou-se a implantação do metrô de superfície, a canalização do Ribeirão Arrudas e o Aeroporto Internacional de Confins. Atualmente, Belo Horizonte tem se destacado pelo desenvolvimento do setor terciário da economia através do comércio, prestação de serviços.

Em relação à sua administração, o município encontra-se dividido em nove administrações regionais conhecidas por Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova, (IBGE, 2009).

Figura 01: Administrações Regionais de BH/MG



Fonte: IBGE (2009).

Na capital mineira, é possível observar ocupações irregulares em 209 áreas de ocupação informal onde parte significativa da população habita em vilas e favelas, marcando considerável disparidade no processo de ocupação do solo da cidade. Por outro lado, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é considerado alto, de acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

Sua taxa de Urbanização é de 100%, e a renda média familiar mostra a desigualdade salarial entre domicílios dos bairros de Belo Horizonte, que varia mais de 2.000%, de acordo com dados do Censo 2010 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Pesquisas revelam que em bairros da Região Centro-Sul de Belo Horizonte, a renda mensal média chega a R\$ 15 mil por residência. Enquanto a de moradores de bairros populares não ultrapassa R\$ 710.

O saneamento básico em Belo Horizonte é realizado pela Companhia de Saneamento COPASA, que é responsável pelo abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto.

As principais atividades econômicas do município são a agricultura, mineração (aço e seus derivados, ouro, manganês e pedras preciosas, etc), além de considerável desenvolvimento na indústria têxtil e produção de automóveis. Outra atividade importante é que a cidade é também um centro cultural, com grandes universidades, museus culturais, bibliotecas e espaços de arte elevando a qualidade de vida e turismo. Além disso, a cidade é conhecida como a "capital nacional dos botecos", a cidade comporta vários bares, que é uma das maiores atividades de lazer.

Segundo o Cadastro Único dos Programas do Governo Federal (CadÚnico), atualmente Belo Horizonte possui 185.909 famílias, das quais 70.913 mil são beneficiárias do Bolsa Família, ou seja, possuem renda per capita de até R\$140,00. Assim, observou-se também que no ano de 2009, 75% da população do município era usuária da assistência à saúde no SUS.

Para completar as ações em saúde, o sistema local de saúde tem o apoio do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que realiza reuniões uma vez por mês e se necessário, eventuais reuniões extraordinárias são agendadas de acordo com a demanda de discussões às quintas-feiras, no Plenário Conselheiro Evaristo Garcia (auditório da Secretaria Municipal de Saúde), situado na Avenida Afonso Pena, 2.336, 14ª andar, Funcionários.

O Programa Saúde Família (PSF) funciona nos centros de saúde que constituem a rede Básica de Saúde, que no ano de 2009 oferecia 75% de cobertura. Belo Horizonte possui 146 centros de saúde, funcionando nos nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Para prestar o cuidado à população, existem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) funcionando de segunda a sexta-feira, prestando serviços de saúde, informações ou cuidados básicos em saúde. São 556 equipes de saúde da família, formadas por um

médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Dos 147 centros da capital, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico. São disponibilizados em algumas unidades assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e médicos homeopatas e acupunturistas, psicóloga, psiquiatra e outros médicos de apoio. Além disso, para auxiliar as atividades em saúde são disponibilizados serviço de zoonoses, encaminhamento médico para demandas especializadas, realizar pré-natal, acompanhamento de doenças crônicas, vacinas, medicamentos, consultas odontológicas, além de Centros de Especialidades Médicas, Unidades de Pronto-Atendimento – UPA; Centros de Referência em Saúde Mental, Equipes de Saúde da Família, Equipe de saúde mental e NASF.

Para promover o cuidado, em Belo Horizonte, os profissionais de saúde trabalham em Núcleo de Cirurgia Ambulatorial, 01 Centro Municipal Oftalmológico, 01 Centro Municipal de Imagem e 08 Ambulatórios de Convergência.

O Centro de Saúde TIROL, está equipado com doze consultórios médicos, 03 odontológicos, 01 ampla sala de reunião, 01 recepção, 01copa para funcionários, 01 almoxarifado, 01sala de espera, 01 sala de vacina, sala de curativos, sala de observação e sala de ECG. No estabelecimento, trabalham 02 gerentes, 06 médicos generalistas,01 médico clínico, 01pediatra, 03 dentistas, 01 psiquiatra, 02 assistentes sociais, 06 enfermeiros, 18 auxiliares de enfermagem, 03 auxiliares administrativos, 02 auxiliares de limpeza, 03 porteiros e 03 estagiários de apoio.

A Equipe Verde é responsável por 3645 usuários sendo 881 famílias cadastradas, e para organizar o trabalho a área de abrangência foi subdividida em seis micro áreas (10, 11,12, 13, 14, 25) (SIAB, 2011). Assim, para promover o cuidado, trabalham na equipe 01 Médico generalista, 01 enfermeira, 02 Técnicas de Enfermagem e 04 Agentes Comunitário de Saúde (ACS), cujo processo de trabalho é baseado no acolhimento, uma vez por semana (segunda feira, pela tarde de 14 as 16 horas), além de serem oferecidos aos usuários consultas de enfermagem e médica, atendimento odontológico, visitas domiciliares, assistência ao pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, puericultura, coleta de materiais biológicos, imunização, teste do pezinho, trabalho de zoonose, curativos, encaminhamentos para a academia da cidade, fisioterapia, fonoaudiólogos e grupos interativos de hiperdia, planejamento familiar, baixo peso, saúde mental.

A ESF é responsável por crianças de 0 a 2 anos, todas em acompanhamento de puericultura, e 432 crianças entre 0 a 9 anos, porém nem todas estão com o cartão de vacina em dia e atualmente, a equipe possui 15 crianças de baixo peso e 12 crianças portadoras de asma. Já em relação à Saúde do Adolescente a equipe possui aproximadamente, 432 adolescentes.

Os principais programas atendidos pela equipe em seu território, em relação à saúde da mulher, a equipe atende 13 gestantes em acompanhamento pré-natal, ao todo, estão cadastradas 760 mulheres com idade entre de 15 a 69 anos e nem todas estão em dia com o exame cérvico-uterino e mamografia.

Já a saúde do adulto na equipe verde atende 92 usuários diabéticos, 313 hipertensos e 02 casos de tuberculose. Com números também expressivos, em relação à saúde do idoso, são 392 idosos, que participam dos grupos operativos disponíveis, inclusive com atividades na academia da cidade, grupo de hiperdia e atividades no CRAS Petrópolis. Em saúde Mental a ESF é responsável por 60 usuários que participam de atividades artesanais, pintura sendo acompanhadas pela assistente social do Centro de Saúde TIROL.

Quanto aos aspectos sócios- econômicos, a população trabalha em diversas áreas da cidade de Belo Horizonte exercendo funções na prestação de serviços e na economia informal. Porém, observou-se um número significativo de desempregados e subempregados. Evidenciou-se ainda, que na região existe um área com problemas sociais graves como o consumo e tráfico de drogas, violência e desestrutura familiar.

A estrutura de saneamento básico da região das 881 famílias, praticamente todas recebem serviços de abastecimento de água tratada, rede de esgoto e coleta de lixo, porém grande parte da população vive em moradias precárias, usufrui de 02 escolas de ensino fundamental, 06 igrejas e comércio diversificado. As residências possuem energia elétrica e são construídas em alvenaria.

A faixa de idade predominante é relativamente jovem, seguida de crianças e seguida idosos. Os programas atendidos pela Equipe Verde do centro de saúde Tirol, são: puericultura, pré-natal, diabetes, tuberculose, asma, sendo que o mais frequentado é o prevenção câncer cérvico uterino seguido de hipertensão. Já os procedimentos mais realizados pela equipe verde são as consultas médicas, de enfermagem, curativos, visitas domiciliares, reunião de equipe, terapia de reidratação oral e inalação são atividades desenvolvidas no dia a dia, porém em escala bem menor, demonstrando que o trabalho

da equipe tem sido desenvolvido em torno da demanda espontânea e das consultas médicas em detrimento das atividades preventivas.

A realização do diagnóstico situacional contribuiu para que a Equipe Verde pudesse perceber os problemas mais comuns que afetam a comunidade e que uma pequena parte da comunidade sofre com a falta de rede de esgoto e coleta de lixo. Boa parte da população do território adoece com infecção respiratória, verminoses, hipertensão, diabetes, alcoolismo, gravidez precoce, drogas ilícitas e aumento dos casos de DM e HAS.

Com a vivência e como profissional da Equipe Verde, por meio da análise dos prontuários construídos nas consultas das visitas domiciliares foi possível observar um número significativo de usuários em busca de consulta médica no último ano e grande parte, com a pressão arterial elevada. São pacientes que já utilizaram os atendimentos prestados na equipe e diagnosticados como hipertensos que quando questionados sobre sua relação com a dieta, medicamentos e sedentarismo, em resposta, quase sempre não sabem a importância das atividades preventivas como parte da qualidade de vida de uma pessoa com hipertensão. O projeto de intervenção se baseia na criação de um plano para garantir melhor assistência aos pacientes citados com propostas que ainda não fazem parte da realidade desta Unidade Básica de Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil tem aproximadamente 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmhg de forma linear, contínua e independente (BRASIL, 2006).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas a elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico [AVE] e 47% por doença isquêmica do coração [DIC])(WILLIAMS, 2010), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Conforme dados dos Indicadores e Dados Básicos (IDB 2006) da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa, a prevalência de hipertensão em Belo Horizonte, entre indivíduos maiores que 25 anos é de 25,8%, com discreta variação entre os sexos, mas ampla variação entre as diferentes faixas etárias: 9,9% de 25 a 39anos, 32,4% de 40 a 59 anos e 52,5% para maiores de 60 anos.

Este projeto de intervenção é necessário na Equipe Verde, pois existe grande incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no território e os pacientes acometidos não sensibilizaram ainda para a importância do tratamento da doença.

Pela importância de manter o controle adequado da doença, é necessário conscientizar os usuários sobre a terapêutica apropriada a cada paciente hipertenso, as complicações que se manifestam quando existe descompensações e proporcionar melhor qualidade de vida para a comunidade.

Justifica-se propor este plano de intervenção para conscientização dos pacientes hipertensos sobre os fatores de risco associados à pressão arterial na unidade de saúde Tirol, Equipe Verde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para organizar o processo de trabalho da equipe para atender adequadamente o paciente hipertenso.

3.2 Objetivos Específicos

- 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;
- Educar os pacientes sobre a doença a fim de esclarecer o seu importante compromisso na adesão ao tratamento, seja orientando mudanças do estilo de vida, seja na terapia medicamentosa;
- Facilitar a compreensão do uso medicamentoso através do receituário ilustrativo, principalmente para pessoas de baixa escolaridade.

4 METODOLOGIA

Com a realização do diagnóstico situacional, através do método Estimativa Rápida, foi possível reconhecer o território estudado e os principais problemas enfrentados pela equipe. Assim, foram planejadas intervenções para promover a educação em saúde entre pacientes hipertensos.

Foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, publicações em livros e revistas médicas que foram selecionados conforme sua relevância e coerência com o tema. Outros dados secundários importantes estão disponíveis no SIAB e sites do Ministério da Saúde. Os descritores utilizados no projeto foram: atenção primária à saúde, hipertensão arterial, Sistema Único de Saúde, educação em saúde e medicamentos anti-hipertensivos. Só foram aceitos artigos publicados entre os anos 2000 e 2014 (critérios de inclusão).

O plano de ação seguiu o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) e tem como base uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, educadores físicos e agentes de saúde e do gestor.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica

Hipertensão arterial é uma doença definida pela persistência de pressão arterial sistólica acima de 135mmHg e diastólica acima de 85mmHg, sendo hoje considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. É uma condição clínica multifatorial caracterizado 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 conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. É fator de risco para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando associada a outros fatores de risco como diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as conseqüentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das mais importantes causas evitáveis de morte prematura (MACKAY, 2004). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), existem cerca de 800 milhões de pessoas com pressão arterial (PA) elevada em todo o mundo (MACKAY, 2004), causando mais de 7 milhões de mortes por ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A HAS é um dos cinco fatores de risco para o desenvolvimento de um terço de todas as doenças cardiovasculares (DCV); entre os outros fatores estão: o tabagismo, o consumo de álcool, a hipercolesterolemia e a obesidade (MACKAY, 2004). Se esses fatores fossem eliminados, pelo menos 80% de todas as DCV, dos acidentes vasculares encefálicos e do diabetes do tipo 2 poderiam ser evitados e mais de 40% dos cânceres poderiam ser prevenidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Segundo estimativas da OMS, as mortes causadas por DCV serão responsáveis por 31,5% do total de óbitos em 2020 e por 32,5% em 2030, com destaque para o aumento em países em desenvolvimento (MACKAY, 2004).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença

renal crônica terminal. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins, vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.2 Epidemiologia

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (BRASIL, 2006). Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33. A doença renal terminal, outra condição frequentemente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007 (DATASUS, 2009).

Segundo Cesarino *et al.* (2008) inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de $PA \geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos, segundo Rosário e colaboradores (2009). Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (PEREIRA *et al.*, 2009).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. No Brasil, a prevalência média de HAS auto referidas na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade

referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (WILLIAMS, 2010).

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo. Na Alemanha, a HAS atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40% e da Itália, com 38% da população maior de 18 anos hipertensa (BRASIL, 2011). Os indicadores cubanos superam os indicadores dos EUA, Inglaterra, Itália, Alemanha, Suécia e Espanha, e os bons resultados são atribuídos a vários fatores. O primeiro refere-se à organização do sistema de Saúde a partir da Atenção Básica (GRANDI *et al.*, 2006).

O segundo é a implementação de uma política nacional de atenção à saúde, cujo principal objetivo, desde 2001, é diminuir os indicadores de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo de miocárdio (IAM) – os mais altos do planeta naquela época. Essa política foi sustentada por um protocolo de práticas, objetivos e metas a ser alcançados, um sistema de informação que permite avaliação constante e a participação significativa de profissionais não médicos no processo de acompanhamento dos hipertensos (WILLIAMS, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica de alta prevalência (cerca de 30% da população) e de baixa taxa de controle. No Brasil, e em nosso município as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e de alta frequência de internamento hospitalar, contribuindo para elevados custos socioeconômicos, sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública.

No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos 15 anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) (ROSÁRIO *et al.*, 2009).

5.3 Fatores de Risco

Dada a estreita relação da hipertensão arterial e fatores de risco para morbimortalidade cardiovascular, torna-se imperativo o esforço dos profissionais de saúde em atuar na tentativa de eliminar ou reduzir os fatores de risco modificáveis desde a infância e adolescência para que os benefícios sejam maiores.

- **Idade**

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos (CESARINO *et al.*, 2008). Entre metalúrgicos do Rio de Janeiro e de São Paulo, a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para essa condição (MARTINEZ, 2006).

- **Gênero e etnia**

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação a cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras hipertensas de até 130% em relação às brancas (LESSA, 2001). Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil.

- **Excesso de peso e obesidade**

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens (BRANDAO, 2004).

Embora a HAS seja mais frequente em adultos, a prevalência entre crianças e adolescentes está aumentando (FALKNER, 2010), porém esses valores, de forma global, não são conhecidos devido, principalmente, às diferenças na definição de PA elevada e à metodologia de medição da pressão arterial (FALKNER, 2010; PINTO, 2011). A HAS em idades tenras é frequentemente assintomática e facilmente despercebida, até mesmo por profissionais de saúde (FALKNER, 2010), por isso se deve enfatizar a importância dos cuidados em âmbito preventivo e curativo entre crianças e adolescentes.

- **Ingestão de sal**

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal como a dos índios brasileiros ianomâmis, não foram encontrados casos de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado (MAC GREGOR, 2009).

- **Ingestão de álcool**

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA (MARTINEZ, 2006.) e a mortalidade cardiovascular e geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo bebidas alcoólicas se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (SCHERR, 2009).

- **Sedentarismo**

A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pre-hipertensos, bem como a mortalidade (PESCATELLO, 2004) e o risco de DCV.

- **Fatores socioeconômicos**

A influencia do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida (CONEN, 2009). No Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (CESARINO *et al.*, 2008).

- **Genética**

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de desenvolver HAS (OLIVEIRA, 2008).

- **Outros fatores de risco cardiovascular**

Os FR cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada. A predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

5.4 Controle e Prevenção da HAS

O aumento da pressão arterial com a idade não representa um comportamento biológico normal. Prevenir esse aumento constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando as dificuldades e o elevado custo social de seu tratamento e de suas complicações. Combater a hipertensão é prevenir o aumento da pressão pela redução dos fatores de risco em toda a população e nos grupos com maior risco de desenvolver a doença, como o limítrofe (130-39/85-89 mmHg) e aqueles com história familiar de doença hipertensiva segundo Vasan, (2001).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009). Calcula-se que essas taxas devem estar superestimadas, graças, principalmente, a heterogeneidade dos trabalhos realizados.

Implementação de medidas de prevenção contra a HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência a saúde da população e feita pela rede pública do SUS, enquanto o Sistema de Saúde Suplementar Complementar (2009) assiste aproximadamente 46,5 milhões.

A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.

- **MEDIDAS NÃO MEDICAMENTOSAS**

Mudanças no estilo de vida são recomendadas com entusiasmo na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de

vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular (LEWINGTON *et al.*, 2002). Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. Segundo Rainforth e colaboradores (2007), as principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

- **MEDIDAS MEDICAMENTOSAS**

Estudos foram realizados com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança de medicamentos na prevenção da HAS. Nos estudos Trophy e Pharaoh (2008) a estratégia medicamentosa foi bem tolerada e preveniu o desenvolvimento de HAS em populações jovens de alto risco. Para o manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da PA recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

- **ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO**

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Diagnóstico Situacional

O diagnóstico situacional em saúde é um trabalho árduo e complexo que compreende na coleta de dados, informações e indicadores para a realização de análises e/ou conhecimento dos principais problemas de saúde de um determinado território, de forma a definir prioridades para solucionar e ou reduzir os problemas levantados, elaborando um plano de ação baseado em prioridades.

A Equipe Verde possui um índice de vulnerabilidade médio e baixo, atualmente tem 3645 usuários sendo 881 famílias. Estas localidades estão subdivididas em seis micro áreas (10, 11, 12, 13, 14, 25), totalizando 881 famílias cadastradas de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica da Secretária municipal de Saúde (SIAB, 2011).

Atualmente conta com os seguintes recursos humanos, um Médico generalista, uma enfermeira, duas Técnicas de Enfermagem, quatro Agentes comunitário de saúde. O processo de trabalho da equipe é baseado na lógica do acolhimento, realizado uma vez por semana. Segunda feira, pela tarde de 14 as 16 horas onde são oferecidos aos usuários os seguintes serviços: Consulta de enfermagem, consulta médica atendimento odontológico, visitas domiciliares, assistência ao pré-natal, prevenção do Câncer do colo do útero, Puericultura, Coleta de materiais biológicos, Imunização, teste do pezinho, trabalho de zoonose, curativos, encaminhamentos para academia da cidade, encaminhamento para fisioterapia, fonoaudiólogos, grupos interativos: hipertensão, planejamento familiar, baixo peso, saúde mental.

6.2 Definição dos Problemas

Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional, destacam-se: alto número de pacientes hipertensos descontrolados, alto número de pacientes diabéticos, uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos na população, falta de adesão da população às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, uso de drogas ilícitas, alcoolismo.

6.3 Priorização dos Problemas

Atribuindo valores de baixo, meio e alto em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe) de acordo com Campos; Farias e Santos, (2010) foi feita a priorização dos problemas identificados, tendo como problema prioritário neste momento alto número de pacientes hipertensos muitos deles descontrolados na área de abrangência.

Quadro 1: Principais Problemas encontrados e priorizados no diagnóstico situacional da área de abrangência do ESF 3 (Verde) Tirol, BH /MG.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto número de pacientes hipertensos descontrolados	Alta	9	Parcial	1
Alto número de pacientes diabéticos	Alta	7	Parcial	2
Uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	6	Parcial	3
Falta de adesão da população às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças	Alta	4	Parcial	8
Uso de drogas ilícitas	Alta	5	Parcial	7
Alcoolismo	Alta	5	Parcial	4

Fonte: Autoria própria (2014).

6.4 Descrição e Explicação do Problema

Na Unidade Básica de Saúde, há uma importante prevalência de pacientes hipertensos, a maioria deles sem adesão adequada ao tratamento, com cifras tensionais altas sem conhecer, não tem conhecimentos sobre os fatores de risco, não fazem tratamento higiênico dietético adequado, tem hábitos de vida inadequados como ingestão excessiva de sal, de café ou de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, além da

obesidade e do sedentarismo. Portanto, trata-se de um importante indicador de gravidade para a população, podendo ser a causa de complicações cardiovasculares (infarto, AVE, angina, entre outros).

Quando a doença é diagnosticada o paciente deve ter alguns cuidados como: manter hábitos de vida saudável , praticar atividades física regularmente , evitar o tabagismo , reduzir o consumo de sal , evitar o sobrepeso e obesidade.

A pressão arterial é considerada normal quando a pressão sistólica não ultrapassa os 130 mmhg e a diastólica é inferior a 85 mmhg. Na maioria das vezes a pressão alta tem uma herança genética, também pode- se desencadear por hábitos de vida poucos saudáveis como obesidade , consumo excessivo de sal, ou álcool ,inatividades físicas. É uma doença crônica que não tem cura , mais pode e deve ser controlada para evitar as complicações, sendo que o tratamento contínuo pode melhorar a qualidade de vida do paciente.

No Brasil cerca de 17 milhões do total da população são hipertensos, deste total, 90% dos pacientes com HAS tem hipertensão essencial e o 10% restante tem hipertensão secundária.

A ausência de estratificação do risco clínico para HAS pela unidade de saúde ,unido a ausência de uma agenda fixa de educação continuada com o grupo de hipertensos e o desconhecimento dos pacientes hipertensos sobre a doença e os fatores de risco modificável para HAS tais como: consumo excessivo de gordura saturada ,sal ,açucars ,ingestão de bebidas alcoólica ,tabagismo, sedentarismo ,traz uma descompensação da doença e posteriores complicações.

No Brasil se celebra no dia 26 de abril o Dia Nacional de Combate da Hipertensão, doença cônica que pode ser prevenida facilmente com adoção de hábitos de vida saudável por parte dos pacientes que apresentam algum fator de risco para desencadear a doença.

6.5 Identificação dos nós críticos

Foram identificados como nós crítico pela equipe:

- Insuficiente conhecimento pelo pacientes sobre a doença;
- Inadequados hábitos de vida;
- Ações de saúde insuficientes para evitar seu aparecimento.

Quadro 2- Desenho de operações para os “nós” críticos do problema pressão arterial descontrolada.

No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; programa “Merenda saudável”.	Organizacional → para organizar as caminhadas; Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Nível de informação	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	População mais informada sobre riscos cardiovasculares	Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e de cuidadores.	Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional → organização da agenda; Político → articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Processo de trabalho da Equipe de Saúde	Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular	Cobertura de 80% da população com risco cardiovascular aumentado.	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada;	Cognitivo → elaboração de projeto da linha de

da Família inadequado para enfrentar o problema	aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.		protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada.	cuidado e de protocolos; Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional → adequação de fluxos (referência e contra referência).
---	---	--	--	--

Fonte: Autoria própria (2014).

6.6. Desenho das Operações

Quadro 3: Propostas de ações para motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde Modificar hábitos de vida.	Político → conseguir o espaço na rádio local; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.;	Setor de comunicação social Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	Político → articulação com a Secretaria de Educação	Secretaria de Educação	Favorável	
Cuidar Melhor Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.	Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; financeiros → recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede

	(medicamentos, exames e consultas especializadas).			
Linha de Cuidado Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	Político → articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

Fonte: Autoria própria (2014).

6.7 Plano Operativo

Quadro 4: Cronograma de operacionalização da proposta

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+ Saúde Modificar hábitos de vida.	Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; programa “Merenda Saudável”.		Pedro Henrique e Gilda	Três meses para o início das atividades
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares	População mais informada sobre riscos cardiovasculares.	Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e dos cuidadores.		Pedro Henrique e Aline	Início em quatro meses e término em seis meses; início em três meses e término em 12 meses; início em seis meses, avaliações a cada semestre; início em dois meses e término em 3 meses
Cuidar Melhor	Adequação da oferta de consultas à demanda, exames e	Equipamento da rede; contratação de compra de	Apresentar projeto de estruturação da rede	Renata Cardoso e Coordenador de ABS	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses

	medicamentos definidos nos protocolos, considerando a meta de 80% de cobertura.	exames e consultas especializadas e compra de medicamentos			para aprovação e liberação dos recursos e quatro meses para compra dos equipamentos; início em quatro meses e finalização em oito meses.
Linha de Cuidado	Cobertura de 80% da população com pressão arterial descontrolada.	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; Protocolos implantados de recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado implantada		Renata Cardoso e Coordenador de ABS	Início em três meses e finalização em 12 meses

Fonte: Autoria própria (2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de medidas de prevenção contra a HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do SUS. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.

A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

Entretanto, apesar dos progressos na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e no controle, ainda é importante problema de saúde pública. Devem ser metas dos profissionais de saúde a identificação precoce e a abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial, principalmente na população de alto risco. Entre as medidas preventivas, destacam-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e o abandono do tabagismo.

As equipes de saúde se preocupam cada vez mais com os riscos envolvidos nessa problemática. Portanto, considera-se imprescindível uma atuação ativa, mediante um projeto de intervenção no cenário da atenção primária de saúde.

Com base na literatura revisada e discutida para a elaboração do presente trabalho, pode-se concluir que:

- É imprescindível à implementação de um programa educacional para prevenir complicações, invalidez ou morte dessa população;
- Deve-se orientar corretamente a população sobre as formas de prevenção, dos fatores de risco relacionados com a Hipertensão Arterial;
- A ESF como um todo deve estar sensibilizada quanto à importância da prevenção e diagnóstico precoce da Hipertensão Arterial;

- A busca ativa de fatores de risco para lesões de órgão-alvo, avaliar as metas de controle pressórico e com isso, evitar complicações cardiovasculares futuras.
- Adotar hábitos saudáveis de vida para prevenção da HAS como são: Alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, Ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

REFERÊNCIAS

ALDERMAN, M. H. Does blood pressure control require a Cuban-style revolution? **J. Hypertension**, USA, v. 24, n. 5, p. 811-812, may, 2006.

BRANDAO, A. A. *et al.* Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resistance and metabolic syndrome. **J Hypertens**. 2004;22(Suppl 1):111S.

BRASIL. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Beneficiários, operadoras e planos. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dez 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>. Acesso em: 30 out. 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 15**. Hipertensão Arterial Sistêmica Brasília. DF. 2006.

BRASIL. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Beneficiários, Operadoras e Planos. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dez 2009.

CESARINO, C. B. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card**. 2008;91(1):31-5.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CESARINO, C. B. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card**. 2008;91(1):31-5.

CHOBANIAN, A. V. (Org). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Washington D.C.: National Institutes of health**: 2004. 88 p.

CONEN, D. *et al.* Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. **Eur. Heart J.** 2009;30:1378-84.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon /UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

DATASUS. Ministério da Saúde. Acessado em: 13, 14, 22, 23 e 24 Jan. 2009. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>.

FALKNER, B.; LURBE, E.; SCHAEFER, F. High blood pressure in children: clinical and health policy implications. **J Clin Hypertens** (Greenwich). 2010;12(4):261-76.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FRASER, G. E. **Preventive cardiology.** New York, Oxford University Press, 1986 e preventivos da doença hipertensiva. **Arq. bras. Cardiol.**,31: 341-7, 1978.

GRANDI, A. M. *et al.* Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study. **American Journal Hypertension**, USA, v. 19, n. 2, p. 140-145, Feb. 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2009.

JARDIM, P. C. V. *et al.* Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Card.** 2007;88(4):452-7.

KRAUSS, R. M. *et al.* Dietary Guidelines: revisão de 2000: Uma declaração para profissionais de saúde do Comitê de Nutrição da Associação Americana do Coração. **Circulation** 2000; 102: 2284-99.

LESSA I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens.** 2001;8:383-92.

LEWINGTON, S. *et al.* Relevância específica para a idade da pressão arterial normal para mortalidade vascular: a meta-análise de dados individuais para um milhão de adultos em 61 estudos prospectivos. **Lancet** 2002; 360: 1903-1913.

LEWINGTON, S. *et al.* For the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet** 2002; 360:1903-1913.

LÜDERS, S. *et al.* The PHARAO study: prevention of hypertension with the angiotensin-converting enzyme inhibitor ramipril in patients with high-normal blood pressure: a prospective, randomized, controlled prevention trial of the German Hypertension League. **J Hypertens** 2008 Jul; 26(7):1487-1496.

MAC GREGOR, G. A. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. **J Human Hypertens.** 2009;23:363-84.

MACKAY J, Mensah GA. The atlas of heart disease and stroke. World Health Organization; 2004.

MAGALDI, C.; ALMEIDA, D. B. Aspectos epidemiológicos.

MÁRQUEZ, C. E. *et al.* Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? **HICAPstudy Na Med. Interna, USA**, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabete melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arq Bras Cardiol.** 2006;87:471-9.

NEVES, M. F.; OIGMAN, W. Pré-hipertensão: uma visão contra o tratamento medicamentoso. **Rev Bras Hipertens** 2009; 16(2):112-115.

OLIVEIRA, C. M. *et al.* Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: Baependi Heart Study. **BMC Med Genet.** 2008;9:32.

ORDUÑEZ-GARCIA, P. *et al.* Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. **J. Hypertension USA**, v. 24, n. 5, p. 845-849, may, 2006.

PEREIRA, M. *et al.* Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension**, v. 27, n. 5, p. 963–975, 2009.

PESCATELLO, L. S. *et al.* American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. **Med Sci Sports Exerc.** 2004;36:533-53.

PINTO, S. L. *et al.* [Prevalence of pre-hypertension and arterial hypertension and evaluation of associated factors in children and adolescents in public schools in Salvador, Bahia State, Brazil]. **Cad Saude Publica.** 2011;27(6):1065-75.

RAINFORTH, M. V. *et al.* Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **Curr Hypertens Rep** 2007; 9:520-528.

RIPSA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - **Ripsa**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIBEIRO, M. B. D. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial na força de trabalho da Grande São Paulo: influência da idade, sexo e grupo étnico. **Rev. Ass. méd. bras.**, 28: 209-15, 1992.

ROSÁRIO, T. M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Card**, p. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SCHERR, C.; RIBEIRO, J. P. Genero, idade, nível social e fatores de risco cardiovascular: considerações sobre a realidade brasileira. **Arq Bras Cardiol.** 2009;93(3):e54-6.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SHARMA, A. M. *et al.* High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. **J. Hypertension USA**, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. **A Pesquisa Científica.** In: Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Acesso em 23 março 2013. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial.** Disponível em <http://WWW.sbh.gov.br>, acesso em 08 de julho 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2006; Fev:1-48.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** 2006:1-48.

VASAN, R. S. *et al.* Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2001; 345: 1291-7.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

WHELTON, P. K. *et al.* A prevenção primária da hipertensão: consultivo clínica e de saúde pública da The National High Sangue Pressure Education Program. **JAMA** 2002; 288: 1882-8.

WAXMAN, A. Global strategy on diet, physical activity and health. **Food Nutr Bull.** 2004; 25:292-302.

WILLIAMS B. The year in hypertension. **JACC.** 2010;55(1):66-73.

YUSUF, S. S. *et al.* Efeito de fatores de risco potencialmente modificáveis associados com infarto do miocárdio em 52 países (o estudo INTERHEART): estudo caso-controle. **Lancet** 2004; 364: 937-52.104.

WILLIAMS, S. A. *et al.* Study Investigators. An evaluation of the effects of an angiotensin receptor blocker on health-related quality of life in patients with high-normal blood pressure (prehypertension) in the Trial of Preventing Hypertension (TROPHY). **J Clin Hypertens** 2008 Jun; 10(6):436-442.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting health life. Geneva; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva; 2005.