

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

MISAEEL BARBARO MUÑOZ CASTAÑEDA

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS
USUÁRIOS HIPERTENSOS DA EQUIPE DE SAÚDE PRA
VIVER NO MUNICÍPIO DE SANTA FÉ**

**MONTES CLAROS / MG
2015**

MISAEEL BARBARO MUÑOZ CASTAÑEDA

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS
USUÁRIOS HIPERTENSOS DA ESF SAÚDE PRA VIVER NO
MUNICÍPIO DE SANTA FÉ**

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: Dr^a. Liliane da Conceição Ribeiro Campos

MONTES CLAROS / MG

2015

MISAEEL BARBARO MUÑOZ CASTAÑEDA

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS
USUÁRIOS HIPERTENSOS DA ESF SAÚDE PRA VIVER NO
MUNICÍPIO DE SANTA FÉ**

Banca examinadora:

Prof^a: Liliane da Consolação Campos Ribeiro Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

Prof^a: Gabriela de Cássia Ribeiro Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações como a obesidade. É uma doença democrática que acomete crianças, adultos, idosos, homens e mulheres de todas as classes sociais e condições financeiras. A hipertensão arterial, o diabetes, a obesidade, o nível alto de colesterol apresentado em exames laboratoriais, sedentarismo, alto índice de fumantes e o consumo elevado de álcool são os principais problemas que mais atingem a população em estudo. A população da área de abrangência da Estratégia da Saúde da Família (ESF), está localizada próxima ao centro da Cidade de Santa Fe relata problemas com característica de doença cardiovascular. A população coberta pela ESF é de cerca de 1638 pessoas divididas em 6 micro áreas, atendidas por uma equipe de saúde da família. A população apresenta hábitos deficientes referentes à sua dieta, pois a maioria encontra-se acima do peso e boa parte é hipertensa e sendo alguns também diabéticos. O número de hipertensos é grande devido à diversidade dos fatores descritos, e são baixos o acompanhamento e as orientações dadas sobre dieta aos usuários. Este trabalho objetivou elaborar um plano de intervenção inserindo a estratificação de risco cardiovascular nas atividades do Hiperdia para que se possam tomar as condutas devidas para cada grupo de risco. Antes, porém, foi necessário buscar fundamentação teórica na literatura tanto no SCIELO quanto na linha guia de Atenção à Saúde do Adulto - Hipertensão e Diabetes da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), dentre outras, com vistas à elaboração plano de intervenção e do que deveria ser inserido na rotina da ESF e assim implantar melhores ações de manejo clínico dos pacientes. A implementação da classificação de risco dentro do Hiperdia é uma iniciativa para que se possa instrumentalizar os profissionais de saúde sendo esta uma boa estratégia para resolver este problema.

Palavras-chave: Pressão Arterial. Hipertensão. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a disease characterized by elevated blood pressure levels. It is a metabolic syndrome usually accompanied by other changes such as obesity. It is a democratic disease that affects children, adults and elderly, men and women of all social classes and financial conditions. Hypertension, diabetes, obesity, high cholesterol level shown in laboratory tests, physical inactivity, high rates of smoking and heavy alcohol consumption are the main problems that most affect the population under study. The population of the area covered by the Family Health Strategy (ESF) Saúde Pra Viver is located close to the city center and reports Santa Fe problems characteristic of cardiovascular disease. The population covered by ESF is about 1638 people divided into 6 micro areas, served by a team of family health. The population has disabled habits relating to your diet, as most is found overweight, most are hypertensive, and a good number of people are diabetic. The number of hypertensive patients is due to the great diversity of the factors described, and are low monitoring and guidance given on diet users. This research aimed to develop an intervention plan entering the stratification of cardiovascular risk in HIPERDIA activities so that they can take the appropriate behaviors for each risk group. First, however, it was necessary to seek theoretical basis in the literature both in SCIELO as the guide line of Adult Health Care - Hypertension and Diabetes Department of Health of Minas Gerais (MG - SES), among others, with a view to drafting plan intervention and what should be included in routine ESF and thus deploy best stocks of clinical management of patients. The implementation of risk classification within HIPERDIA is an initiative so that we can equip health professionals and this is a good strategy to solve this problem.

Keywords: Hypertension. Arterial Pressure. Delivery of Health Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVO.....	17
4	METODOLOGIA.....	18
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
6	PLANO DE AÇÃO	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
8	REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Santa Fé de Minas está situado no noroeste do Estado de Minas Gerais, na área mineira da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE). Dista-se 511 km da capital Belo Horizonte, ligado pelas Rodovias 040, 135, 365 e 181 aos municípios limítrofes centralizadores de serviços públicos como Januária, Montes Claros, Pirapora, São Romão, Brasilândia de Minas, Bonfinópolis de Minas e Buritizeiro.

A população é de 3.968 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) e que ocupa uma área de 2.917,448 km² com uma densidade populacional de 1,36 hab./ km².

A história de Santa Fé de Minas começa quando o Município de São Francisco se chamava São José das Pedras dos Angicos. Em 1881 tem o nome mudado para "Nossa Senhora da Conceição de Capão Redondo", tornando-se distrito, em 1923, denominado "Capão Redondo" e incorporado ao município de São Romão. A emancipação política do município ocorreu em 1º de março de 1963. (IBGE, 2010).

De acordo com pesquisas históricas da região norte mineiro, essa localidade foi descoberta mais ou menos em 1860 com a chegada de garimpeiros vindos de vários lugares à procura de diamantes, que descobriram o Ribeirão de Santa Fé com presença de cascalho não somente no leito do Ribeirão, mas também nos barrancos e nos manchões paralelos às suas margens. Foi onde começaram a fazer sondagens, e constataram a existência de preciosos diamantes. (IBGE, 2010).

Foram se formando ranchos de folhas de buritis e mais tarde casas de adobe, que chegaram a formar um povoado, posteriormente um arraial, vila e distrito. O nome "Capão Redondo" foi devido à existência de um bosque nativo com esse nome, à cerca de dois quilômetros da sede do atual município ao lago da margem direita do Ribeirão de Santa Fé, onde hoje está localizada a cidade. (IBGE, 2010).

O então Distrito de Capão Redondo recebeu a denominação de Santa Fé de Minas, no dia 30 de dezembro de 1962 pela Lei nº. 843, em homenagem ao Ribeirão Santa Fé, que corta o referido município banhando a sede municipal, e que deu origem a fundação do arraial devido à grande quantidade de diamantes existentes em seu leito. (IBGE, 2010).

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH de Santa Fé de Minas é considerado médio. Seu valor absoluto é de 0,615 (PNUD/2010), parecido com o da média nacional. Comparando com outros municípios, a sua posição, em relação aos municípios mineiros é o de nº. 732 e em relação ao Brasil sua posição é o de nº. 3.796. Segundo dados do IBGE 2010, 2.291 habitantes compunham a zona urbana e 1.677 a zona rural. A taxa de urbanização corresponde a 57,76%. (IBGE 2010).

Todos os domicílios são atendidos pela rede de abastecimento de água da COPASA e todas as moradias são atendidas pelo serviço de coleta de lixo, que é executado pela Prefeitura Municipal. Conforme o IBGE (2010), todas das residências possuem rede geral de esgoto adequado, mas ainda não está em operação. O Produto Interno Bruto - PIB - de Santa Fe de Minas é de R\$7.526,08, destacando-se a área de prestação de serviços. O IDH de renda absoluto é de 0,610, sendo que o do Brasil é de 0,723; e o PIB *per capita* é de R\$ 7.479,75. (IBGE 2010).

Apesar de se encontrar numa região muito seca, o setor primário da economia é a agricultura. Na lavoura temporária são produzidos principalmente feijão, farinha de mandioca e milho. O segundo setor mais relevante para a economia do município é na cria de bovino, galos, na produção de leite de vaca e na pesca. A cidade conta com quatro Mercados Municipais, e diversos comércios, que são geradores da principal fonte de emprego do Município, juntamente com a prefeitura e a Secretária Estadual de Educação. Esses dados encontram-se nos Quadros apresentados abaixo.

O quadro abaixo mostra o total de domicílios por localização de acordo com sua área (urbana ou rural) da população do município de Santa Fe de Minas.

Quadro1- Distribuição das Famílias no município por Localização

Localização	Famílias
Zona Urbana	612
Zona Rural	434
Total	1.046

Fonte: IBGE (2010)

O quadro abaixo mostra o total de domicílios por localização permanente de acordo com sua área (urbana ou rural) da população do município de Santa Fé de Minas.

Quadro 2 - Distribuição dos Domicílios particulares permanentes no município por Localização

Localização	Domicílios particulares permanentes
Zona Urbana	630
Zona Rural	516
Total	1.146

Fonte: IBGE (2010)

O quadro abaixo retrata a renda familiar por localização no município Santa Fé de Minas

Quadro 3 - Distribuição da Renda Média Familiar por Localização

Localização	Mensal/ familiar	Per capita
Zona Urbana	R\$1.413,72	R\$255,00
Zona Rural	R\$761,23	R\$192,67

Fonte: IBGE (2010)

No quadro em baixo retrata a população por faixa etária de acordo a o sexo e o total por cada grupo de idade.

Quadro 4 - Distribuição da População por Faixa Etária

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	171	169	340
5 a 9 anos	191	168	359
10 a 14 anos	244	216	460
15 a 19 anos	228	225	453
20 a 24 anos	157	149	306
25 a 29 anos	156	139	295
30 a 39 anos	246	227	473
40 a 49 anos	260	231	491
50 a 59 anos	215	156	371
60 a 69 anos	112	116	228
70 anos ou mais	108	84	192
Total	2.088	1.880	3.968

FONTE: Censo Demográfico / Secretaria Municipal de Saúde de Santa Fé de Minas, (2011).

O quadro 5 retrata o total de pessoas que moram na zona urbana e rural.

Quadro 5 - Distribuição da população urbana e rural

Zona Urbana	2.292 habitantes	57.76%
Zona Rural	1.676 habitantes	42.24%
Total	3.968 habitantes	100,00%

FONTE: Relatório de Gestão – Prefeitura Municipal de Santa Fé de Minas/ Secretaria Municipal de Saúde de Santa Fé de Minas, (2011).

Neste quadro retratamos a população por sexo no município Santa Fé de Minas.

Quadro 6 - Distribuição da população por sexo no Município

Masculino	2.088 habitantes	52.62%
Feminino	1.880 habitantes	47.38%
Total	3.968 habitantes	100,00%

FONTE: Relatório de Gestão - Prefeitura Municipal de Santa Fé de Minas / Secretaria Municipal de Saúde de Santa Fé de Minas, (2011).

No quadro retratamos o grau de alfabetização do município Santa Fé de Minas.

Quadro 7 - Distribuição da população segundo Alfabetização no Município

Alfabetizados	2.963 pessoas
Não alfabetizados	1.005 pessoas
Freqüente creche ou escola	1.411 pessoas

FONTE: IBGE (2010)

De acordo com o Censo do IBGE (2010), a proporção de moradores em pobreza extrema em Santa Fé de Minas era de 59,44%. Após a inclusão do programa Bolsa Família do Governo Federal no Município este índice baixou para 47,65 %.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio das escolas públicas de Santa Fé de Minas era, no ano de 2013, de 4,5, valor acima ao das escolas municipais e estaduais de todo o Brasil, que é de 4,0. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da educação é de 0,492 (classificado como muito baixo), enquanto o do Brasil é 0,849 (IBGE, 2010).

Em relação aos dados sobre o Sistema Local de Saúde, inicialmente, destaca-se que o Conselho Municipal de Saúde de Santa Fé de Minas foi criado em 17 de junho de 1991, pela Lei Municipal nº 260/91 de 17 de junho de 1991, e foi alterada pela Lei Municipal nº 593/2011 de 20 abril 2011. A sua composição é formada por Usuários (50 %), Trabalhadores da Saúde (25%) e Gestores e Prestadores (25%), sendo 24 conselheiros titulares e 24 suplentes, cada um deles indicado por suas respectivas entidades através de ofício encaminhado à mesa Diretora.

As reuniões deste Conselho são realizadas nas primeiras terças-feiras do mês, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde na rua Vice-Prefeito Marciano de Freitas nº 946. Conforme regimento interno, a presidência do Conselho é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde.

A rede de saúde da Atenção Básica conta com duas Equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), duas Equipes de Agentes Comunitários da Saúde (EACS), uma Unidade Básica de Saúde, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), dois Consultórios Odontológicos em Centro de Saúde (ESF), duas Farmácias Populares, um Centro de Fisioterapia, um Laboratório Clínico e a Vigilância de Saúde com Epidemiologia Sanitária e Ambiental.

As equipes da Estratégia da Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de saúde bucal (dentista e técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário) e um zelador. Vale reiterar a experiência positiva do NASF, que traz a inserção de alguns dos seguintes profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, educador físico em pontos estratégicos de referencia.

A equipe é formada pelos profissionais: Misael Bárbaro Muñoz Castañeda (Médico); Kiria Gomes Chomone (Enfermeira); Josenaidy Lopes de Almeida (Técnico de Enfermagem); seis agentes de saúde: Maria Das Dores Gonçalves Porto, Maria Do Carmo Luiza Filha, Dilena Sena, Maria Aparecida Pereira da Silva, Natalio Pereira de Almeida, Raimunda Silva. No momento não há atendimento odontológico, pois esta em ampliação física da UBS.

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, ocorreu o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, com a implantação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dando apoio as duas Equipes de Saúde da Família.

A área de abrangência da ESF compreende o bairro Centro, atendendo um total de 566 famílias / 1.638 habitantes. A população total cadastrada na ESF é de 1.638 pessoas, compreendendo o total de 100% de usuários atendidos pelo SUS. Dentre os equipamentos sociais e pontos de atenção à saúde presentes no Município pode-se destacar: uma Unidade Básica de Saúde (José Rodriguez Barbosa), duas unidades de ESF (Saúde para Viver, Mais Saúde), o Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), o Posto Policial e a Escola Estadual (Carmela Dutra). Em relação às áreas de lazer do Município, existem poucas opções, dentre elas uma Praça pequena e duas quadras poliesportivas, onde as crianças podem praticar vários tipos de esporte, como futebol e capoeira; e o espaço em frente à igreja católica, onde são realizadas várias festas.

Dados do Censo Demográfico de 2010 e observações diretas mostram que a grande maioria das ruas não são asfaltadas, com exceção de duas ruas no bairro Santa Cruz. Todos os domicílios possuem energia elétrica e a grande maioria, próxima de cem por cento, utilizam água tratada da rede pública de abastecimento. O esgoto é coletado pelo sistema de esgotamento sanitário e tratado e o lixo recolhido pela Prefeitura Municipal vai para o aterro sanitário.

Atualmente a estratégia saúde da família do município apresenta duas equipes. O município aderiu à estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde como estratégia inicial para organização do território, cadastro das famílias, adoção de práticas de promoção e prevenção à saúde, de forma que a implantação da Estratégia Saúde da Família seja facilitada.

Por sua vez, a realização do diagnóstico situacional, conforme quadro 8 abaixo e, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010) apontou os seguintes problemas de saúde: elevado número de usuários hipertensos, gravidez na adolescência, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas e medicamentos controlados, obesidade, sedentarismo, desemprego e má aderência dos diabéticos aos tratamentos

propostos nível econômico da população. Após a análise desta situação, a equipe selecionou como problema prioritário para enfrentamento o elevado número de usuários hipertensos.

Quadro 8- Levantamento de Problemas em Unidade de Estratégia Saúde da Família do Município de Santa Fé de Minas.

Problema	Importância	Urgência (0-5 pontos)	Capacidade de Enfrentamento da Equipe
Obesidade	Baixa	2	Parcialmente
Uso de drogas e medicamentos de uso controlado	Media	4	Parcialmente
Alcoolismo	Media	4	Parcialmente
Tabagismo	Media	4	Dentro
Sedentarismo	Baixa	1	Parcialmente
Desemprego	Media	3	Fora
Gravidez na adolescência	Media	3	Parcialmente
Má aderência dos diabéticos aos tratamentos propostos	Alta	5	Dentro
Elevado número de usuários hipertensos	Alta	5	Dentro

FONTE: Relatório de Gestão - Prefeitura Municipal de Santa Fé de Minas / Secretaria Municipal de Saúde de Santa Fé de Minas, (2011).

Neste contexto, ressalta-se que das 1.769 pessoas residentes na área de abrangência da equipe, 275 são hipertensos, o que corresponde a 15,54 % da população (SIAB, 2013), de acordo com os registros da equipe.

Por sua vez, a realização do diagnóstico situacional, conforme quadro 8 abaixo e, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010) apontou os seguintes problemas de saúde: altos índices de hipertensos com irregularidades no tratamento, gravidez na adolescência, tabagismo, alcoolismo, tráfico de drogas ilícitas, uso de drogas ilícitas, obesidade e sedentarismo, alto nível de desemprego ou trabalho informal e baixo nível econômico da população. Após a análise desta situação, a equipe selecionou como problema prioritário para enfrentamento o alto índice de hipertensos com irregularidades no tratamento.

A motivação que nos leva a realizar este trabalho é melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos, de nossa área de abrangência, realizando a estratificação do risco cardiovascular , além de realizar atividades de promoção de saúde e de prevenção e controle da HAS e fatores desencadeantes ou agravantes das complicações desta doença, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento e incentivar a prática de atividade física e hábitos alimentares saudáveis para eles, por constituir medidas necessárias para se reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular ,sendo possível com a implementação e pratica dos protocolos clínicos propostos. Consideramos que nossa proposta de intervenção é muito importante para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos, além de estimular a participação de toda nossa comunidade nas ações previstas, principalmente aqueles com fatores de riscos associados.

2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial é uma entidade clínica multifatorial conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas e vascular). A prevalência da hipertensão arterial é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertenso (Amaral Geraldo; Francisco do Porto 2013)

Na Estratégia de Saúde de Família (ESF) Saúde Pra Viver, 20% da população tem hipertensão e essa doença não é abordada de forma correta, conforme proposta estratificação de Risco Cardiovascular preconizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

A Escala de Risco de Framingham Revisado para realizar a estratificação de Risco Cardiovascular em usuários hipertensos organiza uma perspectiva de elaboração de diretrizes clínicas e operacionais como base em um modelo de atenção às condições crônicas, fortemente determinadas pela estratificação de risco da população abordada, além disso, é utilizada para possibilitar a organização da assistência de forma a atender à necessidade dos usuários.

Devido à grande prevalência e complexidade a hipertensão arterial faz com que a população acometida por esta patologia, necessite de drásticas mudanças em seu cotidiano, tais como: exercícios físicos, adesão à terapêutica medicamentosa, tratamento de possíveis patologias como o estresse e depressão, eliminação do etilismo, tabagismo e obesidade e uma dieta balanceada, a qual precisa ter baixo teor de sal, gordura, massas e doces e uma ingestão correta de frutas, verduras e legumes(*JARDIM et al.,2007*).

3.OBJETIVO

Realizar um projeto de intervenção sobre estratificação do risco cardiovascular global aos usuários hipertensos da ESF Saúde Pra Viver em Santa Fé.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o Diagnóstico Situacional com a utilização da Estimativa Rápida Participativa (ERP), observação ativa da área, visitas domiciliares, coleta de dados a partir de fichas A dos agentes comunitários de saúde (ACS), do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e relatórios de produção mensal.

Neste momento foi possível identificar, priorizar, descrever e explicar o principal problema identificado no território. A partir dos passos anteriores foi possível iniciar a construção de um plano ou projeto de intervenção tendo em vista a diminuição dos casos de hipertensão arterial. No momento da construção do plano foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), muito bem definido pelo referencial teórico disponibilizado na disciplina de "Planejamento e Avaliação em Saúde".

A fundamentação deste trabalho foi realizada por meio de manuais como a Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto de Hipertensão e Diabetes da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia e em artigos científicos da Biblioteca Virtual em Saúde.

Neste estudo, para classificação dos pacientes, será utilizada a escala de risco cardiovascular global de Framingham revisada, utilizaremos uma ficha de cadastro onde serão preenchidos os dados de identificação como antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) como também os necessários para possibilitar a estratificação de risco pela escala de Framingham revisada: idade HDL colesterol, colesterol total, níveis pressóricos, tabagismo e diabetes mellitus.

Os pacientes com a estimativa de risco de evento cardiovascular menor que 10 % em 10 anos serão classificados como HAS de baixo risco. Estimativa de risco entre 10% e 20% como risco moderado e, se maior que 20% em 10 anos, alto risco cardiovascular (MEIRRELES et al 2013). A partir dessa classificação dos usuários nesses três grupos, serão propostas abordagens direcionadas de acordo com faixa de risco cardiovascular de cada um.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Oliveira e Nogueira (2010) definem a hipertensão arterial sistêmica como a elevação crônica da pressão arterial sistólica (PAS) ou pressão arterial diastólica (PAD).

Segundo Borges e colaboradores (2010) a hipertensão arterial tem sido considerada como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Caracterizada como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doença vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana.

De acordo com Ferreira e colaboradores (2011) a hipertensão arterial sistêmica acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento para 60% dos casos da doença em 2025.

Conforme Wenzel, Souza e Souza (2010) alguns fatores tornam-se importantes para a determinação da hipertensão arterial sistêmica, como o excesso de peso, o fumo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada, a inatividade física e a história familiar, que tem ocupado destaque entre os principais fatores.

Kubitschek e Mendonça (2013) descrevem a obesidade como dos principais fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica. Estudos realizados entre adolescentes de 18 anos identificaram associação positiva entre a distribuição de gordura corporal e as doenças cardiovasculares.

Em estudo realizado por Figueiredo e colaboradores (2011) observou-se que a localização abdominal da gordura (obesidade abdominal) mostrava-se mais associada aos distúrbios metabólicos, como as dislipidemias, a hipertensão arterial, resistência a insulina e aos riscos cardiovasculares.

Já Wagmacker e Pitanga (2011) descrevem que a inatividade física tem-se tornado como um fator determinante para a ocorrência de mortes e doenças. Estudo na Região Sul do País identificou que a longo prazo a realização de atividade física regular possui efeito protetor para as doenças crônicas.

Cavagioni e colaboradores (2012) analisaram que as atividades desgastantes no ambiente de trabalho também podem gerar danos a saúde. Entre elas estão as alterações cardiovasculares e hipertensão arterial. Em um estudo realizado com caminhoneiros identificou-se que a falta de adaptação dos motoristas, principalmente os que possuem longa jornada de trabalho, estão mais expostos a ocorrência de fatores associados a transtornos mentais, estresse, e a hipertensão arterial.

Já Molina e colaboradores (2013) descrevem a associação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais. Destaca-se que entre os fatores nutricionais identificados, a alta prevalência de hipertensão arterial está relacionada ao consumo excessivo de sódio e ao sobrepeso.

Segundo estudos realizados por Figueiredo e colaboradores (2011) entre populações ocidentais, o elevado consumo de sal contribuiu para que os indivíduos apresentassem maior risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial.

Lipp (2011) em um estudo realizado na Inglaterra com 1.259 homens identificou alterações nos níveis pressóricos entre os hipertensos durante sessões experimentais em virtude do estresse psicológico.

Cavagione e colaboradores (2013) descreveram que o estresse psicológico pode ser considerado como um dos principais fatores do meio ambiente que contribuem para a hipertensão arterial sistêmica.

De acordo Kubitschek e Mendonça (2013) um estudo realizado no Brasil, avaliando 43 adolescentes identificou que os filhos de pais hipertensos apresentam aumento das pressões sistólicas e diastólicas, bem como perfil lipídico desfavorável. Conforme

Barreto, Filho e Krieger (2013) dentre os fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles podem ser atribuídos aos fatores genéticos.

Lessa e colaboradores (2014) afirmam que a menopausa e a idade elevada constituem como fatores de risco biológicos associados para a hipertensão arterial.

Em um estudo realizado por Martin e colaboradores (2014) foi verificado associações positivas e significantes da hipertensão arterial sistêmica com etnia negra, diabetes, sobrepeso, obesidade central, menopausa e idade superior a 40 anos.

Referem Toledo, Rodrigues e Cheisa (2013) e Martin e colaboradores (2014) que as taxas de morbidade e mortalidades associadas a qualquer nível de pressão arterial são menores nas mulheres do que nos homens até os 45 anos.

Wenzel, Souza e Souza (2010) descrevem que o consumo de álcool, idade avançada e tabagismo contribuem para o desenvolvimento da hipertensão arterial ao estimular o sistema simpático, ocasionando estresse oxidativo e efeito vasoconstritor associado ao aumento de inflamações ligadas a hipertensão.

De acordo com Costa e colaboradores (2011) em um estudo realizado no Sul do Brasil, identificou que indivíduos que ingeriam menos de 30g de álcool por dia apresentaram menos hipertensão arterial em relação aos que não consumiam. E os indivíduos que referiram ser portadores de diabetes mellitus, apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial

Acrescenta Gus, Fischmann e Medina (2012) que a media da pressão arterial tende a se elevar tanto em homens quanto em mulheres durante toda a vida adulta, em quanto a media da pressão diastólica atinge o pico por volta dos 55 anos.

Tacon, Santos e Castro (2010) e Gus, Fischmann e Medina (2012), associam a situação socioeconômica como um fator importante na incidência de doenças, seja pelas más condições de nutrição, habitação e saneamento a que estão submetidos durante o processo de desenvolvimento, como pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Feijão e colaboradores (2013) o estilo de vida apresenta um papel crítico na determinação da pressão arterial dos indivíduos e na prevalência da hipertensão nas populações.

Segundo estudo feito por Bastos e Borestein (2014) lembram que a prevenção primária é a principal terapêutica no combate aos fatores de riscos. Nesse processo, o profissional de saúde em especial o enfermeiro age como um facilitador, procurando utilizar técnicas ou meios que levam a promoção da educação em saúde, a prática do auto-cuidado, com o objetivo de manter controlada a pressão arterial e também uma assistência de enfermagem mais humanizada.

6 PLANO DE AÇÃO

Os dados a seguir se referem ao diagnóstico situacional realizado em Santa Fe de Minas na área de abrangência da ESF Saúde para Viver no ano de 2014. Foi identificado que o elevado número de usuários com hipertensão é o principal problema levantado pela equipe de saúde da ESF levando-se em conta que a resolução do mesmo é de enfrentamento parcial e se encontra dentro. Após todas as discussões, foi confeccionada uma tabela para delinear as decisões do grupo.

A priorização dos problemas levantados a partir do diagnóstico situacional foi feita seguindo o modelo sugerido no módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde. Foi confeccionada uma planilha onde os problemas foram identificados e analisados. Os critérios utilizados foram de atribuir valor alto, médio e baixo para a importância do problema; distribuição de pontuação indo de 0 a 5 conforme a urgência; capacidade de enfrentamento da equipe definindo se a solução do problema estava dentro, fora ou parcialmente responsável pela solução; e ainda numerar os problemas por ordem de resultado (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). Portanto, de acordo com o SIAB (2013), o problema "elevado número de usuários hipertensos" foi priorizado, pois 16% (272) das pessoas da área de abrangência apresentam hipertensão arterial.

De acordo com a equipe da ESF, todos os 272 hipertensos cadastrados no SIAB deveriam ser atendidos pelo Hiperdia. Atualmente, o melhor controle é feito por um caderno de registro de participantes criado pela equipe. Nesse caderno consta a participação de 110 pessoas. Não é feito um acompanhamento ideal devido ao fato que o cadastro de hipertensos fornecido pela secretaria de saúde não está com informações atualizadas. Um exemplo é o fato de constar uma pessoa com duas datas de nascimento e os óbitos não serem retiradas do cadastro. Em relação à solução do problema levantado de apatia da população em relação ao grupo de Hiperdia, o trabalho atual propõe uma mudança de conduta dos profissionais e dos participantes no dia do grupo. As pessoas seriam atendidas individualmente pelos profissionais.

Durante as consultas seriam dadas as informações educativas, ideais para a prevenção da hipertensão arterial e a importância da classificação de risco no Hipertensão. Desta maneira as pessoas não participariam apenas para renovar receita e sim para realizarem uma atividade mais estruturada.

Quadro 1 – Operações sobre a não adesão dos protocolos clínicos em na ESF Saúde para Viver.

Nó crítico 1	Não adesão aos protocolos clínicos.
Operação	Atenuar a variabilidade de conduta clínica. Garantir um atendimento mais qualificado ao paciente.
Projeto	ESF e abordagem dos protocolos clínicos.
Resultados esperados	População com melhor qualidade de vida. Prática dos protocolos clínicos.
Produtos esperados	Recursos humanos capacitados. Implementação e cumprimento dos protocolos clínicos. Melhor qualidade de vida de nossa população alvo.
Atores sociais / responsabilidades	ESF Saúde para Viver Secretaria de saúde Microrregião Pirapora
Recursos necessários	Estrutural: Sala para realização da capacitação. Cognitivo: Domínio pelos responsáveis do tema a ser abordado. Político: Conseguir o espaço local para a realização de eventos
Recursos críticos	Político: Conseguir o espaço local para a realização do evento.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Enfermeira. Setor de comunicação social Secretário de saúde

	Motivação: Melhor atendimento dos pacientes de nossa área de abrangência.
Ação estratégica de motivação	Reunião com os usuários e familiares para esclarecimento de dúvidas. Mostrar a importância das ações e o impacto na saúde e vida dos hipertensos da comunidade. Apresentar um projeto de apoio das instituições
Responsáveis	Enfermeira e Médica da ESF Saúde para Viver, no município de Santa Fé de Minas, Minas Gerais.
Cronograma / Prazo	Início em um mês término 3 meses Apresentar o projeto em 15 dias, implantado em um mês. Início das atividades em um mês Início em um mês e termino em três meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Levantamento de dados após as reuniões para avaliação da viabilidade das ações a ser propostas.

Formatado: Fonte: 12 pt

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial, o diabetes, a obesidade, o nível alto de colesterol apresentado em exames laboratoriais, sedentarismo, alto índice de fumantes e o consumo elevado de álcool são os principais problemas que mais atingem a população em estudo.

A implementação da classificação de risco dentro do Hiperdia e a iniciativa para se instrumentalizar os profissionais da saúde que trabalham em um grupo homogêneo pode ser estratégias que permitem que a assistência à saúde do paciente se pactua em cuidado especial e efetivo.

Ressalta-se que estratificar o risco cardiovascular proporciona criar um manejo clínico eficiente, além do que, o Hiperdia feito apenas com hipertensos de alto risco tem seu foco aumentado daquele feito para um grupo de baixo risco. A partir daí, a equipe consegue dimensionar os cuidados e a atenção que se devem dar as pessoas de sua responsabilidade. Essa conduta se aplica principalmente aos agentes comunitários de saúde já que eles estão mais próximos do contato com os pacientes.

A importância dessa mudança será sentida a longo prazo pelo paciente que irá ganhar em qualidade de vida. O conhecimento adquirido e a maior adesão ao tratamento irão proporcionar a diminuição de problemas relacionados a sua condição patológica. O sistema de saúde local poderá também dimensionar melhores seus esforços em relação ao paciente hipertenso já que os grupos serão formados a partir de uma classificação de risco mais adequada.

8 REFERÊNCIAS

AMARAL G.C.;FRANCISCO P,S.Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira .Arq.Bras.Cardiol.,São Paulo,v.88,n.4,p 452-457 Apr.2013.

BORGES, H.P.; et al. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2010. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.91, n.2, p.110-18, 2008.Disponível:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2008001400007&script=sci_arttext Acesso: 11 de Novembro de 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 118p.

CAVAGIONI, L.C.; et al. Agravos a saúde, hipertensão arterial e predisposição ao estresse em motoristas de caminhão. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, n.2, p.1267-71, 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a21v43s2.pdf> Acesso: 11 de Novembro de 2015.

COSTA, J.S.D., et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.88, n.1, p.59-65, 2013. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000100010&script=sci_arttext Acesso: 11 de Novembro de 2015.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140 p.

FERREIRA, S.R.G., et al. Frequência de Hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. Revista de Saúde Pública, v.43, n.2, p.98-106, 2011. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43s2/ao791.pdf> Acesso: 11 de Novembro de 2015.

FIGUEIREDO, R.C., et al. Obesidade e sua relação com fatores de risco para doenças cardiovasculares em uma população Nipo-Brasileira. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica, v.52, n.9, p.52-9, 2011. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004->

GUS, I; FISMANN, A; MEDINA, C. Prevalência dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.78, n.5, p.478-83, 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v78n5/9377.pdf> Acesso: 11 de Novembro de 2015.

KUBITSCHKEK, M.C.C; MENDONÇA, G.A.S. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. Jornal de Pediatria, v.83, n. 4, 2013[. Disponível:http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102009005000059&script=sci_abstract&lng=en Acesso: 11 de Novembro de 2015.

LESSA, I., et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)- Brasil. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.87, n.6, p.747-59, 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/abc/v87n6/11.pdf> Acesso: 11 de Novembro de 2015.

MARTIN, J.F.V., et al. Perfil de crise hipertensiva. Prevalência e Apresentação Clínica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.83, n.2, p.125-130, 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n2/v83n2a04.pdf> Acesso: 11 de Novembro de 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a Saúde do Adulto: hipertensão e diabetes. -2. Ed.-Belo Horizonte: SAS/MG, 2010.198p.

MOLINA, M.C.B., et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. Revista de Saúde Pública, v.37, n.6, p.743-50, 2013. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2008001800008&script=sci_arttext Acesso: 11 de Novembro de 2015.

OLIVEIRA, A.F.C; NOGUEIRA, M.S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.44, n.2, p.388-94, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/21.pdf> Acesso: 11 de Novembro de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA /SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO /SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. ArqBrasCardiol v. 95, (1 supl.1),p.1-5 2010.

TACON, K.C.B; SANTOS, H.C.O; CASTRO, E.C. Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Atendidos em Hospital Público. Revista Brasileira de Clínica Médica, v.8, n.6, p.486-9, 2010. Disponível: [http:// 573 Conceito A Recife n. 2 p.523-573 2011 Hipertensão arterial e fatores de risco associados: uma revisão de literatura files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1612](http://573.conceitoarecife.com.br/revista/2011/hipertensao-arterial-e-fatores-de-risco-associados-uma-revisao-de-literatura) Acesso: 11 de Novembro de 2015.

TOLEDO, M.M; RODRIGUES, S.C; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: Uma nova ótica para um velho problema. Texto e Contexto de Enfermagem, v.16, n.2, p.233-8, 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf> Acesso: 11 de Novembro de 2015.

WAGMAKER, D.S; PITANGA, F.J.G. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para a hipertensão arterial sistêmica. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v.15, n.1, p.69-74, 2011. Disponível: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/1027/933> Acesso: 11 de Novembro de 2015.

WENZEL, D; SOUZA, J.M.P; SOUZA, S.B. Prevalência de hipertensão arterial em militares jovens e fatores associados. Revista de Saúde Pública, v.43, n.5, p. 789-95,2009.Disponível:http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102009005000059&script=sci_abstract&lng=en Acesso: 11 de Novembro de 2015.