

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

HIPERTENSÃO ARTERIAL UM DESAFIO PARA A SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE PEDREIRA BAIRRO JARDIM ANDRADE.

DRA TANIA AGUIAR SOSA

PEDREIRA SÃO PAULO 2014

RESUMO

A Hipertensão Arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de arterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode em muitos casos, ser controlada apenas com medidas higiênicas e dietéticas (alimentação adequada, atividade física, abstenção de fumo e bebida alcoólica e controle de peso), embora em outros casos seja necessário o uso concomitante com tratamento medicamentoso.

O presente estudo centra-se em a Hipertensão Arterial e tem como público alvo os usuários assistidos pela USF Benedito Candido da Silva do Município Pedreira em São Paulo. Acreditando no potencial da estratégia de saúde da família faço uma proposta de intervenção nos grupos de hipertensos assistidos, com finalidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes assistidos e de atuar sobre grupos de risco evitando a doença.

Palavras chave: hipertensão arterial, equipe de saúde, estratégia de saúde da família

ABSTRACT

Hypertension is an important risk factor for diseases resulting from atherosclerosis and thrombosis, which if present, predominantly, by cardiac involvement, cerebral, renal and peripheral vascular. High blood pressure (HBP) can, in many cases, be controlled only with measures higiênico dietéticos (proper nutrition, physical activity, abstaining from smoking and alcohol and weight control), while in other cases it is necessary the concomitant use of drug treatment.

The present study focuses on the Hipertensão Arterial and has as public-target users assisted by health team of the municipality are Pedreira São Paulo. Believing in the potential of the family health strategy I am going to make a proposal for intervention in the groups of hypertensive patients assisted, with the purpose of improving the quality of life of the patients assisted y to act on groups at risk avoiding the disease.

Introdução

Histórico de Criação do município

O processo de ocupação da região onde está situado Pedreira deu início no século XIX. Originalmente eram terras que pertenciam ao Município de Amparo e em 1887 José Pedro Arruda fundador da cidade, inaugurou a Vila de Pedreira as margens do Rio Jaguari. O nome da cidade, diferente do que se imagina, dá-se pela grande quantidade de "Pedros" na família.

O município de Pedreira localiza-se no interior do Estado de São Paulo, aproximadamente 135 km da Capital, compreendendo uma área territorial de aproximadamente 110.000 Km².

Tem como municípios limítrofes:

- Ao Norte: Santo Antonio de Posse
- Ao Sul: Campinas
- Ao Leste: Jaguariúna
- Ao Oeste: Amparo

Principais Cursos de Água: Rio Jaguari

Principais Rodovias: SP 95

População total: 45.219 (IBGE 2008)

População Rural: 44.132

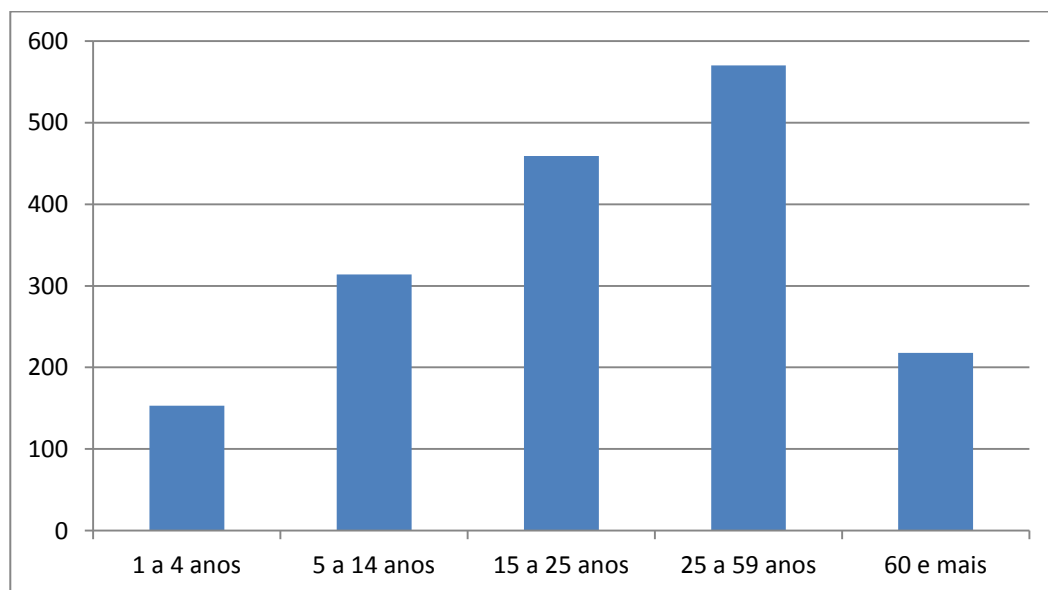
População Urbana: 1.087

Dinâmica da população Pesquisada

Observa-se o crescimento do Bairro estudado devido à migração de pessoas do norte e nordeste do país, buscando melhores condições de saúde, educação, economia e social. Com isso, temos uma demanda com diferentes culturas. Distribuição das empresas segundo atividades econômicas se faz através das empresas de porcelana e plástico, não contando com zonas rurais, considerando que grande parte da população migraram do norte do país em busca de trabalho, logo oferecem para os empresários locais mão de obra barata. O abastecimento de água tratada e esgoto abrange toda a população.

FONTE: Consolidado do perfil ocupacional do município de Pedreira

Pirâmide Etária



População masculina: 50,80%

População feminina: 49,19%

Taxa de Crescimento Populacional:

Taxa de fecundidade:

Mortalidade proporcional por faixa etária: Ano 2011	
Faixa etária	Total
<de 1 ano	0
1 a 4 anos	0
5 a 9 anos	0
10 a 14 anos	0
15 a 19 anos	0
20 a 29 anos	4
30 a 39 anos	5
40 a 49 anos	22
50 anos e mais	84
Total	Geral: 115
Taxa Bruta de mortalidade:	

Fonte: SIM

Mortalidade proporcional por faixa etária: Ano 2012	
Faixa etária	Total
<de 1 ano	0
1 a 4 anos	0
5 a 9 anos	0
10 a 14 anos	0
15 a 19 anos	0
20 a 29 anos	2
30 a 39 anos	9
40 a 49 anos	12
50 anos e mais	100
Total Geral:	123
Taxa Bruta de mortalidade:	

Fonte: SIM

EVOLUÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

Segundo a Organização Mundial de Saúde entende-se por saúde o completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Saúde traz hoje para a população em geral a idéia de ausência de doenças e apenas isso. A saúde não é mais concebida apenas como fator de produtividade, mas como um direito do cidadão, entretanto somente com a publicação da Constituição Brasileira em 1988, que o direito à saúde passa a ser garantido com isso estabeleceu “*a saúde é direito de todos e dever do Estado*” que deve programar políticas econômicas e sociais que viabilizem esse direito por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; enumera “*participação da comunidade como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde*”. Por sua vez, constituições estaduais e leis orgânicas municipais têm estabelecido Conselhos que também objetivam garantir os legítimos direitos do cidadão, tratando de fiscalizar a atenção administrativa.

A secretaria de saúde tem que identificar, planejar e executar ações e estratégias de promoção e prevenção em saúde na atenção primária secundária e terciária, através de políticas de saúde pública em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

MODELO DE ATENÇÃO

Este modelo de atenção tem como objetivo fundamental na política municipal de saúde garantir a reorientação do modelo de atenção no Bairro Jardim Andrade/Pedreira nos próximos anos dar-se-á através do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, no lugar certo, de modo certo e com custo certo. Muito além do atendimento à demanda que deve ser realizado sempre com muito respeito e qualidade, o atendimento humanizado será norteado pelo “Acolhimento” em todos os projetos, programas e instâncias da Secretaria Municipal de Saúde.

Para Merhy (1997) “ *O acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas (acessibilidade universal). Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando com a resolução do seu problema. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária*”.

GESTÃO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

A Vigilância em Saúde tem como objetivo avançar na maneira de promover saúde, proporcionando maior qualidade de vida. São incluídas nessa abordagem as ações de controle sanitário de alimentos, o controle de risco ocupacional nos ambiente de trabalho, o controle de focos e fontes de doenças transmissíveis, fármaco vigilância e o monitoramento e redução de agravos de doenças.

A Assistência Coletiva se fará através da Vigilância à Saúde que terá seu trabalho reestruturado pela obtenção de informações sobre a situação sanitária, riscos e agravos à saúde, desencadeando ações de controle na busca constante de melhores condições de saúde da população.

A Vigilância à Saúde compreende os seguintes serviços: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Nutricional e de Alimentos; Vigilância à Imunobiológicos e Medicamentos; Vigilância à Saúde do Trabalhador; Vigilância às estabelecimentos de saúde e outros de uso coletivo; fiscalizar os estabelecimentos de baixa complexidade.

Principais causas de mortalidade

As principais causas de mortalidade do nosso Município são apresentadas da seguinte forma:

- ✓ Tumores (neoplasias)
- ✓ Cardiovasculares;
- ✓ Diabetes Mellitus.
- ✓ Sistema Osteomiarticular

Fonte portal(DATA SUS) tabmt/sim-2010

Entre os problemas priorizados pela nossa equipe durante a realização do diagnóstico situacional da área de saúde feito na ocasião da disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, se encontra a Hipertensão Arterial Sistêmica, por ser a segunda causa de morbidade em número de casos, com registro, na secretaria de saúde, de 616 portadores até julho de 2014. A terceira morbidade em número de casos é o Diabetes *Mellitus*, com 192 portadores registrados na Unidade de Saúde até julho de 2014.

Outro fator importante para priorizar este problema foi que a população desconhece esta doença como um problema de saúde existente no município dado pelo incremento de pacientes que vão a consulta com um incremento da incidência.

POPULAÇÃO CADASTRADA .

TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DO MUNICÍPIO:

Crescimento populacional ou variável e depende da taxa natalidade , como mortalidade e localidade não são população estática conta outra variedade que imigração, emigração como deu o crescimento populacional

NIVEL DE ALFABETIZAÇÃO;

Nro de familia estimadas	2.075
Nro de familia cadastradas	1.603
7 a 14 ANOS ESCOLA	316
15 anos e mais	2.570
Pessoas coberturas c p s	

O nível de alfabetização de nossa população atende a uma necessidade espreada para o município, contando que grande parte migram de outros estados em busca de trabalho, o que contudo educação não faz parate desta perspectiva.

Fonte Secretária de Saúde de Pedreira/SP

O programa saúde família em nosso bairro implantado no ano 2000 da qual da Atenção primário Saúde constituindo um desafio, já que pretendem construir um sistema de Saúde com uma reforçada APS que precisavam ser superados. Vários desafios da família è à Saúde uma entendida como a Estratégia reorientação operacionalizado de modelo de atenção. Implantação significa equipar multiprofissionais UBS. As quais São responsáveis pelo acompanhamento determinado cabendo um Número de família localizada em um salão onde as equipes definidos geográficas atuam com Ações de Prevenção Promoção, Recuperação, reabilitação de doenças, e Mais agravos com frequência, e Saúde na manutenção de saúde dessa comunidade.

A estratégia de Saúde da família segue os princípios do SUS e tem como objetivo implementar o modelo Assistencial proposto pelo SUS. Eficácia, a eficiência, a eficácia, equidade, continuidade, oportunidade, acessibilidade, aceitabilidade, otimidades, legitimidade.

Nosso Município esta coberto pelo Programa Saúde da Família, constituído por 8 Unidade Básicas de Saúde. Nossa Unidade esta constituída por 1 Enfermeira, 3 técnicas em enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde, 2 Médicos Generalistas, Odontologo, 1 Pediatra, 1 Ginecologista com atendimentos diários. Alem disso contamos com o apoio do Centro de Saúde, composto por médicos Especialistas, Psicólogos, Laboratórios, Vigilância Epidemiológica e Ambiental e 1 Hospital Municipal e Equipe de Ambulância.

Nossa Comunidade conta ainda com 5 Escolas Municipais e 1 Estadual, 2 creches para atender crianças de 6 meses a 5 anos, contamos ainda com o apoio de Grupos Religiosos. Trata se de um Bairro bem planejado quanto a iluminação publica, asfalto, abastecimento de água e tratamento de esgoto e telefonia, considerando que recebemos inúmeros moradores todos os dias migrados de outros estados o que nos ocasiona trabalho constante.

A saúde Bucal tem cobertura de aproximadamente 55%, com as consultas programadas e emergenciais e em casos de Cirurgias ou procedimentos mais complexos são encaminhados para a cidade de referencia mais próxima.

FONTE DE DADOS REGÃO DE SAUDE / Pedreira SP

JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por

acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos.

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce.

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) (2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das conseqüências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão.

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. Esses estudos de prevalência são importantes fontes de conhecimento da freqüência de agravos na população: servem, também, para a verificação de mudanças ocorridas após as intervenções. Nos últimos anos, observa-se o aumento do número de estudos transversais para estimar a prevalência da hipertensão arterial. Observa-se, entretanto, grande variabilidade na informação obtida, em função de vários fatores, entre os quais: a) desenhos de amostra diversos; b) distintos grupos populacionais (sexo, idade, renda, escolaridade, etc); c) abrangência geográfica do estudo (nacional, regional, urbano, rural); d) critérios de diagnóstico e rigor na mensuração da pressão arterial (PA); e) fonte e tipo de dados coletados; e f) análise dos dados. Essa variabilidade da informação, geralmente, inviabiliza a comparação dos estudos e sua utilização como ferramenta de decisão para a Saúde Pública.

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no País e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos. Este trabalho teve por objetivo revisar, de forma crítica, os estudos recentes de base populacional que estimaram a prevalência de hipertensão em adultos brasileiros.

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. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório². (figura 1). Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular.

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

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. 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%)^{7,9}. Estima-se que essas taxas devem estar superestimadas, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados. A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros^{7,9} com as obtidas em 44 estudos de 35 países⁸, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF)⁷, mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS.

A Classificação da HAS tem sido frequentemente revista e publicada em formatos diferentes nos últimos consensos nacionais e/ou internacionais. Exemplos disso são o VI JNC, VII JNC, 2007 ESH/ESC Guidelines, V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica, Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Tais nomenclaturas trazem visões diferentes e têm dificultado a uniformização da abordagem dessa patologia. Em função disso, a SMSA-BH decidiu adotar nesse protocolo, classificação semelhante à das V Diretrizes Brasileiras para Hipertensão, seguida de uma adaptação para a classificação de risco cardiovascular apropriada para utilização no Projeto Gestão Saúde em Rede BH.

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Fonte Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2007.

Classificação de Hipertensão Arterial Sistêmica

Classificação	PA Sistólica(mmHg)	PA Diastólica(mmHg)
----------------------	---------------------------	----------------------------

Ótima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	>=180	>=110

No Município de Pedreira, Bairro do Jardim Andrade, com numero de Famílias estimadas em 2.075 , Onde as principais patologias são Neoplasias e Doenças Crônicas, sendo a Hipertensão Arterial e Diabetes Melittos as de maior prevalência.

OBJETIVOS

Propor um plano de intervenção com vista a redução da incidência da Hipertensão arterial no município Pedreira

OBETIVOS ESPECIFICOS

Realizar atividades de promoção de saúde nos centros de trabalhos empresas e população em geral.

MÉTODO

Em nosso trabalho foi realizado um levantamento bibliográfico de publicações referentes a estudos de prevalência de hipertensão arterial em adulto de base populacional a partir de ano 2010 baseado o mesmo em nosso estudo realizado em o módulo de planejamento de trabalho fazendo uma identificação do município em geral . Utilizando as informações pertinentes aportadas atraves da própria comunidade dados aportados pelos agentes de saúde, dados de IBGE, lideres formais e informais de toda a comunidade .

Logo identificamos o equipe de saúde dos recursos criticos faziendo o análisis da viabilidad e plano operativo , para tratar o mismo ,luego identificamos os principais problemas da comunidad dando um orden de prioridad a os mismos ,com suas causas consecuencias objetivos e metas ação, detalhamento da ação responsable equipé de apoio , estableciendo un prazo para cada problema ,e o recurso financiero a utilizar . Posteriormente hache muito importante fazer outra reunião com equipé de saudé para reorientarle o aprendido sendo de muito boa aceptación por todos os integrantes .

Utilizamos as tecnicas educativas de promoção de saúde e de prevencao de saúde com toda a população em general 100 %, função de trabalho de os grupos operativos. Utilize referencias bibliograficas da sociedad brasileira de nefrologia, sociedad brasileira de cardiologia. Considerando de muita importancia o sistemas estipulado del sus em brasil onde todas as personas com estas doencas cronicas estan

sendo reorganizadas para lograr una mayor supervivencia modificando su modo e estilo de vida .com mudanças alimentarias atuando sobre o patrón de morbimorbilidade no brasil projeçõesde Organização das nações unidas (ont)(2002).'

Anexo:

Plano de ação

Descrição dos problemas priorizados

1ª. Prioridade: Aumento dos casos de HTA (INCIDENCIA)

Problema: Foi observado por ESF e Agentes Comunitários de Saúde , dado pelo aumento da demanda existente em consultas

CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Estresse, sedentarismo e ingestão em excesso gorduras.	Infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas diferentes.
Óleo em excesso Obesidades	ACV, doenças cardiovasculares retinopatias hipertensivas complicadas.
Ingesta em excesso de refrigerantes, bebidas alcoolicas, maus hábitos dietéticos, elevado consumo de sal em a dieta.	Tonturas, cefaléias, visão do candelillas Insuficiência renal aguda e crônica.

OBJETIVOS E METAS

Objetivo geral	Objetivos específicos	Metas.
Trabalhar em base para redução de a incidência dos casos do HTA.	Realização de atividades de promoção de saúde nos psf, centros de trabalhos, comunidades e população em general.	Fazer ações de promoção de saúde e informações sobre HTA em 100% das comunidades e centros do trabalho.

ACÇÃO: Fazer atividades promoção saúde em centros do trabalho e empresas , na população em general .

Detalhamento da ação; Realização de dinâmicas, exposição de vídeos, palestra sobre HTA , rodas de conversa sobre a enfermidade HTA .

Equipe de apoio: ACS, NASF.

PRAZO: Corto prazo (30) dias

RECURSOS FINANCIEROS: Profissionais, Equipamento, Audiovisuais

IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRITICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS OPERACIONES DEFINIDAS PARA O ENFRENTAMENTO DOS NOS CRÍTICOS DO PROBLEMA ALTA PREVALENCIA DE PERSOAS DIAGNOSTICADAS CON HIPERTENSAO ARTERIAL.

OPERAÇÃO /PROYECTO.

Saiba mais de Hipertensão Arterial.	POLÍTICO- conseguir o espaço de difusão por automóvel falantes . FINANCIERO- aquisição de folhetos educativos, recursos audiovisuais
Contribuímos com seu melhor cuidado	POLÍTICO- decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço .
Linha de cuidado	POLÍTICO – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais FINANCIEROS- recursos necessários para á estruturação do serviço

ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PLANO

PROPOSTA DE AÇÕES PARA A MOTIVAÇÃO DOS ATORES.

Operação/projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos. ATO QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	Ação estratégica
Saiba mais de Hipertensão Arterial	POLÍTICO. Conseguir espaço na divulgação local FINANCEIRO Para aquisição folhetos educativos e recursos áudio visual .	Secretário de saúde. Setor de comunicação social	Favorável. Indiferente	Apresentar projeto apoio das associações. Apresentar projeto apoio das associações
Contribuição com seu melhor cuidado. Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	POLÍTICO . Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. FINANCIERO. Recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio(medicamentos , exames especializadas)	Perfeito municipal Secretario de saúde. Fundo nacional de saúde.	Favorável Favorável	Apresentar projeto.
Linha de cuidado	POLÍTICO. ARTICULAÇÃO	Secretário municipal de	Favorável.	----- --.

	ENTRE OS SETORES ASSISTENCIAIS DA SAÚDE	saúde		
--	-----------------------------------------	-------	--	--

ELABORAÇÃO PLANO OPERATIVO

OPERAÇÕES	RESULTADOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
SAIBA MAIS DE HIPERTENSAO	População mais informada sobre a Hipertensão Arterial	Realização de palestras sobre Hipertensão em toda a população . Reprodução de material áudio visual de Hipertensão na sala de espera	Médico enfermeira ESF	Dois meses
Contribuímos com seu melhor cuidado .	Adequação da oferta de consulta á demanda	Definição os protocolos de atendimento de pacientes com suspeita de Hipertensão Arterial incrementar os exames de pesquisa de HTA	Médico enfermeira ESF.	CORTO PRAZO . DOIS MESES
Linea de cuidado	Coberturas de consultas na UBS e coordenação da avaliação por especialista do 100% de pctes com suspeita de HTA	Recursos humanos capacitados linha de cuidado para pacientes com suspeita de HTA	Médico . Médico , enfermeira (ESF)	

REFERÊNCIAS:

1. www.scielo.iec-pa.gov.br. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudo de base populacional.
2. Sociedade brasileira de cardiologia/sociedade brasileira de hipertensão/ sociedade brasileira de nefrologia. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. Arg bras cardiol 2010; 95 (1supl.1);1-51.
3. www.pbh.gov.br hipertensão arterial/arquivos
4. Santos MV, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DA, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. Rev Bras Clin Med. 2013;11(1):55-61.
5. Gomes TJ, Silva MV, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. Rev Bras Hipertens. 2010; 17(3):132-9.
6. Piccini R, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, Silva SM, Dilelio AS. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. Rev Saúde Pública. 2012; 46(3):543-50.
7. Pires CG, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(Sup 2):2257-67
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. 232 p.
9. . Santa Helena ET, Nemes MI, Eluf Neto J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. Saude

Soc São Paulo. 2010;19(3):614-26.

10. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. Rev Saúde Pública. 2012;46(3):543-50.