

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

Diana Margarita Chenard Serpa

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTO NA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA UBS SEVILHA B1 EM RIBEIRAO DAS NEVES/MG**

**LAGOA SANTA / MINAS GERAIS
2015**

DIANA MARGARITA CHENARD SERPA

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTO NA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA UBS SEVILHA B1 EM RIBEIRAO DAS NEVES/MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**LAGOA SANTA / MINAS GERAIS
2015**

DIANA MARGARITA CHENARD SERPA

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTO NA ADESÃO AO
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO NA UBS SEVILHA B1
EM RIBEIRAO DAS NEVES/MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof.

Aprovado em Belo Horizonte em ____/____/____

DEDICATORIA

À minha família, por toda a dedicação a minha educação e criação,
por acreditarem nos meus sonhos, incentivando-me a não desistir deles,
ficando sempre do meu lado e, principalmente por me amarem tanto!

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Lanner que tanto amo, e que me dá forças nos momentos difíceis, pelo amor, compreensão, pela dedicação e por ser uma pessoa da qual sinto muita falta.

Aos meus pais, Margarita e Rafael, pela educação que me deram, pelo exemplo de vida e honestidade, incentivo em todas as horas e acima de tudo pela amizade e amor em todos os momentos da minha vida, que me deram forças para atingir mais um objetivo em minha longa caminhada.

Aos meus irmãos Gisel, Rafael, Mauro e Jorge pelo amor e carinho e que sempre acreditaram no meu sucesso.

A meu amigo Ronny Souza, pela amizade, e ter-me apoiado nos momentos difíceis e felizes de mi vida, desde minha chegada a este país.

Aos colegas de meu equipe de saúde, em especial a Dirce, Cleider, Barbara, Vaudenilce, Karina, Faviana e Claudia, pessoas que tenho sempre no meu coração.

A meus colegas cubanos, pelo companheirismo, pela amizade, pessoas estas que me deram uma ajuda imprescindível e por quem tenho um grande carinho.

A meu orientador, Bruno Leonardo de Castro Sena, pela confiança depositada em mim, pelas grandiosas contribuições, as quais foram fundamentais para realização deste trabalho e certamente o engrandeceram.

"Sempre, aconteça o que acontecer, o médico, por estar tão próximo ao paciente, por conhecer tanto o mais profundo de sua psique, por ser a imagem daquele que se acerca da dor e a mitiga, tem uma tarefa muito importante, de muita responsabilidade".

Che Guevara

RESUMO

Dados da Organização Mundial de Saúde apontam a existência de 600 milhões de pessoas acometidas pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e cerca de 7,1 milhões de mortes anualmente, o que corresponde a 13% da mortalidade global. A HAS é a morbidade mais comum na população adulta e frequente nos serviços de emergência no Brasil. Estudos epidemiológicos sobre a hipertensão arterial são fundamentais para conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento e as condições que influenciam a dinâmica de risco e controle na comunidade. O seguinte trabalho tem como objetivo principal elaborar um plano de ação para sistematização do atendimento aos hipertensos na área da UBS SEVILHA B1 em Ribeirão das Neves/MG. Para identificar o problema de saúde foi realizado um diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida para levantar dados que transformados em informações nos permitiram uma melhoria da qualidade geral de vida da comunidade, um controle pressórico de pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, e, se possível diminuir encaminhamentos de pacientes hipertensos em caráter emergencial, etapas fundamentais no processo de planejamento que demandam muito trabalho da equipe de saúde com o atendimento brindado. A revisão bibliográfica incluiu descritores como “hipertensão”, “hipertensão arterial sistêmica”, “prevenção”, “estratégia de saúde da família”, “intervenção”, “educação em saúde”, incluindo sites de busca como o SciELO, Biblioteca Virtual da UFMG, das sociedades de Hipertensão e Cardiologia, portal do Ministério da Saúde, IBGE, notícias locais e nacionais sobre o assunto, o site da prefeitura local e informação pessoal dos Agentes de Saúde e enfermagem locais sobre o assunto. Selecionando sempre artigos publicados entre os anos de 1996 e 2015. O plano de ação seguiu o método Planejamento Estratégico Situacional. Concluiu-se que a abordagem da hipertensão deve envolver projetos que entendam a cultura local, tenham o alvo como sendo a comunidade e as famílias de risco para educação quanto a mudança de hábitos. Para isto é necessário a integração da equipe como um todo com possível articulação de diferentes estratégias, setores sociais e governamentais.

Descritores: Prevenção, Educação em saúde, Estratégia de Saúde da Família, Hipertensão Arterial Sistêmica, Intervenção.

ABSTRACT

World Health Organization data indicate the existence of 600 million people affected by systemic arterial hypertension (SH), and approximately 7,1 million deaths annually, which corresponds to 13% of global mortality. The SH is the most common disease in the adult population and frequent in emergency rooms need in Brazil. Epidemiological studies are important to determine the distribution, determinants and risk factors associated with hypertension and its control in the community. The following work has as the main objective to elaborate an action plan for systematization of attendance to hypertensive patients in the area of UBS SEVILLE B1 in Ribeirão of Neves/MG. To identify health problem we performed a situational diagnosis for rapid estimation method for lifting data that transformed into information have allowed us to an improvement in the general quality of community life, a control pressoric of patients with hypertension arterial systemic, and if possible reduce forwarding of hypertensive patients on an emergency basis, steps fundamental in the planning process requiring very health team work with the service offered. The bibliographical review included descriptors such as "hypertension", "hypertension prevention", "family health strategy", "early intervention", "health education". The search engines used where SciELO, the Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais (UFMG), articles of the Brazilian Societies of Hypertension and Cardiology, the Brazilian Ministry of Health website, the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) website, local and national news, the local council websites and personal information from our local health agents and nurses on the subject. Always by selecting articles published between 1996 and 2015. The action plan followed the method Situational Strategic Planning. The conclusion indicates that the approach for controlling hypertension and its risk factors must involve projects that understand the local culture; they must target the community and their families, especially the ones at risk. The emphasis must be education for a change of habits. There is need for an intersectorial approach integrating the health team, society and governmental sectors.

Keywords: Prevention, Education in health, Family Health Strategy, Systemic Arterial Hypertension, Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAPs	Centro de Atenção Psicologia
CAPsAD	Centro de Atenção Psicologia Adulto
DAC	Doença Arterial Coronariana
DIC	Doença Isquêmica do Coração
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Equipe de Saúde da Família
FPM	Fundo de participação municipal
FR	Fator(es) de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISSQN	Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAB	Piso de Atenção Básica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PC	Procedimentos Coletivos
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBRS	Unidade Básica de Referência de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Censo demográfico Ribeirao das Neves. 2010.....	17
Quadro 2: Principais atividades socioeconômicas.....	18
Quadro 3: Mapa de pobreza e desigualdade – 2003.....	18
Quadro 4: Saneamento Básico.....	19
Quadro 5: Fundo Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves – 2011...	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos.....	31
Tabela 2: Priorização dos problemas. UBS - SEVILHA B1 no município de Ribeirão das Neves/MG.....	41
Tabela 3: Desenho das operações para os nós críticos do plano aumento da prevalência de Hipertensão Arterial.....	44
Tabela 4: Recursos críticos para enfrentamento dos nos críticos do problema aumento da prevalência de Hipertensão Arterial.....	45
Tabela 5: Análise de viabilidade do plano.....	45
Tabela 6: Designação de responsáveis pelos projetos.....	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Situação das escolas pelo IDEB 2011.....	19
Figura 2: PSF Sevilha BI localizado no bairro Sevilha B1 e equipe de Trabalho.....	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Histórico e descrição do município	15
2 JUSTIFICATIVA	24
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo Geral	26
3.1 Objetivos Específicos.....	26
4 METODOLOGIA	27
5 REVISÃO DE LITERATURA	28
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....	28
5.2 Classificação dos Valores da Pressão Arterial	30
5.3 Sintomas da Hipertensão Arterial	33
5.4 Fatores de Risco para HAS.....	35
5.5 Formas de diagnósticos da Hipertensão Arterial.....	36
5.6 Tipos de Tratamento	38
6 PLANO DE AÇÃO	41
6.1 Problemas Identificados.....	41
6.2 Priorizações dos problemas.....	41
6.3 Descrição do problema	42
6.4 Explicações do Problema.....	43
6.5 Seleções dos Nós Críticos	43
6.6 Desenho das Operações.....	44
6.7 Identificação dos recursos críticos.....	45
6.8 Análise de viabilidade do plano	45
6.9 Elaboração do Plano Operativo.....	46
7 COSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), principal fator de risco de morte entre as doenças não transmissíveis, mostra relação direta e positiva com risco cardiovascular, entretanto, apesar dos progressos na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e controle, ainda é um importante problema de saúde pública (ROSÁRIO *et al.*, 2009).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. Algumas cidades do Brasil mostram prevalência de Hipertensão Arterial (HÁ) (>140/90mmHg) de 22,3% a 43,9%. A HA e as doenças relacionadas a pressão arterial são responsáveis por alta frequência de internações.

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 (AZEVEDO *et al.*, 2006).

Mudanças no estilo de vida têm ocorrido de acordo com as preferências sociais ao longo da evolução do ser humano. As características da população mudam de igual forma. Neste sentido, nos últimos dois séculos, houve um fenômeno que a literatura denomina de transição epidemiológica, em que doenças crônicas não transmissíveis ganharam enfoque, enquanto doenças de cunho infeccioso e parasitário deixam de ser o principal agente de morbimortalidade. As doenças crônicas não transmissíveis são aquelas de etiologia múltipla, que possuem curso prolongado, advindas com morbidades muitas vezes de longo tempo assintomáticas, e, principalmente, com fatores de risco modificáveis em sua gênese (REUTER *et al.*, 2012).

O modelo pautado na integralidade do cuidado considera territorialidade, vínculo, continuidade da assistência, planejamento local e promoção da saúde como

pressupostos para o trabalho em nível local (FERREIRA *et al.*, 2011). Este é o princípio que garante a abordagem do indivíduo como sujeito de um processo dinâmico, porém considerado como parte da comunidade e do ambiente onde vive formando um conjunto ao qual são direcionadas as ações de saúde.

Este trabalho visa atualizar conhecimentos técnicos sobre HAS (de acordo com dados mais recentes da literatura), sugerir estratégias de conduta conforme recursos locais (com práticas economicamente sustentáveis para o SUS), e ampliar a capacidade da Atenção Básica para a Abordagem Integral. Foi realizado em Ribeirão das Neves um município que faz parte da grande Belo Horizonte fica a cerca de 26 km da capital do estado. A população é de 315.819 habitantes segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2014 que ocupam uma área de 155, 541 km² com uma densidade populacional de 1.905,07/km².

Estudos apontam que a hipertensão arterial (HA) acomete em torno de 22% da população brasileira acima de 20 anos, podendo ser responsabilizada por 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de IAM. A HAS tem gerado grande impacto na morbimortalidade brasileira e mundial. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam a existência de 600 milhões de pessoas acometidas pela HAS, e cerca de 7,1 milhões de mortes anualmente, o que corresponde a 13% da mortalidade global (DIAS *et al.*, 2014).

1.1 Histórico e descrição do município

O nascer do município de Ribeirão das Neves remonta ao século XVIII, quando ainda o governo português distribuía sesmarias com o intuito de encontrar mais riquezas no solo brasileiro. O povoamento iniciou-se em 1745, quando o mestre de campo Jacinto Vieira da Costa, recebeu do então governador Gomes Freire de Andrade uma carta de sesmaria na “Mata do Bento Pires”, Comarca da Casa Alta. No ano de 1747, fez a doação de um terreno para a construção da Capela de Nossa Senhora das Neves (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2013).

Em 1752, recebeu uma Segunda carta regularizando mais três sítios. Mais tarde, em 1760, dois dias antes de sua morte, vendeu suas terras para seu filho Antônio Vieira da Costa, que solteiro, faleceu em 1797, sem deixar testamento. Seus bens foram levados a leilão e arrematados pelo Capitão José Luiz de Andrade, arcebispo de Praga, Portugal, morador da Vila de Sabará.

O novo proprietário possuía dois filhos: o guarda-mor Joaquim José de Andrade e Padre José Maria de Andrade, que, em 1818, passa a ser o curador da Capela de Nossa Senhora das Neves. Homem muito inteligente, pois fora Delegado de Instrução e Juiz de Paz em Venda Nova, deixou grande contribuição para o desenvolvimento da localidade, sendo considerado o fundador do município.

Após sua morte, em 06 de dezembro de 1875, Neves, como era chamada, passou por um período de estagnação, só tendo sobrevivido graças às famílias pioneiras e tradicionais como Nogueira, Andrade, Cerqueira, Avelar, Guimarães e Alves em Neves; Carvalho, Costa, Rocha, Menezes, Gomes, Lages e Matos no distrito de Justinópolis e Areias; e os imigrantes italianos Saponi, Guadanini, Loffi, Labanca e Catizani.

Em 30 de agosto de 1911, com a elevação do distrito de Contagem, a Vila Neves passou a integrá-lo, como povoado do distrito de Vera Cruz. A partir de 1923, o povoado foi elevado a distrito, permanecendo no Município de Contagem até 1938, quando foi transferido para o Município de Betim. A 27 de março de 1924, um ofício da Penitenciária da antiga Câmara de Contagem, informava ao Secretário da Agricultura que duas fazendas do Município, a de Neves e a de Mato Grosso, se prestavam admiravelmente para a instalação de uma Colônia Penal Agrícola (RIBERÃO DAS NEVES, 2009).

Em 1938 é inaugurada a Penitenciária Agrícola de Neves, que projetou o município internacionalmente, sendo inclusive considerada como sistema carcerário modelo na América Latina. Em 1943 Neves passa a pertencer ao Município de Pedro Leopoldo, recebendo sua atual denominação. Sua emancipação data de 12 de dezembro de 1953, através do Decreto Lei 1039, tendo como distrito Justinópolis, antigo Campanha, e subdistrito Areias (RIBERÃO DAS NEVES, 2009).

A localidade de Campanha pertencia inicialmente ao distrito de Venda Nova do Vilarinho e em 1911, com a criação do Município de Contagem, passa a constituir um dos três distritos deste Município. Sua elevação a distrito deveu-se ao esforço de Antônio Justino da Rocha, político do partido Republicano. No recenseamento de 1920, a sede do distrito contava com 46 prédios e 264 habitantes. No distrito como um todo, que incluía a localidade de Areias, foram recenseados 238 prédios e 1361 moradores. Em 1938, Campanha passou a fazer parte do Município de Betim, e em 1943, foi incorporado ao Município de Pedro Leopoldo. Criado o Município de

Ribeirão das Neves em 1953, Campanha passa a integrá-lo com o nome de Justinópolis.

Até o final da década de 30, Ribeirão das Neves produzia em grande quantidade, a cana de açúcar, a mandioca e o milho. Na década de 40, chegam os imigrantes japoneses que, com sua cultura milenar, contribuiram com novas técnicas e a diversificação no cultivo de hortaliças. O município tornou-se o Cinturão Verde e abastecia a Grande BH. Das 260 propriedades produtivas cadastradas em 1979, apenas 30% ainda estão em cultivo.

O quadro 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2013.

Quadro 1: Censo demográfico Ribeirão das Neves - 2010.

Homens de menos de 1 ano de idade	2.295	Mulheres de menos de 1 ano de idade	2.201
Homens de 1 a 4 anos de idade	9.143	Mulheres de 1 a 4 anos de idade	8.888
Homens de 5 a 9 anos de idade	12.701	Mulheres de 5 a 9 anos de idade	12.407
Homens de 10 a 14 anos de idade	14.610	Mulheres de 10 a 14 anos de idade	14.411
Homens de 15 a 19 anos de idade	13.729	Mulheres de 15 a 19 anos de idade	13.647
Homens de 20 a 24 anos de idade	14.714	Mulheres de 20 a 24 anos de idade	13.689
Homens de 25 a 29 anos de idade	14.611	Mulheres de 25 a 29 anos de idade	14.088
Homens de 30 a 34 anos de idade	14.007	Mulheres de 30 a 34 anos de idade	13.744
Homens de 35 a 39 anos de idade	11.344	Mulheres de 35 a 39 anos de idade	11.386
Homens de 40 a 44 anos de idade	9.565	Mulheres de 40 a 44 anos de idade	10.166
Homens de 45 a 49 anos de idade	7.988	Mulheres de 45 a 49 anos de idade	9.071
Homens de 50 a 54 anos de idade	7.317	Mulheres de 50 a 54 anos de idade	7.840
Homens de 55 a 59 anos de idade	5.612	Mulheres de 55 a 59 anos de idade	6.118
Homens de 60 a 64 anos de idade	3.634	Mulheres de 60 a 64 anos de idade	4.166
Homens de 65 a 69 anos de idade	2.494	Mulheres de 65 a 69 anos de idade	2.749
Homens de 70 a 74 anos de idade	1.501	Mulheres de 70 a 74 anos de idade	2.015
Homens de 75 a 79 anos de idade	933	Mulheres de 75 a 79 anos de idade	1.343
Homens de 80 a 84 anos de idade	499	Mulheres de 80 a 84 anos de idade	795
Homens de 85 a 89 anos de idade	195	Mulheres de 85 a 89 anos de idade	391
Homens de 90 a 94 anos de idade	70	Mulheres de 90 a 94 anos de idade	160
Homens de 95 a 99 anos de idade	17	Mulheres de 95 a 99 anos de idade	42
Homens de 100 anos ou mais de idade	3	Mulheres de 100 anos ou mais de idade	18

Fonte: IBGE (2014).

As principais atividades socioeconômicas de Ribeirão das Neves são mostradas no quadro 2.

Quadro 2: Principais atividades socioeconômicas.

População Ocupada por Setores Econômicos - 2007	
Agropecuário, extração vegetal e pesca	
Industrial	
Comércio de Mercadorias	
Serviços	
TOTAL	

Fonte: IBGE (2014)

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de participação municipal (FPM);
- Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN);
- PAB Fixo (Piso de Atenção Básica);
- Programa Saúde da Família (PSF);
- Epidemiologia Controle de Doenças;
- Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Além desses recursos financeiros, a Prefeitura ainda arrecada 50% do IPVA anual.

O IDH médio de Ribeirão das Neves para o ano de 2010 foi de 0,684. (Fonte: médio PNUD/2010). No quadro 3 apresentamos o Mapa de pobreza e desigualdade ano 2003.

Quadro 3: Mapa de pobreza e desigualdade - 2003

Incidência da Pobreza	23,2%
Limite inferior da Incidência de Pobreza	13,66%
Limite superior da Incidência de Pobreza	32,74%
Incidência da Pobreza Subjetiva	16,86%
Limite inferior da Incidência da Pobreza Subjetiva	14,56%
Limite superior Incidência da Pobreza subjetiva	19,15%
Índice de Gini	0,33
Limite inferior do Índice de Gini	0,31
Limite superior do Índice de Gini	0,35

Fonte: IBGE (2003).

NOTA: A estimativa do consumo para a geração destes indicadores foi obtida utilizando o método da estimativa de pequenas áreas dos autores Elbers, Lanjouw e Lanjouw (2002).

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Sevilha BI é boa, conta-se com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. Vale lembrar que a área de abrangência é urbana. Tem famílias em situações precárias de moradia. O quadro 4 sintetiza as informações sobre a situação do saneamento básico no município:

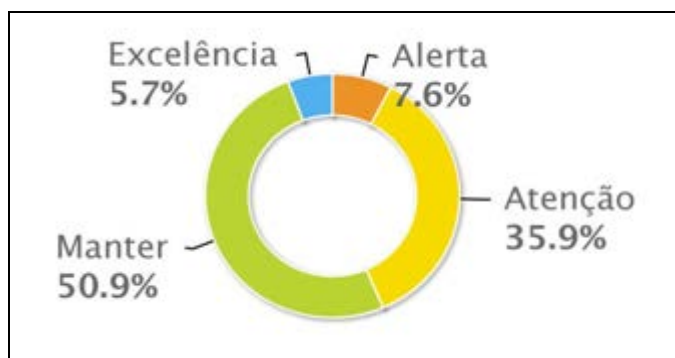
Quadro 4: Saneamento Básico

Ribeirão das Neves	Abastecimento água – rede pública	Lixo - coletado	Tratamento água clorada	Água sem tratamento
Domicílios	46717	44737	988	1431

Fonte: IBGE (2012).

A situação do IDEB do município de Ribeirão das Neves pode ser visto na figura 1.

Figura 1: Situação das escolas pelo Ideb (2011).



Fonte: Portal Ideb – QEdU (2014).

Cerca de 86% da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com 56 Equipes de Saúde da Família - ESF, sendo um deles localizado no bairro Sevilha B, com uma equipe de 14 pessoas, sendo parte efetiva e parte contratada.

A região correspondente a área de abrangência da Equipe de Saúde da Família, tem relevo acidentado com a maioria das ruas pavimentadas. A unidade de saúde foi implantada em 1986 é uma sede própria e funciona de segunda a sexta de 8 horas a 17 horas.

A ESF está situada no bairro Sevilha B1, Ribeirão das Neves/MG. O prédio próprio tem área adequada e um bom espaço físico ver figura 2. Existe sala para reuniões, recepção com sala de espera, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, sala para atendimento odontológico, sala pré-consulta,

sala de vacina, almoxarifado, farmácia, sala para coleta de exames laboratoriais, sala de expurgo e de esterilização e cozinha. Além da estrutura física, também está muito bem equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe composta de:

- 01 enfermeiro
- 01 médico
- 01 dentista
- 01 psiquita (matriciamento)
- equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta de psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e farmacêutica.
- 03 Técnicas de enfermagem
- 01 Técnica de Saúde Bucal
- 01 Auxiliar saúde bucal
- 05 Agentes comunitárias de saúde
- 01 Auxiliar de limpeza

Nossa equipe é responsável pelo acompanhamento de determinado numero de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. A equipe atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A abordagem familiar deve ser empregada em famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Essas situações permitem que a equipe estabeleça, de forma natural, um vínculo com o usuário e sua família, facilitando a aceitação da investigação e da intervenção, por tanto se faz necessário:

- Definir e caracterizar a comunidade;
- Identificar os problemas de saúde da comunidade;
- Modificar programas para abordar esses problemas;
- Monitorar a efetividade das modificações do programa.

No Brasil, os agentes comunitarios de saúde reforçam a orientação comunitária e possibilitam as equipes de saude e as respectivas comunidades.

Figura 2: PSF Sevilha BI localizado no bairro Sevilha B1 e equipe de Trabalho.



Fonte: Autoria Própria (2015).

Na unidade de saúde é realizado atendimento consulta agendadas e demanda espontânea. Sala de vacina com todas a vacinas disponibilizadas pelo calendário vacinal e realização de teste do pezinho. Há também coletas de exames citopatológicos. Também é realizado grupos operativos para orientações as gestantes, hipertensos, diabéticos, etc. A farmácia disponibiliza os principais medicamentos da farmácia popular. Sala de coleta de exames laboratoriais atende a unidade e outras 8 ESFs da região I. Consultório dentista oferece procedimentos Coletivos (PC), consulta odontológica, aplicação terapêutica intensiva com Flúor – por sessão, controle de placa bacteriana, entre outros.

Capacitações e treinamentos são oferecidas aos funcionárias na unidade ou no auditório da secretaria municipal de saúde.

O Fundo Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves – 2011 se mostra no quadro 5.

Quadro 5: Fundo Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves (2011).

Ação Governamental	Linguagem Cidadã	Total no Ano (R\$)
8585-Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade	TETO MAC	16.793.380,89
8577-Piso de Atenção Básica Fixo	PAB Fixo	7.129.959,85
20AD-Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família	PAB Variável - PSF	6.864.869,00
20AL-Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios Certificados para a Vigilância em Saúde	Vigilância em Saúde	2.338.090,58
20AE-Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde	FARMÁCIA BÁSICA	2.078.376,72
20AB-Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária	Vigilância Sanitária	187.307,76
8415-Manutenção e Funcionamento das Farmácias Populares	Manutenção de Farmácias	120.000,00
20AC-Incentivo Financeiro a Estados, Distrito Federal e Municípios para Ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis	HIV AIDS	110.075,25
8934-Atenção Especializada em Saúde Bucal	CEO	85.800,00
8735-Alimentação e Nutrição para a Saúde	PAN	35.000,00
20EV-Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas		27.000,00
20EV-Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas		23.000,00
8719-Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos	Vigilância Sanitária	11.098,62
20B0-Atenção Especializada em Saúde Mental	MENTAL	9.000,00
8631-Modernização e Qualificação do Trabalho no SUS	Modernização e Qualificação	5.000,00

Fonte: BRASIL (2014).

No município existe 01 hospital, 01 centro de especialidades, 01 Centro de assistência integral a saúde da mulher, 05 UBRS, CAPS infantil, CAPS AD, NASF, clínicas privadas, laboratório particular onde são realizados os exames através de convênio com a prefeitura e 01 laboratório municipal.

A partir dos dados do SIAB de janeiro de 2014, o município possui 16157 portadores de hipertensão arterial, 4170 diabéticos cadastrados. Cobertura de vacinação: a cobertura vacinal da população de menores de 1 ano de idade foi de 96,9%.

A hipertensão arterial sistêmica é considerada uma doença crônica, com muita frequência assintomática, que evoluiu para complicações cardiovasculares, renais e neurológicas, de causa multifatorial e muito frequente na população idosa com alto índice de mortalidade se não controlada (MINAS GERAIS, 2006).

A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular encefálico (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006). A doença cerebrovascular, cujo fator de risco principal é a hipertensão arterial, teve redução anual das taxas ajustadas por idade de 1,5% para homens e 1,6% para mulheres. No entanto, a pesar do declínio, a mortalidade no Brasil ainda é elevada em

comparação a outros países, tanto para doenças cerebrovasculares como para doença do coração. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Através de informações dos agentes comunitários e do atendimento em consultas e visitas domiciliares conhecemos um número alto de pacientes hipertensos. Através do acompanhamento de cada paciente detectou-se um baixo nível de informação sobre a doença e péssimos hábitos e estilos de vida, o que impedia que o paciente evoluísse de forma satisfatória.

Para isso elaboramos um Projeto de Intervenção/Plano de Ação para diminuir o índice de prevalência de hipertensão com ajuda de medidas de prevenção e promoção da saúde, modificando hábitos e estilos de vida e aumentando o nível de informação para que o paciente conheça sua doença e tenha percepção de risco e da gravidade do problema. Para o melhor atendimento ao paciente hipertenso é imprescindível a capacitação da equipe, supervisionar o tratamento e dar continuidade no atendimento tanto em consultas como em visitas domiciliares, incorporando a família nesta atividade. Devem ser metas dos profissionais de saúde a identificação precoce e abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HA, principalmente na população de alto risco. Entre as medidas preventivas destacam-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividades físicas e abandono do tabagismo.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre os idosos na comunidade, pelo grande número de idosos com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências. No bairro Sevilha B1, Ribeirão das Neves/MG, 18% dos óbitos foram devido a doenças do aparelho circulatório (SIAB), julho 2015, a qual leva a complicações cardiovasculares, neurológicas e renais.

De acordo a SBC (2010) a HAS é considerada um grave problema de saúde 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 mais de 70 anos. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

A HAS ocupa um lugar importante no contexto da transição epidemiológica, segundo Machado (2007), uma vez que consiste em um problema grave de saúde pública, que tem resultado em uma predominância dos agravos crônicos não transmissíveis e como principal causa de morbimortalidade na população, causando grande impacto social e econômico, devido ao número de óbitos na população adulta na fase produtiva. Esta é uma situação que se estabeleceu tanto no mundo, como no Brasil.

Entre as doenças cardiovasculares ela aparece como a mais frequente delas. No Brasil, a sua incidência passou de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010, sendo o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares, com destaque para o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), as duas maiores causas isoladas de mortes no país (LOPES, 2013, p. 15).

Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acesso a medicamentos. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e

uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de PA (BRASIL, 2006).

Fundamentando a questão, Pierin (2004) ressalta que o controle da Hipertensão Arterial apresenta índices que são ainda divergentes entre estudiosos, nas diferentes realidades mundiais como nos Estados Unidos onde o índice é de 29%, na Alemanha de 22%, na Austrália de 19%, na Escócia de 17%, no Canadá 16% e na Inglaterra 16%.

Segundo Mion (2003), os índices de controle da doença nos Estados Unidos e Alemanha correspondem a 27%, na França 24%, na Espanha 20%, na Escócia 17%, na Índia 16%, na Inglaterra 16% e, no Brasil, esses índices não são publicados, mas destaca-se que são baixos, necessitando serem revertidos.

As dificuldades de controle da Hipertensão Arterial, na concepção de estudiosos, estão relacionadas às características da doença, como o caráter assintomático, a evolução lenta, a cronicidade, que fazem com que a Hipertensão Arterial não seja considerada doença ou algo que precise ser cuidado. Assim, os portadores não sentem necessidade de modificar os hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença (VIERA, 1999).

Justifica-se, portanto a realização deste trabalho, porque se faz urgente para os profissionais de saúde da família, que lidam diretamente com esta clientela, compreender melhor os riscos que estes estão correndo, no intuito de realizar um trabalho mais efetivo de esclarecimento, promoção e prevenção. Além disso, trata-se de uma forma de colocar em prática um modelo de saúde direcionado aos objetivos do PSF: um trabalho multi e interprofissional, centrado na família e nas comunidades, centrada no usuário em detrimento do procedimento (COSTA *et al.*, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para sistematização do atendimento aos hipertensos na área da UBS - SEVILHA B1 no município de Ribeirão das Neves/MG.

3.1 Objetivos Específicos

- Identificar e elaborar propostas para os fatores de risco da HAS determinantes do número de pacientes de nossa área de abrangência;
- Analisar a situação, extensão do problema existente e as consequências dos portadores de Hipertensão Arterial da UBS;
- Aumentar o nível de Informação da população sobre os riscos da HAS;
- Organizar a estrutura do serviço para melhorar o atendimento de hipertensos e busca ativa dos mesmos;
- Elaborar e executar um conjunto de ações a serem desenvolvidas em conjunto com a comunidade do Bairro SEVILHA B1 de forma a controlar e prevenir a HAS.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração desse trabalho científico foi feito em três fases: o diagnóstico situacional em saúde, revisão da literatura e elaboração do plano de ação. O diagnóstico situacional (através do método da estimativa rápida) permitiu conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados por essa UBS, o que nos permite obter informação sobre os problemas e de os recursos potenciais para o planejamento das ações de enfrentamento, num curto período de tempo e sem gastos econômicos e motivando da população na identificação de suas necessidades e problemas. Serão planejadas intervenções que garantam melhoria no atendimento de pacientes com HA.

A revisão literária incluiu descritores tais como “hipertensão”, “hipertensão arterial sistêmica”, “prevenção”, “estratégia de saúde da família”, “intervenção”, “educação em saúde”. E como sites de busca (base de dados) foram usados o SciELO, o Google Acadêmico, a Biblioteca Virtual da UFMG, das sociedades de Hipertensão e Cardiologia, portal do Ministério da Saúde, IBGE, notícias locais e nacionais, site da prefeitura local e informação pessoal dos Agentes de Saúde locais sobre o assunto. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre os anos 1996 e 2015.

O plano de ação proposto foi feito pelo método denominado Planejamento Estratégico situacional (PES), buscando identificar os vetores de descrição do problema (VDP), a partir dos quais podem ser identificados os nós críticos e as formas de atuação sobre os mesmos. Como este é um método que envolve a população, os diversos setores sociais e autoridades municipais, buscando a identificação das necessidades e problemas que atingem a comunidade, facilitando o trabalho intersetorial e apoiando o processo de planejamento participativo, é o que melhor se adequa a este tipo de ação (CORREIA *et al.*, 2007).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado 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 (LÜDERS, 2008).

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 (WILLIAMS, 2010).

Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). 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.

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, 2009).

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; PEREIRA *et al.*, 2009).

Segundo Oliveira e Nogueira (2010) a HAS pode ser definida como a elevação crônica da hipertensão arterial sistólica (PAS) ou pressão arterial diastólica (PDA). De acordo com a Linha Guia de Hipertensão Arterial (MINAS GERAIS, 2013), a HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da PA, frequentemente associada a alterações de órgãos-alvos e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares.

Segundo Flack *et al.* (2002) a HAS apresenta grande mobilidade, sendo os tratamentos muitos caros para a economia do País. De acordo com Neal *et al.* (2000), se os pacientes controlam a pressão de forma adequada se reduz os índices de mortalidade e mobilidade, além dos custos da doença.

Para Mion *et al.* (2002) o enfoque e controle da Hipertensão Arterial e da Diabetes está relacionada com a adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, junto com mudanças no estilo de vida estimuladas através da promoção de saúde.

Um estudo epidemiológico multicêntrico de grande importância é o INTERSALT realizado na década de 1980, onde se pesquisou a relação entre a ingestão de sódio e potássio com a pressão arterial. Os dados foram coletados de 52 populações diferentes com mais de 10.000 indivíduos de 32 países e os resultados mostraram que o aumento da pressão arterial e da sua prevalência com o avançar da idade é devido ao excesso de sal na dieta e orientações para mudanças de hábitos de vida são importantes para o tratamento da HA (OLMOS; BENSENOR, 2001).

Outro fator de risco importante que contribui para o aumento da pressão arterial é o excesso de peso (sobrepeso e obesidade), sendo detectada através da avaliação do estado nutricional (SAMPAIO, 2004).

O sedentarismo é um fator de risco bastante visível, é muito importante promover ações visando resolver este problema. Nesse sentido, podem-se incluir os benefícios das atividades físicas como melhoria da qualidade de vida. Segundo Rego (1990), as pessoas que deixam de ser sedentários, fazendo atividade física, conseguem retardar em até 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares.

O estudo de Melo Neto (2006) apresenta a HA como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares conforme apontam os estudos de (DUNCAN *et al.*, 1993 *apud* MELO NETO, 2006) e que pode ocorrer associada a outros fatores de risco que são independentemente associados a doenças cardiovasculares como os fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e clínicos.

De acordo com o documento "Plano de Reorganização de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus", elaborado pelo Ministério de Saúde, a hipertensão arterial e a diabetes mellitus representa dois principais fatores de risco de das doenças cardiovasculares (principal causa de risco de mortalidade na população brasileira), contribuindo decisivamente para agravamento deste cenário, em nível nacional (BRASIL, 2002).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (CAB), dedicado a Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde - MS, em 2006, a Hipertensão Arterial Sistêmica vem a ser:

(...)um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos dois mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doenças arterial coronária e, em combinação com a diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006, p. 09).

Algumas mudanças nos hábitos de vida como diminuir a quantidade de sal na preparação dos alimentos, evitar o saleiro á mesa, redução o consumo de alimentos industrializados como: enlatados, conservas, frios, embutidos, temperos, molhos prontos e salgadinhos, incluir frutas, verduras e cereais integrais na dieta diária, consumir alimentos com teor de gorduras reduzidos, moderar o consumo de álcool e cigarro e praticar exercícios físicos podem prevenir ou reduzir a evolução da pressão arterial (SILVA; ZAITUNE, 2006).

5.2 Classificação dos Valores da Pressão Arterial

O Documento intitulado "VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial" em associação com especialistas de outras áreas da saúde, se apresenta na tabela 1 a seguinte classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Tabela 1: Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão Sistólica(mmHg)	Pressão Diastólica
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	> o = 180	> o =110
Hipertensão Sistólica isolada	> o = 140	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. A medição da PA deve ser realizada em todas as consultas pelos médicos de qualquer especialidade e demais profissionais de saúdes quando avaliam os pacientes em seu proceder Profissional no dia a dia (DUARTE, 2014).

No rastreamento da Hipertensão Arterial o escore da Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio de pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular, este baseado em a idade, diabetes, tabagismo, pressão arterial sistólica tratada e não tratada, colesterol total e HDL, propiciam a estimativa do risco cardiovascular em 10 anos (BRASIL, 2010).

- **Baixo risco:** quando existir menos de 10% de chance de evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com pressão arterial limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.
- **Risco intermediário:** quando existir de 10 a 20% de chance de evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos poderá ser semestral após orientá-los sobre estilo de vida saudável e encaminhá-lo para ações coletivas de educação em saúde.

- **Alto risco:** quando existir mais de 20% de chance de evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como infartos, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatias e nefropatias. O seguimento poderá ser trimestral após orientá-los sobre estilo de vida saudável e encaminhá-lo para ações coletivas em saúde.

Para o tratamento da HAS podem ser adotadas medidas não farmacológicas, como mudanças de estilo de vida, a traves de ações de prevenção, além de potencializar o tratamento farmacológico. Porém, dependendo do nível de hipertensão do paciente, medidas farmacológicas podem ser necessárias. Destacando que em pacientes hipertensos sem fatores de risco ou baixo risco cardiovascular o controle da hipertensão pode ser efetivo só com tratamento não medicamentoso, os demais pacientes devem realizar tratamento combinado para lograr o controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tratamento não farmacológico tem como objetivo diminuir os fatores de risco para doença cardiovascular e reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de educação em saúde no qual o paciente é estimulado a adotar medidas que favoreçam a adesão às recomendações, As medidas sugeridas terão impacto no seu estilo de vida e sua implementação depende diretamente da compressão do problema e da motivação em aplicá-la, Os profissionais da saúde, ao aconselharem modificações de hábitos, devem apresentar ao paciente as diferentes medidas e possibilidades de implementá-las para ele possa adaptá-las á sua situação socioeconômica e á sua cultura, obtendo, dessa forma, maior adesão ao tratamento. Ressalta-se a importância de uma abordagem multe ou interdisciplinar e o envolvimento das famílias do hipertenso nas metas a serem atingidas (JARDIM, 1996).

De acordo com Baster-Brooks (2005) a equipe de saúde deve sugerir atividades de natação, caminhadas, dança, ciclismo e corridas com uma frequência de 3-5 vezes por semana de acordo a cada paciente, sendo uma de as ações mais importantes no tratamento não farmacológico.

Em Cuba os últimos 16 anos também houve mudança da prevalência com um aumento do diagnostico, do acompanhamento e do controle da HA. Segundo Ordonez-Garcia (2006) esse pais apresenta uma prevalência de Hipertensão Arterial de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma

regular e 40% tem a Hipertensão controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular nas redes de Atenção Básica, o controle da Hipertensão Arterial sobe para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres (estas tem menores proporções de diagnósticos e controle), mas não houve diferença em relação à etnia e à escolaridade (ORDUNEZ-GARCIA *et al.*, 2006).

É muito importante o diálogo com os pacientes hipertensos com a finalidade de levantar o grau de conhecimento que eles tem sobre sua doença, além de motivar a adoção de estilos saudáveis de vida.

De acordo com o CAB, organizado pelo Ministério de Saúde, em 2006, dedicado a hipertensão arterial sistêmica, os profissionais de saúde tem importância primordial nas estratégias de controle dessas enfermidades, tanto na definição do diagnóstico clínico quanto na conduta terapêutica e também nos esforços requeridos para informar e educar os pacientes de hipertensão arterial.

Em relação a eliminação de fatores de risco, o documento "Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus", elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2001, acredita que essa é uma tarefa de competência da equipe de Saúde na prevenção da Hipertensão Arterial e suas complicações. O tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o consumo de sal, e de bebidas alcoólicas devem ser controlados e o estímulo a uma alimentação saudável deve ser feito.

A Literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais de Atenção Básica possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em hipertensão arterial são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada para essa patologia. Por tanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esse problema.

5.3 Sintomas da Hipertensão Arterial

Um dos grandes problemas da HAS é o fato desta ser assintomática até fases muito avançadas da doença. Não existe um sintoma típico que possa servir de alarme para estimular a procura por um médico. Achar que é possível adivinhar se a PA está alta ou normal baseado na presença ou na ausência de sintomas, como dor de cabeça, cansaço, dor no pescoço, dor nos olhos, sensação de peso nas pernas

ou palpitações, etc., é um erro muito comum. Um indivíduo que não costuma medir sua PA simplesmente porque não tem nenhum sintoma, pode muito bem ser hipertenso e não saber. Por outro lado, se o paciente é sabidamente hipertenso, mas também não mede a PA periodicamente, pode ter a falsa impressão de tê-la controlada (PINHEIRO, 2009).

Não existe nenhuma maneira de avaliar a PA sem que se faça a aferição da mesma através de um aparelho específico, chamado esfigmomanômetro, conhecido popularmente como “aparelho de pressão”. O fato de algumas pessoas terem dor de cabeça ou mal estar quando apresentam pressões arteriais muito elevadas não significa que estes sintomas sirvam de parâmetro. Estas mesmas pessoas podem ter picos de hipertensão assintomáticos e não se darem conta disso. É bom salientar que a dor aumenta a PA, sendo difícil saber nestes casos se a pressão subiu pela dor de cabeça ou a dor de cabeça surgiu pela pressão alta (PINHEIRO, 2009).

Na maioria dos indivíduos a PA não causa sintomas, apesar da coincidência do surgimento de determinados sintomas que muitos, de maneira equivocada, consideram associados à doença, como por exemplo, dores de cabeça, sangramento pelo nariz, tontura, rubor facial e cansaço. Quando um indivíduo apresenta uma HA grave ou prolongada e não tratada, apresenta dores de cabeça, vômito, dispnéia ou falta de ar, agitação e visão borrada decorrência de lesões que afetam o cérebro, os olhos, o coração e os rins (SBH, 2013).

Sendo assim em mais de 90% dos casos, a hipertensão arterial é uma doença silenciosa, que pode estar presente durante anos sem provocar nem sequer um sintoma. Quando os sintomas ocorrem, geralmente estão relacionadas a crises hipertensivas, com aumentos importantes e súbitos da pressão arterial, situações que não são frequentes na maioria dos pacientes hipertensos (LOPES, 2013).

De fato, a grande maioria dos hipertensos, quer sejam de países industrializados, quer de países em desenvolvimento, ainda são pobremente controlados. Ademais, ela hoje já constitui uma das principais causas de licenças médicas e também de aposentadorias precoces (JARDIM *et al.*, 1996). Apesar disso, ainda não há perspectiva de cura, embora o controle efetivo e a aderência ao tratamento possam propiciar uma vida estável, ainda que de evolução crônica.

5.4 Fatores de Risco para HAS

Os principais fatores de risco para HAS são:

- Idade principalmente acima de 50 anos;
- Prevalência parecida entre ambos os sexos, sendo mais comum em homens até 50 anos, invertendo esta relação nas décadas subsequentes;
- Indivíduos não brancos;
- Excesso de peso;
- Sedentarismo;
- Ingesta aumentada de sal e álcool;
- Fatores socioeconômicos e genéticos.

Dividimos a HAS em duas classificações, de acordo com suas causas: hipertensão essencial (hipertensão primária) e hipertensão secundária.

A hipertensão primária é aquela que surge na maioria dos casos sem uma causa aparente facilmente identificável. Esta forma de hipertensão é responsável por 95% dos casos. Seus principais fatores de risco são bem conhecidos: obesidade, elevado consumo de sal, consumo de álcool, sedentarismo, etnia negra, colesterol alto, apneia obstrutiva do sono, Tabagismo, Diabetes Mellitus (PINHEIRO, 2009).

A hipertensão secundária é onde uma pequena proporção dos casos de hipertensão arterial é devida a causas muito bem estabelecidas, que precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou curar a hipertensão arterial (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999).

São aspectos relevantes da história clínica: sexo, idade, raça, condição socioeconômica, dislipidemia, tabagismo, DM, obesidade e sedentarismo, alteração de peso, história familiar de HAS ou doença cardiovascular, fatores ambientais e psicossociais, avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína, doença renal consumo de medicamentos ou drogas que possam elevar a PA (MATUS, 1989).

5.5 Formas de diagnósticos da Hipertensão Arterial

A medida de pressão arterial é fundamental no diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica, devendo ser realizada em toda avaliação médica ou por outros profissionais da saúde.

Os procedimentos de medida da pressão arterial são simples e de fácil realização, contudo nem sempre são realizados de forma adequada. Conduas que podem evitar erros são, por exemplo, o preparo apropriado do paciente e o uso de técnica padronizada e equipamento calibrado. Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas: sugere-se o intervalo de um minuto entre elas, embora esse aspecto seja controverso. A média das duas últimas deve ser considerada a PA real. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg, deverão ser realizadas novas medidas até que se obtenham medidas com diferença inferior (MATUS, 1989).

- OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA HAS SÃO:

A posição recomendada para a medida da PA é a sentada. Entretanto, a medida da PA na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação, especialmente em idosos, diabéticos, pacientes com disautonomias, alcoólicos e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva. Para ter valor diagnóstico necessário, a PA deve ser medida com técnica adequada, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrada, respeitando-se as recomendações para este procedimento (BRASIL, 2006).

- PROCEDIMENTO PARA A MEDIDA DA PA:

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco (elevação da PA pela tensão provocada pela simples presença do profissional de saúde, particularmente do médico).
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60- 90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80%.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois

proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).

10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da PA e a possível necessidade de acompanhamento (BRASIL, 2006).

Outras maneiras de verificação da PA fora do consultório são importantes para o diagnóstico e seguimento da HAS, por exemplo:

1. Automedida da pressão arterial (AMPA): realizada em casa por familiares ou próprio paciente;
2. Monitorização da pressão arterial (MAPA): é o método que permite o registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais durante os períodos de vigília e sono.
3. Uma das suas características é a verificação das alterações circadianas da PA, principalmente durante o sono, com suas implicações prognósticas.
4. Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA): A MRPA é o registro da PA, que pode ser realizado obtendo-se três medidas pela manhã, antes do desjejum e da tomada de medicamento, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medidas em cada sessão, durante sete dias, realizadas pelo paciente ou outra pessoa capacitada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho com equipamentos validados (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

5.6 Tipos de Tratamento

Durante a avaliação clínica deve-se obter história clínica completa com especial atenção aos dados relevantes referentes ao tempo e tratamento prévio de hipertensão, fatores de risco, indícios de hipertensão secundária e de lesões de órgãos-alvo, aspectos socioeconômicos e características do estilo de vida do

paciente e ao consumo pregresso ou atual de medicamentos ou drogas que podem interferir em seu tratamento (anti-inflamatórios, anorexígenos, descongestionantes nasais etc.) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Além da medida da PA e da frequência cardíaca, o exame físico deve ser minucioso, buscando sinais sugestivos de lesões de órgãos-alvo e de hipertensão secundária. O exame de fundo de olho deve ser sempre feito ou solicitado na primeira avaliação, em especial em pacientes com HAS estágio 3, que apresentam diabetes ou lesão em órgãos-alvo. Para avaliação de obesidade visceral, recomenda-se a medida da circunferência da cintura (CC), dado que a medida da relação cintura-quadril não se mostrou superior à medida isolada da CC na estratificação de risco. Os valores de normalidade da CC adotados são de 88 cm para mulheres e 102 cm para homens (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, HA exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento (BRASIL, 2006).

O tratamento não medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999).

As razões que tornam as modificações do estilo de vida úteis são: baixo custo e risco mínimo; redução da PA, favorecendo o controle de outros fatores de risco; aumento da eficácia do tratamento medicamentoso; redução do risco cardiovascular; Redução do Peso Corporal; Redução na Ingestão de Sal/Sódio; Aumento da Ingestão de Potássio; Redução do Consumo de Bebidas Alcoólicas; Exercício Físico Regular; Abandono do Tabagismo; Controle das Dislipidemias e do Diabete Mellitus; Suplementação de Cálcio e Magnésio; Medidas Anti estresse; Evitar drogas que podem elevar a PA. Torna-se evidente que quase todas as medidas não-

medicamentosas dependem de mudanças no estilo de vida de forma permanente. Em razão de a abordagem do hipertenso ser direcionada a diversos objetivos, a ação médica é beneficiada com a abordagem multiprofissional (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999).

Uma vez feito o diagnóstico da hipertensão, todos os doentes devem se submeter a mudanças de estilo de vida antes de se iniciar terapia com medicamentos. As principais são: redução de peso, iniciar exercícios físicos, abandonar cigarro, reduzir o consumo de álcool, reduzir consumo de sal, reduzir consumo de gordura saturada, aumentar consumo de frutas e vegetais (PINHEIRO, 2009).

A redução da PA com essas mudanças costuma ser pequena e dificilmente uma pessoa com níveis pressóricos muito altos (maior que 160x100 mmHg) atinge o controle da hipertensão sem a ajuda dos remédios. Todavia, nas hipertensos leves, há casos em que apenas com controle do peso, dieta apropriada e prática regular de exercícios conseguem-se o controle da PA. O problema é que a maioria dos pacientes não aceita mudanças nos hábitos de vida e acabam tendo que tomar medicamentos para controlar a pressão. Aqueles pacientes que já chegam ao médico com pressão alta e sinais de lesão de algum órgão alvo devem iniciar tratamento medicamentoso logo, uma vez que o fato indica hipertensão de longa data. Obviamente, as mudanças de estilo de vida também estão indicadas neste grupo. Apenas pacientes com sinais de lesão de órgão alvo, insuficiência renal crônica, diabetes ou com doenças cardíacas, devem iniciar o tratamento com drogas imediatamente (PINHEIRO, 2009).

6 PLANO DE AÇÃO

Uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional é preciso construir o plano de ação para os problemas identificados a partir do diagnóstico realizado, para cada problema deve ser feito um único projeto de intervenção, se a equipe tem vários projetos em sua agenda, deve ter capacidade para gerenciá-los.

6.1 Problemas Identificados

1. Elevada quantidade de pacientes com HA.
2. Alta prevalência de pacientes diabéticos com tratamento irregular.
3. Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos.
4. Alcoolismo e uso de drogas.
5. Dificuldades de adesão ao tratamento.
6. Alto índice de stress, obesidade e sedentarismo.
7. Consumo excessivo de tabaco.
8. Grande quantidade de pacientes com hiperlipidêmicas.

6.2 Priorizações dos problemas

Tendo em conta os valores de baixo, médio e alto em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe) foi feita a priorizações dos problemas identificadas sendo prioritário neste momento a altas quantidades de pacientes com HA na área de abrangência. Na tabela 2 se apresenta a priorização dos problemas. UBS - SEVILHA B1 no município de Ribeirão das Neves/MG.

Tabela 2: Priorização dos problemas. UBS - SEVILHA B1 no município de Ribeirão das Neves/MG.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIAS	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Elevada quantidade de pacientes com HAS	Alto	09	Parcial	01
Alta prevalência de diabéticos com tratamento irregular	Alto	07	Parcial	02

Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Alto	05	Parcial	03
Alcoolismo e uso de drogas	Alto	04	Parcial	05
Dificultades de adesão ao tratamento	Alto	05	Fora	04
Alto índice de stress, obesidade e sedentarismo.	Alto	06	Parcial	04
Consumo excessivo de tabaco	Alto	05	Parcial	05
Grande quantidade de pacientes com hiperlipidêmicas	Alto	07	Parcial	03

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.3 Descrição do problema

A HAS é uma doença crônica 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, a qual com um tratamento adequado e contínuo pode melhorar as qualidades de vida dos pacientes com esta doença (BRASIL, 2006).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HA, 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 HA é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

As modificações de estilo de vida são de fundamental importância no tratamento e na prevenção da HA. Com uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que podem ser modificados (KAC, 2007).

6.4 Explicações do Problema

É importante dizer que por ser uma doença silenciosa no início e em ocasiões o paciente apresentar níveis altos de PA sem apresentar sintomas, as pessoas doentes restam importância à doença e ao tratamento médico, não realizando as orientações médicas de forma adequada e o controle de controle da PA, o que favorece ao descontrole e à aparição de complicações em um menor período de tempo.

O fato de ter grandes quantidades de pacientes hipertensos pode ser devido a múltiplos fatores: mal controle por não diagnóstico oportuno, não identificação oportuna, não ter sido cadastrado, ou não querer comparecer ao Sistema Único de Saúde (SUS) por preconceitos, por tanto não têm um tratamento adequado, nem fazem uso de medicação ou fazem automedicação sem ter noção da gravidade da doença nem das complicações, nem fazer mudanças na alimentação, nem no estilo de vida, levando uma vida sedentária sem fazer exercícios físicos.

6.5 Seleções dos Nós Críticos

O nós crítico é definido como um tipo de causa de um problema que, quando e modificada é capaz de gerar impacto no problema e transformá-lo. A causa geradora das grandes quantidades de hipertensos em nossa área de abrangência é:

- Hábitos e estilos de vidas não saudáveis;
- Problemas sociais (dependências de droga, violência, desemprego elevação dos níveis de vida);
- Fatores culturais e carências que dificultam a adesão ao tratamento;
- Pouca informação sobre a doença que dificulta na forma do paciente de conviver com ela;
- A estrutura dos serviços de saúde, que ainda não satisfaz as demandas de atendimento dos pacientes.

Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e atendimento.

6.6 Desenho das Operações

Os objetivos desse passo são descrever as operações para enfrentar os nós críticos, identificar os produtos e resultado para cada operação definida, e identificar os recursos necessários. Na tabela 3 se apresenta o Desenho das operações para os nós críticos do plano aumento da prevalência de Hipertensão Arterial.

Tabela 3: Desenho das operações para os nós críticos do plano aumento da prevalência de Hipertensão Arterial.

Nós críticos	Operação/projeto	Resultados	Produtos	Recursos Necessários
Hábitos e estilos de vida não adequados em Hipertensão Arterial	Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir número de pacientes obesos, tabagistas, alcoólicos	Programa de caminhadas e campanhas em na rádio local	Cognitivo: para brindar informação de hipertensão Organizacional: organizar caminhadas e agenda de trabalho
Nível de informação baixo sobre Hipertensão	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da Hipertensão Arterial	População mais informada	Campanhas educativas na radio local Panfletos educativos sobre hipertensão	Cognitivo: conhecimento sobre hipertensão Financeiro: para elaboração dos panfletos Político: mobilização social Organizacional: organizar a agenda de trabalho
Processo de trabalho da Equipe inadequado para enfrentar o problema	Agenda com programação de consultas de hipertensos Organizar a estrutura do serviço para melhorar atendimento a hipertensos Busca ativa de hipertensos	Agenda bem organizada Satisfação do usuário por atendimento programado Terminar com as filas em posto de saúde	Maior número de pacientes hipertensos avaliados Acompanhamentos dos agentes comunitários em visitas domiciliares Programação cada mês de atividades de promoção	Organizacional: Organizar agenda em consultas e visitas domiciliárias periódicas Adequação de referencias e contra referencias

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.7 Identificação dos recursos críticos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos com cada operação e constituir uma atividade fundamental para avaliar a viabilidade de um plano. Na tabela 4 se mostram os Recursos críticos para enfrentamento dos nós críticos do problema aumento da prevalência de Hipertensão Arterial.

Tabela 4: Recursos críticos para enfrentamento dos nos críticos do problema aumento da prevalência de Hipertensão Arterial.

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Modificar hábitos e estilos de vida	Financeiro: para adquirir panfletos educativos Organizacional: para organizar caminhadas Político: Conseguir um espaço em na rádio local
Aumentar nível de informação da população sobre Hipertensão Arterial	Financeiro: para elaboração de panfletos Políticos: Articulação intersetorial
Organizar estrutura do serviço para melhorar atendimento de hipertensos de acordo a agenda	Organizacional: Organizar o atendimento destes pacientes de acordo a agenda Financeiros: Recursos necessários para a estruturação do serviço Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.8 Análise de viabilidade do plano

Para analisar a viabilidade de um plano devem ser identificados: quais são os atores que controlam os recursos críticos, quais recursos cada um desses atores controla, quais a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. Na tabela 5 se apresenta o Análise de viabilidade do plano.

Tabela 5: Análise de viabilidade do plano

Operações/projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Modificar Hábitos de vida	Político: Conseguir espaço em na rádio	Setor de comunicação social	Favorável	Não é necessário

	local Organizacional: Estimulação da população para participação ativa em atividades de promoção e caminhadas Políticos: adquirir panfletos educativos	Equipe de saúde Secretário de saúde		
Aumentar nível de informação da população sobre Hipertensão	Político: Articulação com Secretaria de saúde Financeiro: Adquirir panfletos educativos	Equipe de saúde e Secretário de saúde	Favorável	Apresentar projeto de promoção de saúde na secretaria
Reorganização do processo de trabalho para melhorar atendimento a hipertensos	Políticos: Articulação entre os setores assistenciais da saúde Organizacional: Organizar o atendimento de acordo a agenda	Secretário de saúde e Equipe de saúde	Favorável	Não é necessário

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.9 Elaboração do Plano Operativo

A principal finalidade é a designação de responsáveis pelos projetos (tabela 6) e estabelecer os prazos. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabiliza pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas e deve contar com o apoio de outras pessoas.

Tabela 6: Designação de responsáveis pelos projetos.

Operações	Resultados	Produto	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Modificar Hábitos de vida	Diminuir o número de hipertensos, sedentários, obesos, tabagistas, alcoólicos,	Aumentar o número de consultas programadas e visitas domiciliares Implantar o programa de caminhadas Estabelecer Campanha educativa na rádio local	Apresentação do projeto na Secretaria de Saúde	Ronny, Priscilla e Diana	Seis meses

Aumentar o nível de informação sobre Hipertensão	População mais informada sobre Hipertensão e suas complicações	Palestras Educativas sobre Hipertensão Campanhas Educativas na rádio local Capacitação dos agentes comunitários Grupos Operativos	Apresentar o projeto na Secretaria de Saúde	Ronny, Diana e Priscilla	Dois meses Três meses Dois meses
Reorganizar o processo de trabalho Organizar agenda de trabalho Busca Ativa de pacientes hipertensos	Aumentar o número de diagnósticos e controle de Hipertensos, Conhecer população de riscos de Hipertensão Arterial Agenda organizada Aumentar o número de pacientes pesquisados de hipertensão	Maior número de pacientes avaliados Programar atividades todos os meses Aumentar o número de visitas domiciliárias	Implementação do projeto	Coordenador do projeto	Três meses

Fonte: Autoria Própria (2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as etapas de elaboração da proposta, a equipe realizou um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência da ESF, e permitiu refletir sobre como seu processo de trabalho pode ser melhorado a fim de buscar uma solução para tais problemas.

O estudo permitiu-nos conhecer a realidade da área de abrangência da ESF da UBS - SEVILHA B1 com relação aos fatores de risco e as complicações da HAS, constatando uma realidade semelhante da brasileira. Foi possível também perceber as dificuldades da equipe em lidar com o problema e a importância que existe de preparar aos profissionais para dar um apoio maior e necessário aos pacientes com hipertensão.

Com base no trabalho proposto concluiu-se que:

- A HAS apresenta grande incidência na área de abrangência da equipe;
- É necessário envolvimento e empenho da equipe de saúde para incentivar à comunidade;
- Para reduzir o índice de agravamento do problema é necessário levar conhecimento aos pacientes e suas famílias, o que de fato beneficiará a própria equipe de saúde na melhora da sua relação com os pacientes e no manejo dos casos mais complicados;
- Para a realização das ações conjuntas, é necessária a articulação de estratégias e de diferentes setores sociais;
- Esta proposta de intervenção espera-se possibilite uma diminuição da morbidade e mortalidade relacionada com a hipertensão da ESF da UBS - SEVILHA B1, e melhoras na qualidade de vida dos portadores da doença.

A utilização do planejamento estratégico situacional permitiu a formulações propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem mais sistematizada e menos improvisada. A elaboração do plano de intervenção na UBS - SEVILHA B1 foi de muita importância para poder traçar metas e ações e serem executadas por uma equipe multiprofissional proporcionando um atendimento humanizado com a finalidade de melhorar suas qualidades de vida, assim como, maior acesso à medicação, verificando até que ponto pacientes não aderem à medicação e suas dificuldades para a obtenção da mesma.

REFERÊNCIAS

AZEREDO, V. M. *et al.* Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.15 n.1 Brasília mar. 2006 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000100003> Acesso em 9/07/2015

BASTER, T.; BASTER-BROOKS, C. Exercise and hypertension. **Australian Family Physician**, [S.L]. V.34, Nº.6, P.419-424, Jun/2005.

BRASIL. **Portal da Transparência. Governo Federal.** Controladoria-Geral da União. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/>> Acesso em: 22 maio 2014.

BRASIL. Hipertensão Arterial. **Caderno de Atenção Básica n.15.** Brasília – DF. 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acesso em: 12/12/2014.

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

III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq Bras Endocrinol Metab**, vol.43, no.4, São Paulo, Aug. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004. Acesso em: 18/02/2015.

CORREIA, H. L. *et al.* A evolução da aplicação do Planejamento Estratégico Situacional na administração pública municipal brasileira: o caso Santo André. **Gestão & Responsabilidade**, v. 23, nº 67, p. 17 – 28, mai./ago. 2007.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.** vol.62 no.1 Brasília Jan./Feb. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017. Acesso em: 11/03/2015.

DIAS, T. *et al.* Análise do cuidado dispensado a portadores de hipertensão arterial em Belo Horizonte. **Rev. bras. epidemiol.** vol.17, supl.1 São Paulo, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi. Acesso em: 05/01/2015.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 22 maio 2014.

DUARTE, O. O. *et al.* tratamento ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica – revisão de literatura. **Revista UNINGÁ.** Vol.17, n.2, pp.22-29 (Jan – Mar 2014), 2014. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140129_171620.pdf. Acesso em: 05/01/2015.

ELBERS, C., LANJOUW, J. O.; LANJOUW, P. **Micro-level estimation of welfare.** Policy Research Working Paper 1, The World Bank. 2002.

FERREIRA, P. *et al.* **Protocolo de hipertensão arterial / risco cardiovascular.** Belo Horizonte, 2011. Disponível em: portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do. Acesso em: 04/01/2015

FLACK, J. M. *et al.* Cardiovascular disease costs associated with uncontrolled hypertension. **Massage Care Interface.** New York, v.15,n.11,2002.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. 2014. Acesso em: 22 maio 2014.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUZA, A. L. L.; MONEGO, E. T. **Atendimento Multiprofissional ao paciente Hipertenso Medicina,**1996;29:232-8.

KAC, G., *et al.* **Epidemiologia Nutricional.** Rio de Janeiro: Fiocruz. Atheneu. 2007.p.580.

LOPES, F. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Enfermagem Clínica Cirúrgica.** Disponível em <<www.ifcursos.com.br>>Acesso em abril de 2015.

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,** v. 26, n. 7, p. 1487-1496, Jul. 2008.

MACHADO CA. Definição, epidemiologia, fator de risco cardiovascular e classificação. In: Póvoa R. **A hipertensão arterial na prática clínica.** São Paulo: Atheneu; 2007. p. 25-36.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.** São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MION, J. R. D. *et al.* **Hipertensão Arterial: abordagem geral.** Projeto Diretrizes AMB/CFM 2002a. Disponível em: <http://www.amb.org.br/>. Acesso em: 11 jun.2006.

MELO, N. Olímpio Pereira de Hipertensão Arterial em Ouro Preto(MG):[manuscrito] **Avaliação da terapêutica farmacológica e de fator de risco cardiovascular.** 2006. (Dissertação de Mestrado-Universidade Federal Ouro Preto)

NEAL, B. *et al.* Effects of ACE inhibitors, calcium antagonist, and other blood-pressure lowering drugs: results of propectivel designed overviems of randomised **Trials,**v.356,n.9246,p1955-64.2000.

OLIVEIRA, A. F. C.; NOGUEIRA, M. S. Obesidade como fator de risco para hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** v.44,n.2,p388-94,2010.

OLMOS, R. O.; BENSENOR; I. M. Dieta e Hipertensão Arterial: Intersalt e estado DASH. **Rev. Bras. Hipertens.** v.8,n.2,[S.L],2001.

ORDONEZ-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.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, A. N.; MION, J. R. D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. **Hipertensão arterial.** Uma proposta para o cuidado. Barueri; Manole, 2004.

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.

PINHEIRO, P. **Hipertensão Arterial: sintomas, causas e tratamento**. MD. Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2009/02/sintomas-e-tratamento-da-hipertensao.html>. Acesso em: 15/03/2015.

PORTAL IDEB - QEDU. Disponível em: <<http://www.qedu.org.br/brasil/ideb>>. Acesso em: 22 maio 2014.

RIBERÃO DAS NEVES. **Uma nova cidade**. 2013. Disponível em: <<https://www.ribeiraodasneves.mg.gov.br/>>. Acesso em: 22 maio 2014.

RIBERÃO DAS NEVES. **Historia**. 2009. Disponível em: <ribeiraodasneves.net/index.php?section=5&content=130&fb> Acesso em 22 de Setembro 2015.

REGO, R. A. *et al.* Risk factors for chronic non communicable diseases: a domiciliary suververy inth municipality of São Paulo, SP (Brasil): Methodology and preliminary results. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n.4, p.277-85,1990.

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.

REUTER, E. M. *et al.* Obesidade e hipertensão arterial em escolares de Santa Cruz do Sul - RS, Brasil Revista da Associação Médica Brasileira. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.58, no.6. São Paulo Nov./Dec. 2012.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-> Acesso em: 05/01/2015

SAMPAIO, L. R. Avaliação Nutricional e Envelhecimento. **Rev. Nutrição**. v.17, nº.4. Campinas, 2004.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série G. **Estatística e Informação em Saúde**. Brasília-DF 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_atencao_basica_siab2006_p1.pdf. Acesso em: 10/02/2015.

SILVIA, D. M. O; FRANCISCO, F. C. Fatores de Risco Associados á Hipertensão dos Velhos da lida de Adamantina. **Rev.Nutri**. v.8,[S.L]. Campinas, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SBC. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Brazilian Jornal of. Hypertension**, [S.L.] v.17,n.1,p.4-64, 2010.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiologia**., São Paulo,v.89,n.03,Setembro de 2007,p.24-79.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev. da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v.9,n.4,[S.L.],2006.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq Bras Cardiol**, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

VIEIRA, V. A. *et al.* Diferenças de gênero percebidas por idosos com hipertensão arterial. ***Psique***, Belo Horizonte, v. 9, n. 14, p. 80-96, 1999.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. ***Journal of the American College of Cardiology*** 2010; 55(1):66-73.

ZAITUNE, M.P. A. *et al.* Hipertensão Arterial em idosos: prevalência, fatores associados e pratica de controle no município de Campinas. ***Cadernos de Saúde Pública***, São Paulo, 2006.