

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DAYAMI ARCAYA ARCAYA**

**INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELO  
MONTE, MACEIÓ**

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2016**

**DAYAMI ARCAYA ARCAYA**

**INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BELO  
MONTE, MACEIÓ**

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

Orientadora: Profa. Verônica Amorim Rezende

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2016**

**DAYAMI ARCAYA ARCAYA**

**INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELO  
MONTE, MACEIÓ**

Banca examinadora:

Profa. Verônica Amorim Rezende – orientadora (colaboradora externa)

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo- UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em 10/06/2016

“E coisa preciosa, a saúde, e a única em verdade que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida, tanto mais que sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injusta”.

(Michel de Montaigne, 1533-1592)

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada uma doença crônica, com uma grande prevalência no mundo de hoje, caracterizada pelo aumento da pressão arterial acima de 120/80mmHg, apresentando fatores de risco não modificáveis como: idade, sexo, antecedentes familiares, raça e outros modificáveis como: sedentarismo, obesidade, estresse, tabagismo e outras. Este trabalho tem como objetivo estabelecer medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial pela equipe de saúde da família 01 na comunidade de Belo Monte, Alagoas. Foi realizada revisão bibliográfica narrativa, com busca de artigos nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde no período de 2014 a 2016. Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado a planejamento estratégico situacional. O problema eleito e priorizado foi à alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica sem medidas de controle e acompanhamento inadequados. Os nós críticos identificados foram o uso inadequado das medicações anti-hipertensivas, hábitos alimentares inadequados, uso elevado de álcool e outras drogas associados à hipertensão arterial, não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, crenças religiosas e *tabus* relativos à hipertensão arterial e baixo nível de informação sobre o controle e prevenção da hipertensão arterial. Pretende-se com o plano de ação aumentar o nível de informação sobre a hipertensão e as complicações, elaborar agenda programada, utilizar os manuais do Ministério da Saúde e protocolos do estado de Alagoas no cotidiano de trabalho. A elaboração deste plano de intervenção possibilitou a equipe de saúde da família 01 reconhecer a importância de se utilizar um método de planejamento para organizar o processo de trabalho em prol de um acompanhamento mais qualificado aos portadores de hipertensão arterial sistêmica.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Saúde da família. Atenção Primária de Saúde.

## **ABSTRACT**

Systemic Hypertension is considered a chronic disease with a high prevalence in today's world, characterized by increased blood pressure above 120/80mmHg, with no modifiable risk factors such as age, sex, family history, race and other modifiable such as sedentary lifestyle, obesity, stress, smoking and others. This work aims to establish measures for prevention and control of hypertension by the family health team 01 in the community of Belo Monte, Alagoas. Narrative literature review was conducted to search for articles on the banks of the Virtual Library Data in Health in 2014 period 2016. For the preparation of the action plan was used situational strategic planning. The elected and prioritized problem was the high prevalence of hypertension without inadequate control and monitoring measures. The identified critical we were the inappropriate use of antihypertensive medications, poor dietary habits, increased use of alcohol and other drugs associated with arterial hypertension, non-adherence to antihypertensive treatment, religious beliefs and taboos related to high blood pressure and low information on the control and prevention of hypertension. The aim of the action plan to increase the level of information on hypertension and complications, prepare programmed schedule, use the manuals of the Ministry of Health and Alagoas state protocols in daily work. The preparation of this action plan enabled the family health team 01 recognize the importance of using a method of planning to organize the work process in favor of a more qualified monitoring to patients with hypertension.

**Keywords:** Hypertension. Health Strategy. Primary Health Care.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVO	18
4	METODOLOGIA	19
5	REVISÃO DE LITERATURA	20
6	PLANO DE AÇÃO	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS REFERÊNCIAS	35

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Histórico e descrição do município de Belo Monte**

No ano de 1560 os exploradores iniciaram a subida pelo rio São Francisco em busca de novas descobertas. Ao atingir o Ipanema, encontraram uma estrada aberta para suas incursões ao interior, que chegaram até Pesqueira, no estado de Pernambuco. Foi exatamente no ponto de encontro entre os dois rios, que se estabeleceu um núcleo populacional no qual missionários, colonizadores e comerciantes dos centros maiores faziam seus negócios. O local ficou conhecido como Barra do Ipanema, ainda hoje existente (IBGE, 2008).

Foi exatamente deste local que partiu um cidadão, cujo nome é desconhecido, com destino à região hoje ocupada pelo município de Belo Monte. Fundou ali uma fazenda de gado bovino. O curral da propriedade situava-se onde é hoje a Praça Epaminondas Machado. Ainda se vêem, escavados na rocha, os buracos da Casa Grande. O nome primitivo foi Lagoa Funda, pelo fato de existir próximo do local uma lagoa de grande profundidade. Segundo a tradição, o surgimento da colonização de Belo Monte foi por volta de 1822. Em 1866, foi elevada à condição de vila, com o nome de Belo Monte, cujo gentílico é belo-montense (IBGE, 2008).

No ano de 1895, Belo Monte foi elevado pela lei nº 82, de 20 julho de 1895, à categoria de município sob a mesma denominação. Após isso, o distrito de Riacho do Sertão foi anexado ao município de Belo Monte, pela lei municipal de 21 de fevereiro de 1898. Assim, em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o município passou a ser constituído de dois distritos: Belo Monte e Riacho do Sertão. Em 1933, em divisão administrativa, Belo Monte passa a ser distrito de Pão de Açúcar, sendo mantido nesta condição até 1935, ano em que é elevado novamente a categoria de município.

Ao longo dos anos houve formações administrativas, sendo mantida a divisão territorial datada de 2007 e legislada pela Lei Estadual n.2094, de 24 de abril de 1898, em que Belo Monte manteve-se como município, e Batalha como distrito,

assim como Pão de Açúcar.

O município de Belo Monte está localizado na região Sudoeste do Estado de Alagoas, tendo como municípios limítrofes ao seu norte - Batalha, Jacaré dos Homens e Palestina; a sul - o rio São Francisco; a leste - com Traipu- e a oeste - com Pão de Açúcar. A área municipal ocupa 334 km<sup>2</sup>, o que corresponde a 1,20% do território de Alagoas (IBGE, 2008).

A sede do município tem uma altitude aproximada de 30 m e coordenadas geográficas de 9°49'42" de latitude sul e 37°16'48" de longitude oeste. O acesso a partir de Maceió é feito através das rodovias pavimentadas BR-316, BR-101, AL-220 e AL-125, com percurso em torno de 216 km.

As suas terras são ricas em sais minerais, no entanto, não existem chuvas regulares. Caracteriza-se então como sertão, sendo totalmente atingido e flagelado pelas secas. Há abundância de minérios como: calcário; amianto; mármore; mica e ferro, entre outros (IBGE, 2008).

O município conta com uma população de aproximadamente 6860 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2008, sendo 2930 habitantes residentes em área urbana, o que representa 42,71%, e 3930 habitantes em área rural (57,29%). A maior parte da população é representada pela faixa etária economicamente ativa, ou seja, de 20 a 59 anos (49,68% dos habitantes). O Quadro 1 apresenta os aspectos demográficos, segundo faixa etária e zona urbana e rural.

**Quadro 1- Aspectos Demográficos do município de Belo Monte, segundo faixa etária e área urbana e rural, ano de 2014**

Nº de indivíduos	< 1	1 – 4	5 – 9	10 – 14	15 – 19	20 – 39	40 – 59	60+	Total
Área Urbana	21	212	288	358	306	866	569	304	2.930
Área Rural	8	149	342	484	521	1.210	766	456	3.930
Total	29	361	630	842	827	2.076	1.335	760	6.860

FONTE: ( BELO MONTE (2014).

O município conta com uma densidade demográfica de 20,46 e taxa de crescimento anual de 4,2% (IBGE, 2008). Além disso, a taxa de urbanização gira em torno de 16,6% (IBGE, 2008). O índice de desenvolvimento humano do município (IDHM) do ano de 2010 é de 0,517, sendo o IDHM da educação 0,376, da longevidade 0,725 e da renda 0,507 (BELO MONTE, 2014). O IDHM ajusta o IDH para a realidade de cada município e reflete as especificidades de cada local. O IDHM é composto por três dimensões: longevidade, educação e renda, variando entre 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. Sendo assim, percebe-se que o município apresenta carências e desafios a serem enfrentados, especialmente na educação e renda (IBGE, 2008).

Quanto à proporção de moradores abaixo da linha de pobreza aponta-se um percentual de 43,52%. Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00 (outros (IBGE, 2008). A Renda Média Familiar esta em torno de 1.107,49 reais, segundo o IBGE, do ano de 2014. As principais atividades econômicas existentes no município baseiam-se principalmente na agricultura de subsistência dependendo da estiagem. Planta-se milho e palma para selagem, utilizando ração do gado, em época de seca. A seca constantemente atinge o município e castiga a população tornando as famílias vulneráveis ao flagelo e a miséria, com caráter diferenciado em relação aos grandes centros. Outra atividade que é desenvolvida é a pesca artesanal. Os pecuaristas de pequeno porte tem investido na pecuária leiteira. Há ainda no município a industrialização de calcário – MIBASA. A sobrevivência dos municípios depende das Políticas Públicas

Governamentais que são implantadas segundo a realidade do município.

Em relação a taxa de escolarização aponta-se um percentual de 66% da população, sendo 85,65% o nível de alfabetização. Este município, no ano de 2011, encontrava-se na 4.779ª posição na educação, entre os 5.565 municípios do Brasil, em relação aos alunos do ensino fundamental, e na posição 5.183ª, no caso dos alunos do ensino médio. Quando analisada a posição do Município em seu Estado, Belo Monte esta na 37º posição nos anos iniciais e na 50º colocação nos anos finais (BELO MONTE,2014).

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) nacional, em 2011, foi de 4,7 para os anos iniciais em escolas públicas e de 3,9 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas foram 6,5 e 6,0, respectivamente (BELO MONTE,2014).

Ainda considerando o IDEB de 2011, nos anos iniciais, somente 711 municípios brasileiros obtiveram nota acima de 6,0. A situação é ainda mais crítica quando se verificam os anos finais, apontando que apenas 10 municípios brasileiros conseguiram nota acima de 6,0 (IDEB, 2010).

Quanto ao abastecimento de água tratada no município de Belo Monte tem-se cerca de 94,78%, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do ano de 2013.

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do Centro de Saúde de Belo Monte, equipe da Estratégia Saúde da Família 01 (ESF 01), na qual o presente trabalho foi desenvolvido, é regular e não conta-se com coleta de lixo e instalação sanitária em todas as residências. Existem famílias em situações que não são favoráveis a moradia como: assentamentos; casas temporárias em situações precárias de piso; teto e paredes. No quadro apresentado abaixo, pode-se observar uma síntese da situação de saneamento básico no município de Belo Monte.

**Quadro 2 – Número absoluto de moradores, por tipo de abastecimento de água e despejo de lixo, no município de Belo Monte, comparativo entre os anos de 2000 e 2014**

<b>Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água e Despejo de Lixo</b>		
<b>Abastecimento Água</b>	<b>2000</b>	<b>2014</b>
Rede geral	40	55
Poço ou nascente (na propriedade)	2	2
Outra forma	30	70
Instalação Sanitária	2000	2014
Rede geral de esgoto ou pluvial	35	50
Fossa séptica	1	2
Fossa rudimentar	8	4
Vala	18	3
Rio, lago ou mar	50	20
Outro escoadouro	15	2
Não sabe o tipo de escoadouro	1	-
Não tem instalação sanitária	40	20
<b>Coleta de lixo</b>	<b>2000</b>	<b>2014</b>
Coletado	40	60
Queimado (na propriedade)	50	33
Enterrado (na propriedade)	1	0,4
Jogado	10	0.3
Outro destino	30	-
Total	4370	4547,7

Fonte: (BELO MONTE,2014)

O município possui quatro assentamentos distantes da cidade, uma faculdade de ensino superior, três escolas de ensino fundamental e uma escola de ensino médio, três creches, uma academia, um clube municipal, uma padaria, duas lojas pequenas, uma lotérica, dois mercados pequenos (outros (BELO MONTE,2014)).

## **1.2 Sistema Municipal de Saúde**

O sistema de referência de saúde do município estabelece-se pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) e organiza-se da seguinte maneira: referências de urgência e avaliação de pacientes com doenças psiquiátricas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são encaminhadas a cidade de Batalha; referências de urgência em especialidades específicas (pediatria, ortopedia, neurologia) a cidade de Arapiraca; referências de consultas especializadas programadas e avaliações por equipe multidisciplinar (neuropediatra, pré-natal de alto risco, doenças

infectocontagiosas) as cidades de Arapiraca e Maceió. O PDR refere-se a um instrumento de gestão que visa à descentralização dos serviços de saúde, ao estabelecer uma base territorial e populacional para o cálculo das necessidades, alocação de recursos e serviços de saúde (BELO MONTE,2014).

No município de Belo Monte não existe hospital, clínicas privadas e laboratório. Conta-se também com as seguintes parcerias entre municípios: para realização de exames complementares (hemograma, urina e fezes) são encaminhados a cidade de Batalha; exames de imagem (Ultrassonografia e Raio X) e eletrocardiograma, o município de referencia e Arapiraca; nos casos de exames de alta complexidade (Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada e biopsias) a cidade de Maceió. Não há no município infraestrutura para fazer atendimentos de urgências no local e, como descritos, se necessário, os usuários são encaminhados para os municípios de referencia. Há um centro de saúde de referência no município e um posto de atendimento na zona rural em que a equipe de saúde da família se desloca para assistência no local.

O município conta com 51 profissionais ligados diretamente à saúde da família e assistência a saúde municipal, destes 40 são efetivos e 10 contratados por tempo determinado, e um bolsista do Programa Mais Médicos (PMM). A carga horária semanal dos profissionais é de 40 horas, sendo que alguns destes profissionais trabalham 20 horas e o profissional médico do PMM atua 32 horas semanas assistenciais e 8 horas de estudo individual.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) no município foi implantada no ano 2000 e faz referencia a 827 famílias e 2930 usuários. A ESF conta com três equipes de saúde da família, duas completas e uma incompleta. Ha os seguintes profissionais integrantes em cada equipe: um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Ha duas equipes de saúde bucal e uma equipe de referencia do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O NASF de referência conta com fisioterapeuta, nutricionista e educadora física. Estes profissionais realizam atividades de promoção, prevenção e reabilitação de saúde dando apoio às três equipes da ESF.

O NASF é um instrumento poderoso para o trabalho na atenção básica de saúde, sendo um pilar fundamental para modificar modos e estilos de vida a população e implementar estratégias que ajudem a melhorar o estado de saúde das famílias brasileiras (BRASIL, 2006).

Além disso, ha um psicólogo e uma assistente social para dar cobertura a todo o município. O município conta também com o Programa Saúde na Escola (PSE), implantado no ano 2010, que faz cobertura ao total dos alunos das escolas de ensino fundamental e médio. O PSE visa à integração da saúde e educação para promover saúde e educação de forma integral (BRASIL, 2013).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) localiza-se no centro do município, na zona urbana da comunidade, o que facilita a acessibilidade. Possui horário de funcionamento de segunda a sexta-feira de 8 às 17 horas.

A unidade conta com uma sala de observação, uma recepção, uma área de arquivos e prontuários, uma sala de curativos, uma sala de vacina, duas salas de espera, uma sala de digitação da produção, um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de ginecologia, um consultório odontológico, uma farmácia, um almoxarifado, um expurgo, uma cozinha e uma sala de materiais de limpeza.

### **1.3 Aspectos Epidemiológicos**

Segundo os dados registrados pelo município, no período de setembro de 2010 a agosto de 2014, a ESF 01 do município de Belo Monte possui 2250 habitantes. Destes 379 são portadores de hipertensão arterial o que equivale a 16,8% da população referente à área de abrangência da equipe, 200 portadores de diabetes (9%) e um portador de tuberculose (0,04%). O município não registrou no ano de 2014 casos de dengue.

Segundo dados do Sistema de Internação Hospitalar (SIH), as principais causas de Internação no ano de 2013 foram: Acidente Vascular Encefálico (AVE), doenças cardiovasculares e complicações do diabetes.

As principais causas de óbitos, no ano de 2013, segundo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), foram: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), pneumonias em idosos, e algumas de causas indeterminadas, respectivamente. A taxa de mortalidade infantil foi de 0/1000 nascidos vivos.(OMS,2013)

Em relação à cobertura de vacinação tem-se cobertura aproximada a 100% da população até os 5 anos de idade (BRASIL, 2013).

A partir da prática profissional e do diagnóstico situacional da área de abrangência do município de Belo Monte/ESF 01, equipe da qual a autora faz parte, que teve como objetivo compreender o perfil e as principais demandas da comunidade assistida, foram levantadas algumas situações problema que vão desde a infraestrutura até questões que envolvem a organização do serviço. Ao analisar os dados, junto à equipe de saúde da família, elegeu-se como problema prioritário o inadequado controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), para propor um plano de ação.

## 2 JUSTIFICATIVA

Segundo o plano municipal de saúde de Belo Monte (2014) o município conta com um total de 6860 habitantes, dos quais 2250 pertencem a ESF 01. Destes 379 apresentam Hipertensão Arterial representando um total de 16, 84%. Estes usuários são acompanhados pela equipe de saúde da família. No entanto, percebe-se que há dificuldades na prevenção e controle dos níveis pressóricos e acompanhamento dos hipertensos. Considera-se que há um alto índice de usuários com elevados níveis pressóricos, conforme observação realizada na prática assistencial, devido à dificuldade dos usuários na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico proposto pela equipe da ESF, especialmente as mudanças no estilo de vida para hábitos mais saudáveis e compreensão por parte dos pacientes dos riscos que envolvem a patologia (JARDIM *et al.*,2006)

Sabe-se que o controle das doenças crônicas não transmissíveis é fundamental para alcançar um bom estado de saúde, uma vez que as mesmas constituem umas das principais causas de invalidez temporária e permanente, assim como são causas importantes de morte em diferentes etapas da vida( SOARES *et al.*,2014). A HAS constitui a mais freqüente das causas de invalidez, afetando um total de pacientes que representam um número considerável da população, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, renais, cerebrovasculares, oftalmológicas, doenças crônicas afetando um total de pacientes que representam um número considerável da população aumentando o risco de doenças cardiovasculares, renais, cerebrovasculares e oftalmológicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) .

Diante disso, faz-se necessário realizar um projeto de intervenção que contribua para resolução desse problema na comunidade.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um Projeto de Intervenção para estabelecer medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial pela ESF 01 na comunidade de Belo Monte, Alagoas.

#### **4 METODOLOGIA**

Este estudo caracteriza-se como um projeto de intervenção que teve como objetivo estabelecer medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial na comunidade da ESF 01, pertencente ao município de Belo Monte.

Trata-se de revisão narrativa da literatura sobre o tema, realizada no período de 2004 a 2016, de artigos em português e espanhol, nos bancos de dados – Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica, Atenção Primária a Saúde, Saúde da Família.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizado um levantamento dos problemas presentes na comunidade, dentre os quais foi escolhido aquele prioritário. Em seguida foram identificados os nós críticos utilizados e elaboração do plano de ação. Cabe ressaltar, que a equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local há governabilidade para atuar frente ao problema eleito, sendo viável a proposta de intervenção elaborada.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

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 conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (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 Pressão Arterial (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 (OMS, 2013). Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

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, foram encontrados em 22 estudos 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

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%) (BRASIL, 2013).

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; ingestão aumentada de sal e álcool e fatores socioeconômicos e genéticos. (SILVA *et al.*, 2004).

Já as principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Além destas medidas, estudos foram realizados com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança de medicamentos na prevenção da HAS. Nos estudos foi identificada que a estratégia medicamentosa foi bem tolerada e preveniu o desenvolvimento de HAS em populações jovens de alto risco. Para o manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da PA, recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular ((CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Apresenta-se no quadro a seguir a classificação da hipertensão arterial conforme os níveis de pressão sistólica e diastólica:

**Quadro 3 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)**

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão diastólica (mmHg)</b>
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão arterial isolada	140	90

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2007)

Considera-se que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada do paciente com hipertensão para o sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico e tem como atributos garantir o acesso e o vínculo, responsabilizando-se pelo monitoramento dos pacientes dentro de seu território, de forma eficaz e humanizada. A equipe de Saúde da família deve atuar de forma integrada e com competências bem estabelecidas, na abordagem da hipertensão. É de sua responsabilidade: diagnóstico dos casos, cadastramento dos portadores, busca ativa de casos, tratamento dos casos, diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, encaminhamento de casos graves e medidas preventivas e de promoção da saúde (MINAS GERAIS, 2006).

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

O trabalho na atenção básica de saúde deve ser planejado e organizado. Apesar do pouco tempo de atuação da autora do presente estudo na ESF 01 em Belo Monte, pode-se perceber que existem situações problemas relevantes para atuar junto a comunidade e reforçar o trabalho para melhorar o estado de saúde da comunidade, por meio de ações de prevenção e promoção a saúde, que são a base da atenção a saúde, de forma organizada. Considerando a importância de resolver esses principais problemas a equipe assumiu como estratégia identificá-los para depois elaborar uma intervenção capaz de solucionar ou diminuí-los. Foram considerados os problemas de maior relevância, apontados a seguir:

- Falta de capacitação dos profissionais para realizar a classificação de risco dos atendimentos em saúde: a classificação de risco dos usuários no intuito de priorizar aqueles que possuem vulnerabilidades e relevante no atendimento em saúde. Percebe-se que há falhas e dificuldades enfrentadas para a triagem dos usuários recebidos pelo serviço.
- Alta prevalência de usuários portadores de hipertensão arterial com inadequado controle da patologia: percebeu-se a partir da análise dos dados levantados um número elevado de casos de usuários hipertensos, que persistem com níveis de pressão arterial elevados.
- Alta prevalência de usuários portadores de diabetes mellitus: do mesmo modo apresentado acima, há um elevado número de diabéticos na comunidade. Cabe ressaltar a diabetes como uma doença que possui fatores de risco modificáveis e passíveis de intervenção.

- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos: notou-se a partir da prática assistencial na ESF 01 de Belo Monte um excessivo uso desta classe de medicamentos na comunidade, muitas vezes, sem indicação e/ou prescrição pelo Profissional de saúde.

## 6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas

**Quadro 4: Priorização dos Problemas da comunidade de Belo Monte, Maceió.**

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
- Falta de capacitação dos profissionais para realizar a classificação de risco dos atendimentos em saúde	Alta	4	Parcial	2
- Controle inadequado de usuários hipertensos	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de usuários portadores de diabetes mellitus	Alta	6	Parcial	3
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	6	Parcial	4

## 6.3. Terceiro Passo: Descrição do Problema

Ao analisar a importância, urgência e capacidade de enfrentamento optou-se, junto com a equipe de saúde, pela abordagem dos usuários portadores de hipertensão arterial. Considera-se a dificuldade no controle e prevenção da hipertensão arterial como passível de intervenção pelo serviço de saúde, ao atuar nos fatores de risco modificáveis o que permite um impacto positivo na saúde dos usuários.

Ao realizar uma análise dos dados sobre os principais fatores de riscos que influenciam na aparição dessa doença, e que predispõem a descompensação dos usuários, mesmo em tratamento, foram identificados alguns pontos relevantes, como apresentado no quadro abaixo:

### Quadro 5 - Descrição do Problema, segundo causas relacionadas

Micro área	HAS e obesidade	HAS e diabetes	HAS e Sedentarismo	HAS Álcool e outros tóxicos	HAS sem Adesão ao tratamento
1	15	20	10	18	8
2	13	25	5	22	6
3	10	30	11	26	4
4	4	15	7	18	9
5	20	13	8	12	3
6	4	18	6	12	7
<b>Total</b>	66	121	47	108	37
<b>Proporção</b>	17,4%	31,9%	12,5%	28,5%	9,7%

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Belo Monte (2014)

No quadro anterior foi mostrado a porcentagem que representa a HAS junto a outros fatores de risco. Percebeu-se que há maior relação entre pacientes que são hipertensos e ao mesmo tempo diabéticos (31,9%), seguidos de aqueles usuários de álcool e outros tóxicos (28,5%), critérios importantes para dirigir o nosso trabalho e criar uma estratégia tendo em conta esses resultados. Percebe-se com isso, a necessidade de intervir especialmente na melhora dos hábitos de vida dos usuários.

#### 6.4 Quarto Passo: Explicação do problema

##### Causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe saúde da família:

- Falhas no planejamento das ações preventivas e de controle programadas voltadas aos hipertensos.

##### Causas relacionadas aos usuários:

- Dificuldades dos usuários hipertensos para a promoção do autocuidado.

- Hábitos de vida não saudáveis, tais como: tabagismo, sedentarismo, obesidade, entre outros;
- Baixa adesão por parte da comunidade às ações propostas pela equipe;
- Uso irregular do tratamento farmacológico;

### **6.5 Quinto Passo: Seleção dos Nós Críticos**

Realizamos uma análise que permitiu identificar entre as inúmeráveis causas desencadeantes e agravantes deste problema, aquelas mais importantes e sobre as quais podemos atuar para melhorar a qualidade de vida dessa população em questão. Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando —atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O nó crítico traz também a idéia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está, Os seguintes nós críticos foram identificados pela equipe:

- Hábitos de vida não saudáveis dos usuários hipertensos;
- Uso inadequado de medicações anti-hipertensivas;
- Alto consumo de álcool e outros hábitos tóxicos em usuários hipertensos
- Tabús* e crenças dos pacientes que dificultam uma adequada adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da hipertensão.
- Baixo nível de informação sobre controle e prevenção da hipertensão arterial

### **6.6 Sexto passo: desenho das operações.**

Depois de ter detectado o problema e as possíveis causas, consideramos que as mais importantes deveriam ser enfrentadas por meio de estratégias bem desenvolvidas para dar solução ao problema. Os objetivos desse passo foram:

- Descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como —nós Críticos;

- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

As operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes do problema selecionado se relacionam ao aspecto financeiro, organizacional, político e cognitivo.

### Quadro 6 - Desenho das Operações

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos de vida não saudáveis	Modificar modos e estilos de vida da população.	Diminuição dos pacientes hipertensos e menor risco de complicações.	Avaliação do nível de informação dos pacientes sobre hábitos de vida saudáveis. Avaliação periódica com nutricionista e educadora física. Oficinas sobre estilos de vida saudáveis	<b>Organizacional:</b> Manter a educação continuada e permanente entre os profissionais da equipe para o maior controle e acompanhamento dos pacientes hipertensos. <b>Cognitivo:</b> Ofertar informação sobre os temas e aumentar nível de comunicação. <b>Financeiro:</b> Adquirir recursos para uso de meios audiovisuais, panfletos educativos, pôster.
Alto consumo de álcool e outros hábitos tóxicos em hipertensos	Diminuir o índice de pacientes hipertensos consumidores de álcool e outros tóxicos.	Melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos. Evitar complicações como invalidez e morte	Incremento do nível de conhecimento dos pacientes sobre este tema. Capacitação dos profissionais sobre risco e possíveis consequências	<b>Organizacional:</b> Agendar atividades educativas na UBS com a maior participação dos pacientes em questão. <b>Cognitivo:</b> Conhecimento dos profissionais da saúde incluindo o NASF. <b>Financeiro:</b> Obter recursos para aquisição de material educativo.

Uso inadequado de medicamentos anti-hipertensivos	Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre conseqüências negativas desse fato.	Adequada adesão, ao tratamento, melhora dos níveis de pressão arterial, e diminuição das complicações.	Capacitação dos profissionais da equipe sobre este tema. Evitar entrega de medicamentos sem avaliação pelo médico. Acompanhamento periódico dos pacientes hipertensos na UBS.	<b>Organizacional:</b> Estabelecer os dias do mês dirigidos a capacitação dos profissionais da equipe. Organizar o cronograma e aumentar o número de consultas agendadas e cuidados continuados nos pacientes hipertensos. <b>Cognitivo:</b> Conscientizar os profissionais e garantir a adesão nesta tarefa. <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos para panfletos informativos e dias de palestras.
<i>Tabus</i> e crenças que dificultam adequada adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Trabalhar com os <i>tabus</i> e crenças nos pacientes hipertensos que dificultam uma adequada adesão ao tratamento	Reduzir, influência negativa de crenças, que podem interferir no tratamento, adequado, da hipertensão arterial, por meio, do manejo com, as, questões culturais	Capacitação dos profissionais da equipe sobre o tema. Discussão sobre aspectos culturais e sua relação com a saúde.	<b>Organizacional:</b> Criar grupos de apoio com os profissionais da saúde e líderes da comunidade. <b>Político:</b> Adesão da gestão municipal. <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos para panfletos informativos, palestras, vídeo conferências
Baixo nível de conhecimento sobre controle e prevenção de Hipertensão Arterial	Aumentar, nível de informação, dos pacientes hipertensos	Melhorar, qualidade de vida dos pacientes hipertensos, diminuindo complicações.	Aumentado número de palestras para pacientes hipertensos e profissionais da saúde.	<b>Organizacional:</b> Aumentar no cronograma as atividades educativas, encaminhadas a prevenção e promoção de saúde. <b>Político:</b> Adesão da gestão municipal. <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos para panfletos informativos, palestras, vídeo conferências.

### 6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Este passo teve como objetivo a identificação dos recursos críticos para ajudar ao enfrentamento dos recursos não críticos.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que estão disponíveis, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são o recurso, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os recursos críticos de cada operação para o enfrentamento dos — nós críticos do problema selecionado são: financeiro, cognitivo e político.

### Quadro 7 - Recursos críticos das operações

Operação Projeto	Recursos críticos
Modificar modos e estilos de vida na população: atuar sobre fatores de risco para diminuir o número de hipertensos e possíveis complicações.	<b>Organizacional:</b> Manter a educação continuada e permanente nos profissionais da equipe para o maior controle e acompanhamento dos pacientes hipertensos.
Nível de informação: aumentar o nível de informação dos pacientes sobre este tema e consequências negativas para a saúde.	<b>Organizacional:</b> Estabelecer os dias do mês dirigidos a capacitação dos profissionais da equipe. <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos para panfletos informativos, audiovisuais e dias de palestras.
Hipertensos consumidores de álcool e outros tóxicos: Diminuir o número de pacientes hipertensos que consomem álcool e outros tóxicos	<b>Organizacional:</b> Agendar atividades educativas na UBS com a maior participação dos pacientes em questão. <b>Político:</b> Adesão dos profissionais da saúde incluindo o NASF.
<i>Tabus</i> e crenças: Realizar atividades educativas que permitam trabalhar com os tabus e crenças nos pacientes hipertensos que interferem no adequado uso do tratamento anti-hipertensivo.	<b>Organizacional:</b> Criar grupos de apoio com os profissionais da saúde e líderes da comunidade com discussão de aspectos que envolvam as questões culturais. <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos para panfletos informativos, palestras que envolvam a discussão dos aspectos culturais

## 6.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Quando elaboramos um plano de ação é importante conhecer se ele é viável, no momento estratégico que está sendo realizado, e para isso é preciso identificar quais são os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementar cada operação; faríamos um estudo da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos no plano e desenharíamos ações estratégicas para motivar os atores e construir uma operação viável.

### Quadro 8- Viabilidade do Plano

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>Modificar modos e estilos de vida na população:</b> atuar sobre fatores de risco para diminuir o número de hipertensos e possíveis complicações	<b>Organizacional:</b> Manter a educação continuada e permanente dos profissionais da equipe para o maior controle e acompanhamento dos pacientes hipertensos.	Profissionais da saúde Secretaria municipal de saúde	Favorável	Solicitar material educativo. Realizar palestras sobre esses temas. Solicitar avaliação periódica pela nutricionista e educadora física
Nível de informação: aumentar o nível de informação dos pacientes sobre inadequado uso de tratamento anti-hipertensivo e consequências negativas para a saúde.	<b>Organizacional:</b> Estabelecer, os dias do mês dirigidos, a capacitação, dos profissionais da equipe. Organizar, o cronograma e aumentar o número de consultas agendadas e cuidados continuados nos pacientes hipertensos. <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos para panfletos informativos, audiovisuais e dias de palestras.	Equipe de atenção básica. NASF (núcleo de apoio à saúde da família) Gestão municipal	Favorável	Solicitar material educativo. Utilizar meios audiovisuais, panfletos. Organizar as consultas agendadas fazendo ênfase nos pacientes hipertensos.

<p>Hipertensos consumidores de álcool e outros tóxicos: Diminuir o número de pacientes hipertensos que consomem álcool e outros tóxicos</p>	<p><b>Organizacional:</b> Agendar atividades educativas na UBS com a maior participação dos pacientes em questão.</p> <p><b>Cognitivo:</b> Adesão dos profissionais da saúde incluindo o NASF.</p>	<p>Coordenação da atenção básica. Gestão municipal. Equipe de saúde.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Solicitar material educativo (panfletos, audiovisuais). Organizar o cronograma para brindar um maior atendimento a este grupo de alto risco.</p>
<p>Manejar com os tabús e crenças: Realizar atividades educativas que permitam reduzir a influência negativa dos tabús e crenças dos pacientes hipertensos que interferem no adequado uso do tratamento anti-hipertensivo.</p>	<p><b>Organizacional:</b> Criar grupos de apoio com os profissionais da saúde e líderes da comunidade.</p> <p><b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos para panfletos informativos, palestras, vídeo conferências</p>	<p>Secretaria de saúde Gestão municipal Equipe de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Solicitar material educativo, para palestras e panfletos informativos Criar grupos de apoio na comunidade. Capacitar os profissionais para oferecer uma maior informação sobre o tema.</p>

## 6.9 Nono passo: Elaboração do plano operativo

Este passo tem como objetivo principal designar os responsáveis do projeto assim como da execução das operações e estabelecer prazos para sua implantação, a qual será no período de um ano (novembro 2014 a novembro 2015). O plano operativo será representado no quadro a seguir.

### Quadro 9- Plano Operativo

Operação	Resultados Esperados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Modificar modos e estilos de vida na população: atuar sobre fatores de risco para diminuir o número de hipertensos e possíveis complicações.	Diminuição dos pacientes hipertensos e menor risco de complicações.	Avaliação do nível de informação dos pacientes sobre hábitos de vida saudáveis. Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais da equipe sobre o tema. Avaliação periódica com nutricionista e educadora física.	Solicitar material educativo. Realizar palestras sobre os temas. Solicitar avaliação periódica pela nutricionista e educadora física	Equipe do PSF NASF	Permanente
Nível de informação: aumentar o nível de informação dos pacientes sobre inadequado uso do tratamento anti-hipertensivo e consequências negativas para a saúde.	Adequada adesão ao tratamento, melhora dos níveis de pressão arterial.e diminuição das complicações	Capacitação dos profissionais da equipe sobre este tema. Evitar entrega de medicamentos em avaliação pelo profissional medico. Acompanhamento periódico dos pacientes hipertensos na UBS.	Solicitar material educativo. Utilizar meios audiovisuais, panfletos. Organizar as consultas agendadas fazendo ênfase nos pacientes hipertensos.	Equipe do PSF Gestão municipal de saúde	Permanente
Hipertensos consumidores de álcool e outros tóxicos: Diminuir o número de pacientes hipertensos que consomem álcool e outros tóxicos	Melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos. Evitar complicações como invalidez, morte	Incremento do nível de conhecimento dos pacientes sobre este tema. Capacitação dos profissionais sobre risco e possíveis consequências.	Solicita material educativo Organizar o cronograma Para brindar maior acompanhamento.	Equipe do PSF	Permanente
Manejar com os tabus e crenças: Realizar atividades educativas que permitam eliminar a maioria dos tabus e crenças nos pacientes hipertensos que interferem no adequado uso do tratamento anti-hipertensivo	Lograr o uso adequado de tratamento anti-hipertensivo pela parte dos pacientes Diminuir o número de complicações e incapacidade. Diminuir o alto índice de demanda espontânea por descompensação.	Aumentando o nível de conhecimentos desses pacientes hipertensos. Capacitação dos profissionais da equipe sobre o tema.	Solicitar material educativo, para palestras e panfletos informativos Criar grupos de apoio na comunidade. Capacitar os profissionais para oferecer uma maior informação sobre o tema	Equipe do PSF Gestão municipal de saúde.	permanente

#### 6.10 Décimo passo: Gestão do plano

No momento tático operacional é sintetizado pelo plano de intervenção, os objetivos deste passo são:

- 1-desenhar um modelo de gestão do plano de ação,
- 2-discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Durante a fase de implementação do plano de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a equipe do PSF 01, ou no momento que surgir alguma necessidade contando com a Participação da coordenadora da atenção básica ,e o gestor municipal de saúde do município. O plano será acompanhado de acordo com o quadro abaixo.

**Quadro 10 - Planilhas para acompanhamento de projetos**

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Modificar modos e estilos de vida na população: atuar sobre fatores de risco para diminuir o numero de hipertensos e possíveis complicações.	Avaliação do nível de informação dos pacientes sobre hábitos de vida saudáveis. Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais da equipe sobre o tema. Avaliação periódica com nutricionista e educadora física.	Equipe do PSF NASF	Permanente			6 meses após início
Nível de informação: aumentar o nível de informação dos pacientes sobre inadequado uso do tratamento anti-hipertensivo e consequências negativas para a saúde.	Capacitação dos profissionais da equipe sobre este tema. Evitar entrega de medicamentos sem avaliação pelo profissional. Acompanhamento periódico dos pacientes hipertensos na UBS.	Equipe do PSF Gestão municipal de saúde	permanente			6 meses após início

Hipertensos consumidores de álcool e outros tóxicos: Diminuir o número de pacientes hipertensos que consomem álcool e outros tóxicos	Incrementando o nível de conhecimento dos pacientes sobre este tema. Capacitação dos profissionais sobre risco e possíveis consequências.	Equipe do PSF	permanente			6 meses após início
Eliminar os tabus e crenças: Realizar atividades educativas que permitam eliminar a maioria dos tabus e crenças nos pacientes hipertensos que interferem no adequado uso do tratamento anti-hipertensivo	Aumentando o nível de conhecimentos desses pacientes hipertensos. Capacitação dos profissionais da equipe sobre o tema	Equipe do PSF Gestão municipal de saúde.	Permanente			6 meses após o início

Depois de ter implementado o plano de intervenção serão realizadas avaliações com uma periodicidade de 6 meses a fim de descobrir quais são os fatores facilitadores e as dificuldades na operacionalização do mesmo, e se necessário propor implementações. Aguarda-se um aumento progressivo do acompanhamento dos usuários hipertensos a cada semestre, e conseqüentemente uma cobertura cada vez maior, garantindo um monitoramento de qualidade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretende-se com o plano de ação, que os portadores de Hipertensão Arterial Sistólica inscritos no PSF 01 recebam uma assistência de qualidade e estejam cientes das consequências negativas no controle irregular e inadequado do uso dos anti-hipertensivos. Vários são os fatores que interferem no processo de adesão que podem estar relacionados a características do paciente e ao processo de trabalho.

Dessa forma, a equipe do PSF 01 no planejamento das ações deve considerar as características da população para que sua assistência seja de qualidade. Efetivar o cuidado integral em saúde para os pacientes requer assumir processos de planejamento e avaliação em saúde no cotidiano.

É imprescindível que os profissionais de saúde aprendam a reconhecer os problemas e as necessidades da população sob sua responsabilidade, e que consigam traçar propostas que sejam resolutivas e que modifiquem o processo de trabalho, resultando na organização do serviço e nas condições de saúde do território.

Além disso, o portador de hipertensão arterial sistêmica deve conhecer sua doença para que exista adesão ao tratamento farmacológico, e assim prevenir e controlar a doença. Com a aplicação dessa estratégia seremos capazes de atingir o problema e reduzir ao máximo a morbimortalidade por esta causa na população, aumentando a percepção do risco e favorecendo na busca por melhorias para a saúde. Conhecendo que o tratamento da HAS pode ser farmacológico e não farmacológico, seria qualquer das duas opções um fator importante para lograr o nossos objetivos na diminuição da prevalência da mesma. Obter uma adequada adesão ao tratamento de forma continuada, organizada e responsável dos pacientes seria uma das medidas mais recomendadas para lograr um maior controle dos níveis de pressão arterial.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Caderno de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, n. 15 .p.7 , 2006.

BRASIL. Ministério da saúde.Secretaria da Atenção a Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

JARDIM, P.C.B. *et al.* Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

OMS - Día Mundial Da Saúde, 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo  
SAVICA, V.; BELLINGHERI, G.; KOPPLE, J. D. The effect of nutrition on blood pressure. **Annu. Rev. Nutr.**, [S.I.]. v. 30, n. 30, p. 365-401, aug. 2010.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S.L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida decente, **Revista de enfermagem**. v.6, n. 3, p. 330-335, 2004. Disponível em: <www.fen.ufs.br>. Acesso em março de 2013.

SOARES, M. M., SILVA, L. O. L., Chequer, M. A. A., Rodrigues, S. M., & Dias, C. A. (2014). Comportamentos supersticiosos e práticas comportamentais inadequadas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, supl. 1, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, **Arq. Bras. Cardiol.** vol.89 no.3 São Paulo Sept.2007.

SOUZA, L.B.; SOUZA, R.K.T.; SCOCHI, M.J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil, **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n.4, São Paulo, 2006. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo)>.