

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

DUNIA SIERRA SUAREZ

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENIR COMPLICAÇÕES
CEREBROVASCULARES EM PACIENTES HIPERTENSOS MAIORES
DE 45 ANOS NA ESF SANTA TEREZINHA DO MUNICIPIO DE
GOVERNADOR VALADARES/MG**

**GOVERNADOR VALADARES/MG
2015**

DUNIA SIERRA SUAREZ

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENIR COMPLICAÇÕES
CEREBROVASCULARES EM PACIENTES HIPERTENSOS MAIORES
DE 45 ANOS NA ESF SANTA TEREZINHA DO MUNICÍPIO DE
GOVERNADOR VALADARES /MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

DUNIA SIERRA SUAREZ

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENIR COMPLICAÇÕES
CEREBROVASCULARES EM PACIENTES HIPERTENSOS MAIORES
DE 45 ANOS NA ESF SANTA TEREZINHA DO MUNICIPIO DE
GOVERNADOR VALADARES /MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1: _____

Prof. Bruno Leonardo, de Castro Sena (UFMG)

Examinador 2: _____

Aprovado em Belo Horizonte em _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente à Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia.

Ao meu filho Alessandro e à toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

À todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À minha Família, pelo carinho e apoio.

Aos membros de nossa equipa de saúde e à população de nossa área de Santa Terezinha pela ajuda.

Agradeço a todos os professores por ter me proporcionado o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional. Pela dedicação à minha pessoa, não somente por transmitir conhecimento, mas também por me fazer crescer como pessoa.

*“A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal,
satisfação no trabalho e reconhecimento ”*

Frederick Herzberg

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é responsável por um dos maiores índices de incapacidade física e intelectual a nível mundial. Sem considerar a idade, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o fator de risco mais importante relacionado com a patologia vascular cerebral. Ainda que o tratamento anti-hipertensivo tem conseguido reduzir em quase um 40 % o risco de complicações cerebrovasculares atribuíveis à HAS, estas seguem representando uma das principais causas de mortalidade nos pacientes hipertensos. No Brasil, aproximadamente, um de cada cinco indivíduos tem hipertensão arterial. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é propor um plano de ação com vistas a reduzir o risco cerebrovascular em pacientes hipertensos na ESF Santa Terezinha do município de Governador Valadares/MG. O estudo foi desenvolvido por meio de levantamento de dados (diagnóstico situacional) pelo método de Estimativa Rápida, utilizando três fontes principais: registros escritos da unidade da ESF e de fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área. Foi realizado, primeiramente, um diagnóstico situacional para identificar os vetores de descrição do problema, identificar os nós críticos e as formas de atuação sobre eles, identificar os atores envolvidos, a viabilidade política, os recursos necessários e os meios a serem utilizados para que o objetivo pudesse ser alcançado. Foi feito um levantamento bibliográfico sobre o tema junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e os dados do SIAB e do IBGE cerca dos problemas levantados pela equipe como mais urgentes para a região. Além disso, foi realizada uma consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Utilizou-se de literatura narrativa sobre os fatores de risco e as consequências da HAS por meio de pesquisa em livros e revistas publicados pela imprensa escrita e disponibilizados pelas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) entre outras fontes, durante o primeiro quadrimestre de 2015. A partir deste estudo vai ser possível identificar os fatores de risco cerebrovascular em pacientes hipertensos na nossa área de abrangência, determinar o nível de conhecimento que tem a população sobre dita temática e além disso traçar um plano de ação dirigido, seguindo o modelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), para melhorar a saúde local. Esperamos que a partir do estudo possamos compreender um pouco mais sobre as complicações do sistema cerebrovascular dos pacientes hipertensos em seu contexto, refletindo sobre ações e estratégias de prevenção primária que possa minimizar esse problema.

Descritores: Hipertensão. Acidente Vascular Cerebral. Prevenção primária.

ABSTRACT

The Stroke (CVA) is responsible for one of the highest rates of physical and intellectual disability worldwide. Without regard to age, high blood pressure (hypertension) is the most important risk factor associated with cerebral vascular pathology. Although the antihypertensive treatment has been able to reduce by almost 40% the risk of cerebrovascular complications attributable to hypertension, these continue to represent one of the main causes of mortality in hypertensive patients. In Brazil, approximately one in five individuals have hypertension. Thus, the aim of this study is to propose an action plan aimed at reducing the cerebrovascular risk in hypertensive patients in the FHS St. Therese of the city of Governador Valadares / MG. The study was conducted through data collection (situational diagnosis) by Flash Estimate method using three main sources: written records of the ESF unit and secondary sources, interviews with key informants and active viewing area. Was held, first, a situational diagnostic to identify the description of vectors of the problem, identify the critical nodes and ways of acting on them, identify the stakeholders, the political viability, the necessary resources and means to be used for the objective could be achieved. A literature review was made on the issue with the computerized databases of the Virtual Health Library (VHL) and SIAB and IBGE data about the problems raised by the team as the most urgent for the region. In addition, a consultation with the Descriptors in Health Sciences (DeCS) was performed. We used narrative literature on the risk factors and consequences of hypertension through research in books and magazines published by the press and made available by the databases of the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) among other sources, during the first quarter 2015. From this study, it will be possible to identify the cerebrovascular risk factors in hypertensive patients in our coverage area, determine the level of knowledge that has a population of said subject and draw a directed plan of action, following the model Situational Strategic Planning (PES), to improve local health. We expect from the study can understand a little more about the complications of cerebrovascular system of hypertensive patients in their context, reflecting on actions and primary prevention strategies that can minimize this problem.

Keywords: Hypertension. Stroke. Primary prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde;
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral;
- AVCi** – Acidente Vascular Cerebral isquêmicos;
- AVCh** – Acidente Vascular Cerebral hemorrágicos;
- AVE** – Acidente Vascular Encefálico;
- BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde;
- DeCS** – Descritores em Ciências da Saúde;
- ESF** – Estratégia Saúde da Família;
- HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica;
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
- IDH** – Índice de desenvolvimento Humano;
- MG** – Minas Gerais;
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
- PES** - Planejamento Estratégico Situacional;
- PIB** – Produto Interno Bruto;
- PSF** – Programa de Saúde da Família;
- SCIELO** – *Scientific Electronic Library on Line*;
- SIAB** – Sistema Informação Atenção Básica;
- SUS** – Sistema Único de Saúde;
- UBS** – Unidade Básica de Saúde;
- SBC** – Sociedade Brasileira de Cardiologia;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Território de Governador Valadares – Minas Gerais.....	11
Figura 2: Panorama de Governador Valadares com o Pico da Ibituruna ao fundo ..	12
Figura 3: Parapentes em Governador Valadares – Minas Gerais.....	12
Figura 4: Índios Botocudos, antigos habitantes da região.....	13
Figura 5: Bração do Município Governador Valadares.....	15
Figura 6: Aspectos socioeconômicos de Governador Valadares	17
Figura 7: ESF Santa Terezinha após remodelação.....	18
Figura 8: Equipe de saúde equipe da ESF Santa Terezinha.....	19
Figura 9: Equipe de saúde equipe da ESF Santa Terezinha na reinauguração do posto com a prefeita de Governador Valadares Elisa Maria Costa e membros do seu gabinete.....	20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Recursos humanos da equipe da ESF Santa Terezinha.....	18
Quadro 2: Classificação da pressão arterial.....	27
Quadro 3: Fontes de dados dos principais problemas em saúde da comunidade ESF Santa Terezinha, Governador Valadares/MG.	34
Quadro 4: Priorização dos problemas em saúde da comunidade ESF Santa Terezinha com justificativas, Governador Valadares/MG.....	35
Quadro 5: Priorização dos principais problemas detectados na ESF Santa Terezinha de acordo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, Governador Valadares/MG.	36
Quadro 6: Desenho das operações para os “nós críticos” do problema complicações cerebrovasculares da hipertensão arterial. ESF Santa Terezinha, Governador Valadares/ MG.	39
Quadro 7: Recursos críticos para o problema complicações cerebrovasculares da hipertensão arterial na ESF Santa Terezinha, Governador Valadares/MG.....	41
Quadro 8: Propostas de ações para a motivação dos atores.....	42
Quadro 9: Elaboração do Plano Operativo.....	44
Quadro 10: Gestão do plano	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	23
4 METODOLOGIA	24
5 REVISÃO DE LITERATURA	25
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	25
5.2 Complicações associadas a Hipertensão Arterial (AVC)	26
5.3 Fatores de risco Cerebrovascular	28
6 PLANO DE AÇÃO	31
6.1 Identificação dos problemas.....	32
6.2 Priorização dos problemas.....	32
6.3 Descrição do problema.....	34
6.4 Explicação do problema	35
6.5 Seleção dos nós crítico	36
6.6 Desenho das operações.....	38
6.7 Análise dos recursos críticos, atores e viabilidade	39
6.8 Elaboração do Plano Operativo.....	41
6.9 Gestão do Plano.....	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERENCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 Definição

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2013), um paciente é considerado hipertenso quando a sua pressão arterial é sistematicamente, igual ou maior que 140/90 mmHg (SBH, 2014b). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) define a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como sendo:

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 (SBC, 2014b, p. 01).

"A hipertensão arterial aumenta em 3 a 4 vezes o risco de AVC podendo ser considerada como responsável de metade de todos os casos" (ANDRE, 1999 *apud* ARAUJO *et al.*, 2008). "Por cada 3 mmHg de descida há uma diminuição de risco de 20%" (EZEKOWITS, 2006 *apud* FERREIRA, 2006).

Os maiores agravos do HAS são as doenças cerebrovasculares, a arterial coronariana, a insuficiência cardíaca, a doença renal crônica e a doença arterial periférica (BRASIL, 2006b).

A mortalidade de DCV aumenta, de forma linear, com o aumento da PA a partir de 115/75 mmHg. Desta, mundialmente (dados de 2001), 54% foram causadas por acidente vascular encefálico (AVC), e 47% por doença isquêmica do coração, sendo que a maioria ocorreu em países de baixo e médio desenvolvimento econômico, e acima de 50% em indivíduos com a idade de 45 e 69 anos (SBC, 2014b, p. 03).

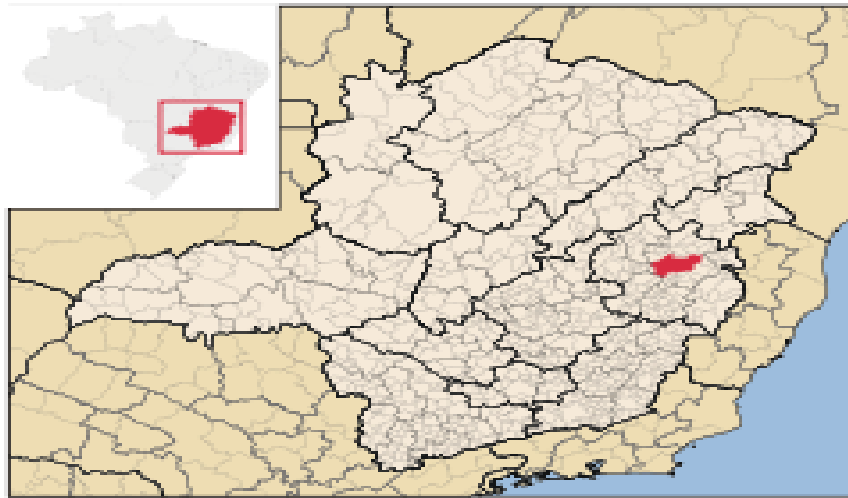
1.2 Contexto Geral

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO:

Minas Gerais é uma das 27 unidades federativas do Brasil, sendo o quarto estado com a maior área territorial e o segundo em quantidade de habitantes. Seu território é subdividido em 853 municípios.

Governador Valadares localiza-se a nordeste da capital do estado, distando destes cerca de 320 quilômetros. De acordo com IBGE, Brasil (2010), sua população estimada era de 276,995 habitantes, sendo assim o nono mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião. Está a 960 quilômetros de Brasília, a capital federal. Ocupa uma área de 2348,1 km². Desse total, 24,3674 km² estão em perímetro urbano (IBGE, 2014).

Figura 1: Território de Governador Valadares – Minas Gerais



Fonte: Wikipedia (2015). Disponível em:
<https://es.wikipedia.org/wiki/Governador_Valadares>

A cidade ainda se destaca em seu turismo. Em Governador Valadares está o Pico da Ibituruna. Com 1 123 metros de altitude, é um dos pontos mais altos do Leste mineiro. É sede de uma das etapas do Campeonato Brasileiro de Voo Livre sendo que os competidores saltam do Pico, de onde se pode avistar toda a região do Vale do Rio Doce (IBGE, 2014).

Figura 2: Panorama de Governador Valadares com o Pico da Ibituruna ao Fundo



Fonte: : Wikipedia (2006). Disponível em:
<https://pt.wikipedia.org/wiki/Governador_Valadares>

Figura 3: Parapentes em Governador Valadares – Minas Gerais



Fonte: Canal off da Globo(2013). Disponível em:
<<http://canaloff.globo.com/programas/natura-kaiak/materias/turistas-no-ar.html> >

HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

O desbravamento de Governador Valadares e região inicia-se por volta do ano de 1573 quando Sebastião Fernandes Tourinho, partindo do litoral brasileiro, subiu pelo Rio Doce até alcançar a foz do Suaçuí Grande, com a finalidade de descobrir ouro e pedras preciosas. Os descobridores encontraram uma série de dificuldades, não só o rio, com seus bancos de areia dificultando a interiorização da bacia, como as impenetráveis florestas, e, mais ainda, a ferocidade dos índios botocudos. Com o objetivo de conter os constantes ataques dos silvícolas, instalou-se no Vale, no local conhecido como Porto de Dom Manuel, uma das seis Divisões Militares do Rio Doce, criadas pela Carta Régia de 13 de maio de 1808. (WIKIPEDIA,2015).

Um dos primeiros povoados construídos na região foi de São Miguel e Almas de Guanhões, estabelecido em torno de uma capela erguida em 1811 nos terrenos de José Coelho da Rocha, Francisco de Souza Ferreira, Antônio de Oliveira Rosa, Faustino Xavier Caldeira e José de Oliveira Rosa. Posteriormente, foram aos poucos sendo criados os povoados de Ferros, Conceição do Mato Dentro, Paulistas e Peçanha, estando Figueira (atual Governador Valadares) subordinada a este último (atualmente ambos são municípios). Em 1882, o povoado passou a distrito de paz com a denominação de Baguari e, em 1884, a distrito do município de Peçanha.

Figura 4: Índios Botocudos, antigos habitantes da região.



Fonte: : Wikipedia (2006). Disponível em:
<https://pt.wikipedia.org/wiki/Governador_Valadares>

A geografia influenciou a escolha deste local: a via fluvial, permitindo a atividade do porto entre as cidades de Aimorés e Naque, além de ser o rio Doce ligação com o litoral do estado do Espírito Santo. O Pico da Ibituruna, com seus 1 123 metros de altitude, era um marco referencial para os que penetravam na região. Após a instalação do Distrito, foi grande o surto de progresso, especialmente a partir de 15 de agosto de 1910, quando foi inaugurada a Estação Ferroviária de Governador Valadares e da Estrada de Ferro Vitória a Minas, que deu características de entreposto comercial ao Distrito. Em 1928 foi construída a rodovia Figueira-Coroaci, o que permitiu o escoamento de produtos originários dos municípios vizinhos, e ainda a distribuição de produto/s de outras regiões. Em 1937, a ligação Vitória-Minas com a Central do Brasil colocou o atual município em conexão com grandes centros consumidores, consolidando sua situação privilegiada na região. A atividade econômica de Figueira, baseada na exploração da mica, madeira, carvão vegetal e pedras preciosas promoveu o processo de urbanização do Distrito, resultando na fixação de contingentes humanos (WIKIPEDIA,2015).

ASPECTOS GEOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Governador Valadares está situada no Leste do Estado de Minas Gerais e localizada na mesorregião do Vale do Rio Doce. A Princesa do Vale, como também é conhecida, foi fundada em 1938 e conta atualmente com uma população aproximada de 275.568 habitantes (IBGE, 2013).

Figura 5: Bração do Município Governador Valadares.



Fonte: Wikipedia (2006). Disponível em:
<https://pt.wikipedia.org/wiki/Governador_Valadares>

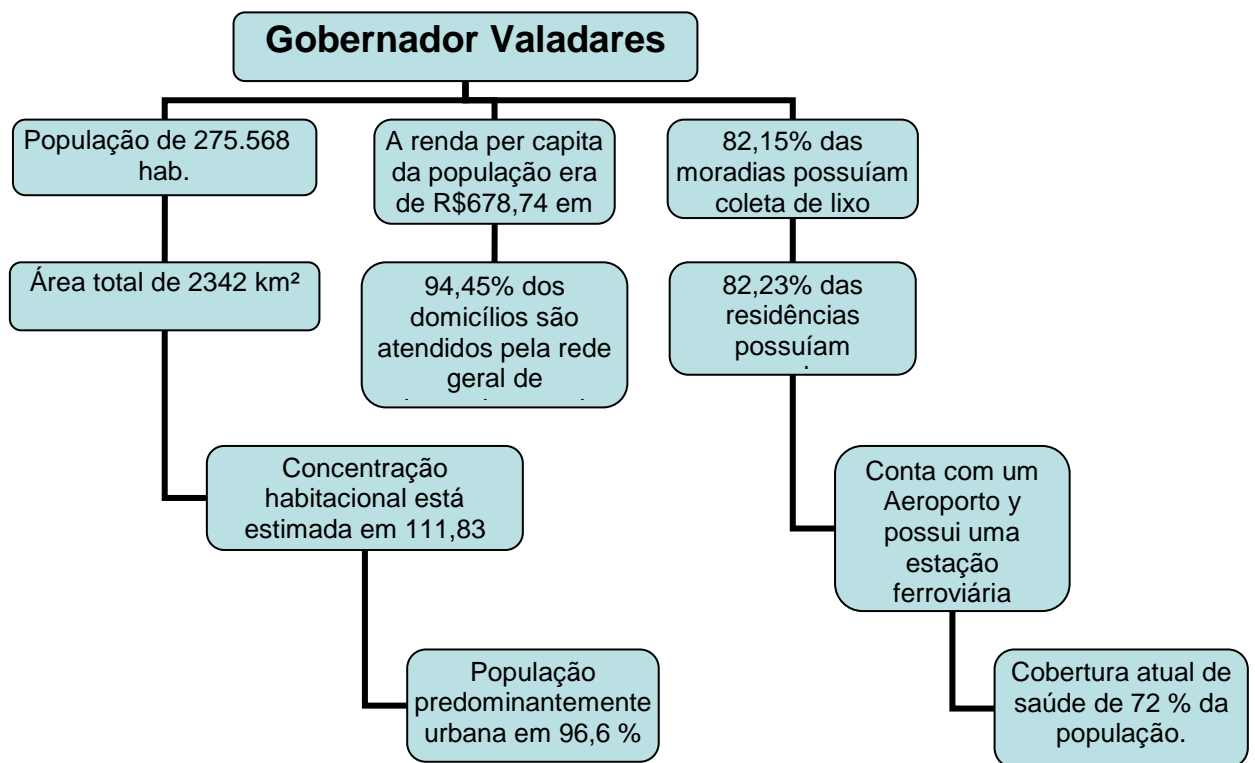
A altitude máxima é de 1.123 m, no Pico da Ibituruna, e a mínima, de 170 m, na foz do Rio Doce. As torres avistadas no Pico da Ibituruna pertencem às emissoras de rádio e TV locais. Cercada por elas está a imagem de Nossa Senhora das Graças.

Governador Valadares tem limite com os seguintes municípios: Açucena, Alpercata, Coroaci, Divino das Laranjeiras, Frei Inocência, Galiléia, Marilac, Mathias Lobato, Nova Módica, Santa Efigênia de Minas, São Geraldo da Piedade, Sardoá e Tumiritinga.

- **DISTRITOS:** Alto de Santa Helena, Baguari, Brejaubinha, Xonin de Cima, Xonin de Baixo, Derribadinha, Nova Brasília, Vila Nova Floresta, São José do Goiabal, Penha do Cassiano, Santo Antônio do Pontal, Santo Antônio do Porto, São José do Itapinoã e São Vítor.
- **EXTENSÃO TERRITORIAL:** 2.342 km²
- **DENSIDADE DEMOGRÁFICA:** 80,19 hab/km²
- **CLIMA:** Tropical megatérmico e subúmido, com estação chuvosa de outubro a abril e estiagem de maio a setembro. A temperatura média anual oscila em torno de 23°C (mínima), máxima de 30°C e média de 17°C. A umidade relativa do ar fica em torno de 70%, com ventos predominantes na direção Nordeste.

- **HIDROGRAFIA:** Os principais cursos d'água de Governador Valadares são os rios Doce, Suaçuí Grande, Suaçuí Pequeno e Tronqueiras, além dos córregos do Onça, Bernardos, Itapinoã, Santa Helena, Caramonho, Paca, Cassiano, Cadro, Figueirinha, Capim, Melquíades e outros menores.
- **RODOVIAS DE ACESSO:** BR 381 para Belo Horizonte e São Paulo; BR 116 (Rio-Bahia) e BR 259 Brasília-Espírito Santo (Vitória).
- **SISTEMA FERROVIÁRIO:** Trem de passageiros entre as capitais Belo Horizonte (MG) e Vitória (ES), com capacidade para transportar 44 mil passageiros por mês, servindo 155 municípios mineiros e 43 capixabas.
- **SISTEMA PORTUÁRIO:** Acesso ao porto do Rio de Janeiro pela BR 116; acesso ao porto de Vitória, Tubarão e Capuaba (todos no Espírito Santo) pela BR 259 e pela Estrada de Ferro Vitória-Minas (Vale).

Figura 6: Aspectos socioeconômicos de Governador Valadares.



Fonte: IBGE (2014).

CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO/ÁREA DE ABRANGÊNCIA

A Unidade Básica de Santa Terezinha situa-se na Rua Omar Magalhaes No. 940, Bairro Santa Terezinha no Município de Governador Valadares. O acesso a unidade pode ser através de transporte público, particular e caminhando até a unidade, sendo a última a forma mais utilizada pelos usuários.

Figura 7: ESF Santa Terezinha após remodelação



Fonte: Autoria propia(2015).

A unidade está localizada na periferia do bairro, tem acesso pelas ruas onde é possível locomover-se em veículos automotores. O Bairro Santa Terezinha tem como principal fonte de emprego é o comércio por conta própria. A religião mais praticada é Cristiana Evangélica com 7 igrejas. Além disso conta com 1 escola de ensino fundamental.

Quadro 1: Recursos humanos da equipe da ESF Santa Terezinha.

Membros da Equipe	Quantidade
Medica	01
Enfermeira	01
Odontologista	01

Técnica em enfermagem	01
Técnica em saúde bucal	01
Agentes comunitárias	06
Assistente Social	01
Fisioterapeuta	01
Nutricionista	01
Psicólogo	01
Técnico em Farmácia	01

Fonte: SIAB (2014).

Figura 8: Equipe de saúde equipe da ESF Santa Terezinha



Fonte: Autoria propia(2015).

De acordo com o IBGE (2014), a ESF Santa Terezinha possui 971 famílias cadastradas, para um total 3.040 pessoas. Na unidade Santa Terezinha são oferecidos serviços de acolhimento, vacinação, consultas médicas e de enfermagem, dispensação de medicamentos, coleta de material para exames, encaminhamentos para consultas especializadas, visitas domiciliares, consulta pré-

natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, consulta de planejamento familiar, atividades educativas de promoção de saúde.

Figura 9: Equipe de saúde equipe da ESF Santa Terezinha na reinauguração do posto com a prefeita de Governador Valadares Elisa Maria Costa e membros do seu gabinete.



Fonte: Autoria propia(2015).

A unidade foi remodelada há 1 mês, conta com uma boa estrutura física, tem uma ampla área de recepção com assentos, sala de reunião, sala de vacinação, sala de curativos, banheiros, sala de observação, consultório médico, de enfermagem e de odontologia. Os prontuários estão organizados por micro áreas e guardados em envelopes separados para cada família. No enfoque social temos alta incidência de pacientes que consomem álcool e estupefacientes. Temos um alto índice de delito em nossa área gerado pela venda e consumo de drogas, assim como alto índice de doenças de transmissão sexual. As principais causas de morte em nossa área são complicações cerebrovasculares e cardiovasculares de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e outras, assim como também os acidentes de trânsito e morte gerada por violência.

2 JUSTIFICATIVA

O AVE representa a terceira causa de morte em países industrializados e a primeira causa de incapacidade entre os adultos. Anualmente, 700 mil pessoas nos Estados Unidos sofrem um AVE, numa frequência de um a cada 45 minutos. A incidência do AVE tende a intensificar-se por envelhecimento da população, aumento dos casos de diabetes, obesidade e falta de atividade física (GORDON *et al.*, 2004).

No Brasil, o AVE corresponde a pouco mais de 80% das internações pelo Sistema Único de Saúde – SUS (no ano 2000). Além disso, leva o indivíduo a sérias consequências médicas e sociais que podem ser: seqüelas de ordem física, funcional, emocional e de comunicação. Entre as consequências, são comuns: a ansiedade, a depressão, os distúrbios do sono e da função sexual (FALCÃO *et al.*, 2004).

O principal fator de risco para o AVC é a hipertensão arterial, que, quando devidamente controlada, reduz significativamente as taxas de incidência dessa terrível doença. Apesar de todo avanço que se tem conseguido nos últimos anos referente ao tratamento do AVC, a sua prevenção é prioritária e, neste aspecto, o controle da pressão arterial tem papel eminente. A hipertensão arterial é o principal fator de risco modificável para as doenças cerebrovasculares principalmente para o AVC. Cerca de 80% dos AVC estão relacionados à HAS, que pode causar todos os diferentes tipos de AVC, como infarto, hemorragia, grandes AVC ou lacunares e as demências vasculares. A detecção e controle da pressão arterial é um ponto básico e fundamental de qualquer programa de prevenção de AVC, devendo ser esse o maior foco. Existe uma relação muito próxima entre DCV e HAS: o cérebro, muitas vezes, é o causador da HAS e ao mesmo tempo a principal vítima dessa doença. O cérebro é, em geral, o órgão que mais precocemente e mais intensamente sofre as consequências da HAS. O comprometimento é precoce e progressivo; quanto maior o tempo de exposição à HAS, maior o risco, e quanto maiores os índices da HA, igualmente maiores serão as complicações (GAGLIARDI, 2015).

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No

Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. 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).

O AVC é uma das doenças que mais matam no mundo. É a maior causa de incapacitação da população na faixa etária superior a 50 anos, sendo responsável por 10% do total de óbitos, 32,6% das mortes com causas vasculares e 40% das aposentadorias precoces no Brasil. O país está entre os dez primeiros com maiores índices de mortalidade por AVC. A cada ano, são registrados no Brasil aproximadamente 90 mil óbitos por doenças cerebrovasculares. O Sistema Único de Saúde (SUS) registrou no ano de 2008 cerca de 200 mil internações por AVC, que resultaram em um custo de aproximadamente R\$ 270 milhões para os cofres públicos. Desse total, 33 mil casos evoluíram para óbito (ABRAMCZUK; VILLELA, 2015).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, dedicado à Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, de 2006, a hipertensão vem a ser:

(...) um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos 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 doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006, p. 9).

Grandes números de complicações podem estar associados à hipertensão arterial, de modo que a manutenção da pressão arterial em níveis elevados pode alterar as condições vasculares e do coração ou também acelerar graus variados de aterosclerose.

A excessiva morbimortalidade relacionada a hipertensão arterial está na dependência das variações dos níveis das pressões sistólica e diastólica. As sequelas encontradas variam significativamente entre indivíduos com níveis de pressão arterial semelhantes. Em geral, negros de ambos os sexos apresentam complicações da hipertensão (SMELTZER; BARE, 2002).

Tendo em vista a análise situacional e averiguação de competências da equipe da ESF Santa Terezinha, a hipertensão e as complicações cerebrovasculares foi selecionado como tópico de abordagem de saúde pública mais abrangente porque predomina a Hipertensão Arterial como doença crônica em nossa população, para um total de 465 caso, ou seja, o 15,2% do total da população; ademais, dessa totalidade de hipertensos, um 4,7 % apresentam complicações cerebrovasculares: Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico ou Isquêmico para um total de 22 pacientes.

Além disso o conhecimento dos principais fatores de risco da mesma é qualificado como deficiente, a imensa maioria dos doentes não conhece como enfrentá-los e a repercussão no seu organismo, as mãos hábitos dietéticos, a falta de exercícios físicos e a vida sedentária são fatores encontrados. Este trabalho justifica-se pela necessidade da realização de uma investigação que aborde esta situação e refletir como se comporta a hipertensão nos pacientes desta população e assim conhecer os fatores determinantes de sua qualidade de vida e projetar estratégias que permitam sua melhoria.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de ação com vistas a reduzir o risco cerebrovascular em pacientes hipertensos maiores de 45 anos na ESF Santa Terezinha do município de Governador Valadares/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e priorizar os principais problemas de saúde da nossa área de abrangência;
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada a traves de uma minuciosa revisão literária;
- Avaliar a extensão e as consequências do problema existente;
- Determinar o nível de conhecimento que tem a população estudada sobre os fatores de risco da hipertensão arterial não controlada;
- Elaborar e executar um conjunto de ações a serem desenvolvidas em conjunto com a comunidade do Bairro Santa Terezinha de forma a controlar e prevenir as complicações cerebrovasculares da HAS.

4 METODOLOGIA

Considerando a relevância da temática abordada o presente trabalho teve como metodologia uma pesquisa bibliográfica baseada em consultas de fontes diversas. Os dados foram levantados por um diagnóstico situacional feito pelo método da Estimativa Rápida, utilizando três fontes principais: registros escritos da unidade da ESF Santa Terezinha e de fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área. A principal fonte de dado foram os registros escritos (dados secundários). Seguidamente da identificação dos principais problemas encontrados na área de abrangência foi necessário priorizar um problema. Para priorizar o problema foi necessário seguir o critério de seleção considerando a importância do problema na comunidade, o grau urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe.

Alguns critérios foram seguidos nesse tipo de pesquisa bibliográfica para um bom desenvolvimento do trabalho. Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e além disso dos dados do SIAB e do IBGE cerca dos problemas levantados pela equipe como mais urgentes para a região. Foi realizada uma consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), chegando-se a definição dos seguintes termos: Hipertensão. Acidente Vascular Cerebral. Prevenção primária. Utilizou-se de literatura narrativa sobre os fatores de risco e as consequências da HAS por meio de pesquisa em livros e revistas publicados pela imprensa escrita e disponibilizados pelas bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) entre outras fontes, durante o primeiro quadrimestre de 2015.

Após este processo foi realizada uma proposta para elaboração de plano de intervenção que será aplicado pela equipe da ESF Santa Terezinha por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2001) a HAS é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Segundo a VI DBH (2010) hipertenso é todo indivíduo adulto, maior de 18 anos, cuja pressão arterial sistólica atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou pressão arterial diastólica seja igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Porém, a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg representa uma variável linear, contínua e independente que se associa positivamente com o risco cardiovascular. A seguir, a classificação diagnóstica da PA em indivíduos maiores de 18 anos (Quadro 2).

Quadro 2: Classificação da pressão arterial.

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA(mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA(mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
estagio 1	140-159	90-99
estagio 2	160-179	100-109
estagio 3	≥180	≥110
Isolada	≥140	< 90

Legenda: ≤ (menor ou igual), < (menor), ≥ (maior ou igual), > (maior).

Fonte: NOBRE (2010).

A hipertensão é chamada de “assassina silenciosa”, pois esta condição vai exercendo seus estragos silenciosamente sem que o paciente se aperceba. Sintomas geralmente atribuídos à pressão alta como dor de cabeça, vertigens, visão borrada, são raros. A única maneira de diagnosticar hipertensão arterial é aferindo a pressão e tratando-a a tempo, antes que as consequências sobre os vasos e órgãos

nobres se manifestem. Por isso é importante uma conscientização sobre a necessidade de avaliar periodicamente a pressão principalmente se houver história familiar de hipertensão arterial (ENDOCARDIO, 2014).

5.2 Complicações associadas à HAS: AVC.

O AVE é a nomenclatura mais atual para o acidente vascular cerebral (AVC). O AVC compreende apenas uma porção do encéfalo, que é o cérebro, excluindo, dessa forma, o cerebelo e o tronco encefálico. Para a população leiga, o termo mais utilizado é o “derrame”, que se refere apenas ao AVE hemorrágico, o que exclui cerca de 80 % dos casos de origem isquêmica (NITRINI; BASCHESCHI, 2003).

O AVE é uma patologia que acomete os vasos do encéfalo, uma subdivisão do sistema nervoso central que compreende o cérebro, o cerebelo e o tronco encefálico. Pode ser classificado como isquêmico ou hemorrágico dependendo do fator causal. Diversos são os fatores desencadeantes de um AVE, entre eles: obesidade, hipertensão arterial, inatividade física, predisposição genética, tabagismo e diabetes mellitus (FALCÃO *et al.*, 2004).

O AVC está integrado à categoria das doenças cerebrovasculares e é caracterizado pelo início agudo de um déficit neurológico, podendo ser classificado como isquêmico ou hemorrágico, com um grande número de casos de morte ou adoecimento, com freqüentes seqüelas de incapacidades físicas e/ou mentais.

Segundo Perlini:

O AVC é uma das doenças graves no Brasil, gerador de incapacidades crônicas, com perda da independência e, muitas vezes, da autonomia, o que pressupõe a necessidades de alguém que auxilie o paciente nas suas dificuldades e desempenho das suas atividades diárias (PERLINI, 2005, p.155).

O sistema nervoso é altamente dependente da circulação sangüínea. O encéfalo representa apenas cerca de 2 % da massa corporal de uma pessoa, mas recebe 15% do fluxo sangüíneo e consome, aproximadamente, 20% do oxigênio disponível na circulação. Isso reflete a alta taxa metabólica do tecido nervoso. O oxigênio e a glicose não são armazenados no sistema nervoso, por isso é imprescindível aporte sangüíneo e ininterrupto desses elementos por meio do sangue arterial (LENT, 2004).

A hipertensão é o principal fator de risco para AVE estando associada à doença de pequenas e grandes artérias. O risco imposto pela hipertensão é maior para insuficiência cardíaca e AVE, mas nos países do hemisfério norte-ocidentais, a doença coronariana é mais comum e letal. Ainda não está claro se a pressão diastólica elevada ou hipertensão sistólica isolada apresentam riscos distintos, mas a excessiva valorização da pressão diastólica para avaliar risco pode ser inadequada na idade avançada. (SACCO; WOLF; GORELICK, 1999).

A avaliação da relação entre hipertensão sistólica isolada e outros fatores de risco com subtipos de AVE isquêmico e hemorrágico em idosos demonstrou associação de idade, fumo, diabetes, pressão sistólica elevada, baixo colesterol HDL e anormalidades eletrocardiográficas com incidência aumentada de AVE genérico, AIT, ou AVE isquêmico. A hipertensão sistólica isolada, a história de diabetes e o fumo constituíram os fatores de risco para AVE lacunar, enquanto o sopro carotídeo foi fator de risco para AVE aterosclerótico e idade para o embólico (DAVIS *et al.*,1998)

Ambas pressões sanguíneas podem conferir risco significativo, mas a sistólica sobrepujou a diastólica. O risco, entretanto, só foi evidenciado claramente no percentil de 40% superior da pressão arterial, ou seja, até o percentil 60% não se evidenciou risco (associação não-linear, vide artigo de magnitude do risco). (LINDENSTROM; BOYSEN; NYBOE,1995).

No Brasil, a hipertensão arterial é o fator de risco mais importante para doença cerebrovascular, cuja estimativa de prevalência está em torno de 11% a 20% acima dos 20 anos e 35% acima dos 50 anos. Em torno de 85% dos pacientes com AVE são hipertensos (ROMÁN; GIBBS,1991).

O AVC, pode ser definido como disfunção cerebral focal de início agudo e duração superior a 24 horas levando à morte, sem causa aparente que não de origem vascular (GOMES, 1998). No mundo, segundo a OMS, é a segunda causa mais comum de morte em países de média e alta renda, e, segundo o DATASUS, a principal causa de morte no Brasil.

O AVC pode ser categorizado em dois grandes grupos: anóxico-isquêmicos (AVCi) - resultado da falência vascular para suprir adequadamente o tecido cerebral com oxigênio e substratos hemorrágicos, resultado do extravasamento de sangue para dentro ou para o entorno das estruturas do sistema nervoso central (LEAL, 2001).

5.3 Fatores de Risco Cerebrovasculares

Alguns fatores podem identificar os pacientes de maior risco: idade avançada, estenose significativa da artéria carótida, doença cardíaca associada, fibrilação atrial de início recente. Os fatores de risco para o AVE isquêmico podem ser classificados em dois grupos: **não-modificáveis** (idade, raça e história familiar); **modificáveis** (AVE isquêmico prévio, doença da artéria carótida, fibrilação atrial, outros tipos de doenças cardíacas, hipertensão arterial, tabagismo, hiperlipidemia, diabetes mellitus, inatividade física, alcoolismo, terapia de reposição hormonal e processos inflamatórios) (GORDON *et al.*, 2004).

FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS

- **IDADE** - O risco de AVC aumenta conforme a idade. Entre 60% e 75% da totalidade de AVC ocorrem em pessoas com mais de 65 anos (FERRO *et al.*, 2000, p. 9). Já segundo Rolak (1995, p. 1907): “O risco de AVC é diretamente proporcional à idade”.

- **SEXO** - No homem, a incidência de AVC é ligeiramente superior provavelmente, devido à falta de vigilância de hipertensão e doença cardíaca (MARTINS, 2002). Segundo Rolak (1995, p. 190): “No homem a incidência de AVC é ligeiramente superior”

- **RAÇA** - Os afro-americanos são duas vezes mais propensos a desenvolver AVC trombótico, e três vezes mais propensos a desenvolver AVC hemorrágico. Segundo Ferro *et al.* (2000, p. 09): “Os AVC são mais frequentes nos indivíduos de raça negra, (...) o AVC no indivíduo de raça negra é mais grave e tem maior mortalidade”.

A tendência ao desenvolvimento de AVC exibida pelos indivíduos de raça negra resulta, segundo André (1999, p. 07): “Provavelmente por maior tendência genética ao desenvolvimento de HTA”.

- **FATORES GENETICOS** - Segundo vários autores verifica-se uma tendência significativa para a ocorrência de AVC entre diferentes gerações, sendo a prevalência quatro vezes superior em doentes cujos pais também padecem desta patologia (ANDRÉ, 1999).

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

• **HIPERTENSÃO ARTERIAL** - é um dos principais fatores de risco para o aparecimento do AVC, seja hemorrágico ou não. Segundo Ferro (2000, p. 10): "A hipertensão arterial é o fator de risco modificável mais importante para o AVC".

Já de acordo com Leal:

(...) é fundamental o controle da tensão arterial em especial, na população de maior idade. A sua detecção, tratamento e educação assim como o acompanhamento dos utentes são medidas eficazes para reduzir a mortalidades e a incapacidades associadas ao AVC (LEAL, 2001, p. 131).

Segundo Martins (*apud* FERRO, 2002, p. 59): "A hipertensão arterial aumenta, em pelo menos seis vezes, o risco de todos os tipos de AVC".

• **DIABETES MELLITUS** - Em diabéticos de ambos os sexos, o risco de desenvolver um AVC é duas vezes maior, o controle dos níveis de glicemia deve ser sempre realizado, pois constitui a maior determinante da possibilidade de prevenção das complicações vasculares da doença (ANDRÈ, 1999). Partindo do princípio que a prevalência desta patologia é menor que a HTA, o impacto da diabetes na incidência de AVC é também menor. No entanto, para Martins (2002, p. 62): "Regista-se uma maior incidência de AVC na população que apresenta esta doença, relativamente à população em geral. "

• **DIETA E PESO CORPORAL** – Em estudos observacionais, um consumo elevado de frutas e vegetais associou-se a uma diminuição do risco de AVC. O risco de AVC isquêmico foi menor nos indivíduos que consumiram peixe pelo menos uma vez por mês. A ingestão de cereais integrais associou-se a uma redução de doença cardiovascular, mas não de AVC. De acordo com Ferro:

O índice de massa corporal elevado (IMC ≥ 25) associa-se a um risco aumentado de AVC em homens e mulheres, essencialmente mediado pela hipertensão arterial e diabetes concomitantes. A gordura abdominal é um factor de risco para AVC em homens, mas não em mulheres. Apesar da perda de peso reduzir a pressão arterial, não diminui o risco de AVC (FERRO *et al.*, 2008, p. 33).

• **ÁLCOOL** – Um elevado consumo de álcool (> 60 g/dia) aumenta o risco de AVC isquêmico e de AVC hemorrágico. Em contraste, um consumo ligeiro (<12 g/dia) associa-se a uma redução de todos os AVC. O consumo de vinho tinto está associado com o risco mais baixo, em comparação com outras bebidas, segundo (FERRO *et al*, 2008).

• **TABAGISMO** – Sabe-se na atualidade, e segundo Ferro (2000, p.10), “(...) que fumar é um fator de risco importante para o AVC, pois aumenta esse risco pelo menos, para o dobro”.

Entretanto de acordo com Cambier e Masson:

O tabaco é um fator de risco importante para o AVC, particularmente para o ateroma extracraniano. Dois a três anos após a suspensão do consumo de tabaco o risco de AVC é idêntico ao do não fumador (Ribeiro, 1998). A relação entre o número de cigarros fumados por dia e a duração do vício constituem um fator que predispõe ao aumento da incidência de AVC, sendo este risco, maior nos jovens e nas mulheres (CAMBIER; MASSON, 1999, p. 25).

Segundo Ferro:

Estudos de observação mostraram que o tabagismo é um fator de risco independente para AVC isquêmico tanto em homens como em mulheres. O tabagismo do cônjuge pode estar associado a um aumento do risco de AVC (FERRO *et al.*, 2008, p. 32).

• **CONTRACEPTIVOS ORAIS E TERAPÊUTICA HORMONAL DE SUBSTITUÇÃO** Os anticoncepcionais, em regra, aumentam o risco de hemorragia subaracnóidea e de trombose venosa cerebral. Os anticoncepcionais de baixa dose, não está provado que aumentam o risco de AVC, apenas quando associado a outros fatores (FERRO, 2000, p.11). E segundo André (1999, p. 11): “A associação entre pílulas anticoncepcionais mistas e AVC era maior quando se usavam pílulas com alto teor de estrogênio”.

A hipertensão está associada diretamente com fatores de risco como: hiperlipidêmias, hábitos de fumar, diabetes, obesidade, modificam o risco individual. As complicações específicas são:

- 1) Doença cardiovascular hipertensiva: A hipertrofia ventricular esquerda é encontrada em 10-30% dos hipertensos, dependendo do nível da pressão sanguínea e da duração da hipertensão;
- 2) Doença cerebrovascular hipertensiva: A hipertensão arterial é o maior fator predisponente aos Acidentes Cerebrovasculares incluindo as hemorragias ou infartos cerebrais. A incidência dessas complicações está significativamente reduzida com a terapêutica anti-hipertensiva.
- 3) Doença hipertensiva renal: A hipertensão crônica determina nefrosclerose, causa comum de insuficiência renal.
- 4) Dissecção da aorta: a hipertensão é a maior causa determinante da exacerbação da dissecção da aorta.
- 5) Complicações ateroscleróticas: as relações entre hipertensão e doença aterosclerótica cardiovasculares são menos intensas do que nas complicações relatadas anteriormente.
- 6) Hipertensão maligna: qualquer tipo de hipertensão permanente, primária ou secundária, podendo tornar-se mais grave de forma súbita; a pressão diastólica acima de 130 mmHg e produz necrose arteriolar difusa e hiperplasia da camada íntima das artérias interlobulares do rim que por sua vez causa atrofia isquêmica da nefrona. O aumento da pressão arterial resulta em edema de papila, hemorragia e exsudato da retina (SMELTZER; BARE, 2002).

6 PLANO DE AÇÃO

Todo método de planejamento apresenta etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas. E esses passos devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final para cada problema diagnosticado em um território deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo (CARDOSO *et al.*, 2008).

Portanto, uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência, é necessário que realize a construção do plano de ação, seguindo passo a passo conforme descrito abaixo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Identificação dos problemas

Os dados foram levantados pelo método de Estimativa Rápida, utilizando três fontes principais: registros escritos da unidade da ESF Santa Terezinha e de fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área. A principal fonte de dado foram os registros escritos. Os prontuários médicos foram revisados e catalogados nos diversos problemas identificados como mais relevantes e urgentes. Além disso, foram analisados dados do SIAB e do IBGE cerca dos problemas levantados pela equipe como mais urgentes para a região. Após a coleta de informações, o médico, juntamente com sua equipe, definiu os principais problemas de saúde existentes na região (Quadro 3).

Quadro 3: Fontes de dados dos principais problemas em saúde da comunidade ESF Santa Terezinha, Governador Valadares/MG.

Problemas	Registros	Entrevista	Observação
1- Complicações cerebrovasculares da hipertensão arterial	Prontuário médico SIAB	Sim	Sim
2- Alto índice de infecções de transmissão sexual em mulheres	Prontuário médico	Sim	Sim
3- Prevalência de doenças osteomioarticulares em mulheres	Prontuário médico	Sim	Sim

4- Alto consumo de drogas e estupefacientes em adolescentes	Prontuário médico	Sim	Sim
5- Alto índice de violência social	Prontuário médico	Sim	Sim

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.2 Priorização dos problemas

No segundo momento foi realizada a priorização dos problemas, conforme Cardoso *et al.* (2008) é necessária a seleção daqueles problemas a serem enfrentados (Quadro 4). Portanto os eles são classificados de acordo a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento do mesmo. (Quadro 5).

A ordem dos problemas de saúde, depois de identificados e priorizados em conjunto com a equipe de saúde foi:

Quadro 4: Priorização dos problemas em saúde da comunidade ESF Santa Terezinha com justificativas, Governador Valadares/MG.

PROBLEMAS	JUSTIFICATIVAS
Complicações cerebrovasculares da hipertensão arterial	Em nossa população observa-se um alto índice de complicações como Acidentes Vasculares Encefálicos e a Encefalopatia Hipertensiva principalmente em pacientes com Hipertensão Arterial descompensada devido aos hábitos e estilos de vida inadequados como uso de bebidas alcoólicas, tabaquismo, obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de café, alimentação pouco saudável e não adesão ao tratamento médico.
Alto índice de infecções de transmissão sexual em mulheres	Temos alto índice de infecções de transmissão sexual em mulheres de 15 a 45 anos ao início da atividade sexual a temporã idade, ao não uso de anticoncepcionais, promiscuidade, desconhecimento de complicações das doenças de transmissão sexual, condições econômicas inadequadas.
Prevalência de doenças	Temos alto índice de doenças de osteomioarticulares

osteomioarticulares em mulheres	fundamentalmente em mulheres postmenopáusicas como: a Osteopenia, Osteoporoses, Artroses, etc., devido a alimentação inadequadas, trabalho pesado, obesidade, sedentarismo, consumo de tabaco, álcool e consumo inadequados de alguns medicamentos como esteroides.
Alto consumo de drogas e estupefacientes em adolescentes	Temos em nossa população um grande número de pacientes geralmente adolescentes que fazem uso excessivo de drogas e estupefaciente sócio a malas condições socioeconômicas, pobreza, carências sociais, comunitárias, familiares e disponibilidade das substâncias.
Alto índice de violência social	Em nossa comunidade temos um alto índice de violência social, malas condições sócias econômicas, alto índice delitivo sócio à venda e consumo de drogas.

Fonte: Autoria Própria (2015).

Quadro 5: Priorização dos principais problemas detectados na ESF Santa Terezinha de acordo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, Governador Valadares/MG.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Complicações cerebrovasculares da hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	1
Alto índice de infecções de transmissão sexual em mulheres	Alta	5	Parcial	2
Prevalência de doenças osteomioarticulares em mulheres	Meia	5	Parcial	3
Alto consumo de drogas e estupefacientes em adolescentes	Meia	4	Parcial	4
Alto índice de violência social	Meia	3	Fora	5

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.3 Descrição do problema

Após a priorização dos problemas, é necessário que caracterize e descreva o mesmo para que haja uma melhor definição das intervenções (CARDOSO *et al.*, 2008).

Buscando elaborar uma proposta de intervenção mais condizente com a realidade da Equipe de Santa Terezinha, com o objetivo de caracterizar nosso problema, foram analisados dados como do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município Governador Valadares, onde a hipertensão e as complicações cerebrovasculares foi selecionado como tópico de abordagem de saúde pública mais abrangente porque predomina a Hipertensão Arterial como doença crônica em nossa população, para um total de 465 caso, ou seja, o 15,2% do total da população; ademais, dessa totalidade de hipertensos, um 4,7 % apresentam complicações cerebrovasculares: Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico ou Isquêmico para um total de 22 pacientes.

Foi um fato que chamo atenção da equipe e determinamos seja fruto de um estudo mais profundo o qual achamos muito interessante porque poderia trazer grandes mudanças no estilo de vida e grandes benefícios a saúde da comunidade que é nossa maior aspiração. Considerou-se necessária a realização de uma investigação que aborde esta situação e refletir como se comporta a hipertensão nos pacientes desta população e assim conhecer os fatores determinantes de sua qualidade de vida e projetar estratégias que permitam sua melhoria.

6.4 Explicação do problema

Essa etapa tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas.

Causas relacionadas ao paciente:

Escolaridade.

- Baixo nível de informação sobre a doença.
- Baixo nível sócio econômico.

- Sedentarismo.
- Baixa adesão ao tratamento.
- Alcoolismo.
- Dificuldade de seguir as orientações.
- Alimentação não saudável.
- Resistência para mudança do estilo de vida.
- Traços culturais persistentes.
- Outras.

Causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe:

- Sistema de saúde voltado apenas para curativismo. São realizadas poucas atividades educativas de promoção e prevenção de doenças dirigidas aos portadores de doenças crônicas.
- A equipe não possui relatórios que especifiquem quais os principais fatores causadores e/ou influenciadores de doenças crônicas.
- Insuficiente conhecimento das complicações de doenças crônicas como a hipertensão arterial.

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. O “nó crítico” é a causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

Resumindo foram considerados os nós críticos:

- NC1: Baixa informação.
- NC2: Falta de assistência ao paciente hipertenso.

- NC3: Hábitos de vida inadequados.
- NC4: Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

6.5 Seleção dos nós crítico:

No sexto passo é realizado o desenho das operações, no qual consiste em descrever operações para enfrentar os “nós críticos”, identificando assim os resultados, os produtos e os recursos necessários para a finalização do mesmo (Quadro 6).

Quadro 6: Desenho das operações para os “nós críticos” do problema complicações cerebrovasculares da hipertensão arterial. ESF Santa Terezinha, Governador Valadares/MG.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<p>NC1</p> <p>Insuficiente nível de Informação</p>	<p>Pressão saudável:</p> <p>Aumentar o conhecimento da população sobre os riscos e complicações cerebrovasculares da hipertensão descontrolada.</p>	<p>População informada sobre os riscos de uma pressão arterial descontrolada</p>	<p>-Melhorar o nível de informação da população;</p> <p>-Campanhas educativas na rádio local;</p> <p>-Grupos Operativos;</p> <p>-Capacitação dos ACS;</p> <p>-Fornecimento de controle da Pressão arterial.</p>	<p>Organizacionais: Organização da agenda para as campanhas e divulgação na rádio.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; apoio da equipe de saúde.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão; aquisição de espaço na rede local.</p> <p>Econômico: Aquisição dos cartões de controle dos valores pressóricos</p>
<p>NC2</p> <p>Insuficiente assistência ao paciente hipertenso</p>	<p>Programação da Agenda:</p> <p>Implantar a agenda programada de acordo com as Diretrizes da secretaria estadual</p>	<p>Agendas organizadas;</p> <p>Atendimento com horários flexíveis;</p> <p>Satisfação do usuário tendo uma melhor</p>	<p>-Controle das receitas médicas;</p> <p>-Monitoramento das prescrições medica;</p> <p>-Criação do fichário rotativo para renovação das</p>	<p>Organizacionais: Organização da agenda programada; mudança no processo de trabalho.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e</p>

	de saúde.	adesão.	receitas; -Avaliar as causas de abandono ou não adesão da terapia medicamentosa; -Controle pressórico adequado; -Baixo índice de riscos cerebrovasculares	estratégia de comunicação; sensibilização do público alvo. Políticos: Apoio da gestão; envolvimento da equipe. Econômico: Aquisição de agendas e atas.
NC3 Hábitos de vida inadequados	Vida com saúde: Modificar hábitos e estilo de vida	Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis; Diminuir o índice de pacientes sedentários e obesos; Estimular a colaboração entre serviços públicos de saúde e de esportes (atividade física);	-Programação de caminhada orientada e ginástica, -Programa de alimentação saudável, com ênfase maior diminuição de sal e gorduras; tabagismo e alcoolismo. -Consultas para orientação alimentar com a nutricionista.	Econômico: Financiamento dos folhetos educativos. Organizacionais: Organização da caminhada; Implantação da agenda para consultas de orientação alimentar; planejamento das ações. Participação da secretaria de esporte Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação. Políticos: Apoio da gestão.
NC5 Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequada para enfrentar o problema	Saber mais Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial	Orientação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente.	-Capacitação dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde; -Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com a comunidade; -Estabelecer junto à equipe estratégias que possam favorecer a adesão dos pacientes a terapia; -Discutir e implantar junto a	Econômico: Aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e materiais para capacitação; Organizacionais: Reorganização do funcionamento da unidade. Cognitivos: Sensibilização da equipe. Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores.

			equipe ações de monitoramento dos pacientes hipertensos: visitas domiciliares, consultas de enfermagem e medica e avaliação das entregas de medicamentos.	
--	--	--	---	--

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.6 Desenho das operações

Nessa etapa o objetivo é identificar os recursos críticos que deve ser utilizados em cada operação (Quadro 7).

Quadro 7: Recursos críticos para o problema complicações cerebrovasculares da hipertensão arterial na ESF Santa Terezinha, Governador Valadares/MG.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
<p>Pressão saudável:</p> <p>Aumentar o conhecimento da população sobre os riscos e complicações cerebrovasculares da hipertensão descontrolada.</p>	<p>Organizacionais: Organização da agenda para as campanhas e divulgação na rádio.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; apoio da equipe de saúde.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão; aquisição de espaço na rede local.</p> <p>Econômico: Aquisição dos cartões de controle dos valores pressóricos</p>
<p>Programação da Agenda:</p> <p>Implantar a agenda programada de acordo com as Diretrizes da secretaria estadual de saúde.</p>	<p>Organizacionais: Organização da agenda programada; mudança no processo de trabalho.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; sensibilização do público alvo.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão; envolvimento da equipe.</p> <p>Econômico: Aquisição de agendas e atas.</p>
<p>Vida com saúde:</p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida</p>	<p>Econômico: Financiamento dos folhetos educativos.</p> <p>Organizacionais: Organização da caminhada; Implantação da agenda para consultas de orientação alimentar; planejamento das ações. Participação da secretaria de esporte</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação.</p>

	Políticos: Apoio da gestão.
Saber mais Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial	Econômico: Aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e materiais para capacitação; Organizacionais: Reorganização do funcionamento da unidade. Cognitivos: Sensibilização da equipe. Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores.

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.8 Análise dos recursos críticos, atores e viabilidade

É necessário identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação problema, por fim motivando o ator para a efetivação das propostas (Quadro 8).

Quadro 8: Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Pressão saudável: Aumentar o conhecimento da população sobre os riscos e complicações cerebrovasculares da hipertensão descontrolada.	Organizacionais: Organização da agenda para as campanhas e divulgação na rádio. Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; apoio da equipe de saúde. Políticos: Apoio da gestão; aquisição de espaço na rede local. Econômico: Aquisição dos cartões de controle dos valores pressóricos	Coordenação de Atenção Primária. Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto para a secretaria de saúde e discutir os resultados com os gestores. Realizar campanhas de humanização do atendimento, capacitação de profissionais da rede de atenção.

<p>Programação da Agenda:</p> <p>Implantar a agenda programada de acordo com as Diretrizes da secretaria estadual de saúde.</p>	<p>Organizacionais: Organização da agenda programada; mudança no processo de trabalho.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; sensibilização do público alvo.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão; envolvimento da equipe.</p> <p>Econômico: Aquisição de agendas e atas.</p>	<p>Coordenador da atenção primária</p> <p>Secretário Municipal de saúde.</p> <p>Equipe de saúde da família, Profissionais multidisciplinares.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o Projeto para a Secretaria de Saúde e a Coordenação da Atenção Básica para avaliar os resultados positivos das novas diretrizes de atendimento integral aos pacientes hipertensos da população.</p>
<p>Vida com saúde:</p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida</p>	<p>Econômico: Financiamento dos folhetos educativos.</p> <p>Organizacionais: Organização da caminhada; Implantação da agenda para consultas de orientação alimentar; planejamento das ações. Participação da secretaria de esporte</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Equipe da Saúde da Família.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Coordenação de Atenção Primária.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto para secretaria de saúde, conselho municipal de saúde e o prefeito.</p>
<p>Saber mais</p> <p>Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial.</p>	<p>Econômico: Aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e materiais para capacitação;</p> <p>Organizacionais: Reorganização do funcionamento da unidade.</p> <p>Cognitivos: Sensibilização da equipe.</p> <p>Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores.</p>	<p>Coordenação de Atenção Primária.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o Projeto para a Secretaria de Saúde e a Coordenação da Atenção Básica.</p>

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.9 Elaboração do Plano Operativo

No nono passo é realizado a elaboração do plano operativo, que tem como objetivo: designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definindo os prazos para a execução das mesmas (Quadro 9).

Quadro 9: Elaboração do Plano Operativo.

Plano operativo da ESF Santa Terezinha					
Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Pressão saudável:</p> <p>Aumentar o conhecimento da população sobre os riscos e complicações cerebrovasculares da hipertensão descontrolada.</p>	<p>População informada sobre os riscos de uma pressão arterial descontrolada;</p> <p>Baixo índice de pacientes com níveis pressóricos alterados.</p>	<p>-População informada sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco, sintomas e tratamento.</p> <p>-Campanhas educativas na rádio local informando sobre os riscos da pressão arterial descontrolada.</p> <p>-Grupos Operativos para levantamento de possíveis hipertensos.</p> <p>-Treinamento periódico das Agentes Comunitárias de Saúde.</p> <p>-Fornecimento de cartão de controle de Pressão arterial.</p>	<p>Apresentar o projeto para a secretaria de saúde e discutir os resultados com os gestores.</p> <p>Realizar campanhas de humanização do atendimento.</p> <p>Capacitação de profissionais da rede de atenção.</p>	<p>Medico.</p> <p>Enfermeiro.</p> <p>Técnicos de Enfermagem.</p> <p>ACS.</p>	3 meses subsequentes.
<p>Programação da Agenda:</p> <p>Implantar a agenda programada de acordo com as Diretrizes da secretaria estadual de</p>	<p>Diminuição do número de usuários sede ntários.</p> <p>Conscientização da população sobre a importância de hábitos saudáveis.</p>	<p>-Controle das receitas médicas;</p> <p>-Monitoramento das prescrições medica;</p> <p>-Criação do fichário rotativo para renovação das receitas;</p>	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de saúde, Apresentação.</p> <p>Discussão dos dados.</p>	<p>Coordenação da atenção básica.</p> <p>Medico.</p> <p>Enfermeiro.</p>	2 meses subsequentes.

saúde.	<p>Parcerias entre os serviços públicos de saúde e de esportes.</p> <p>Parcerias entre os serviços públicos de saúde e de assistência social.</p>	<p>-Avaliar as causas de abandono ou não adesão da terapia medicamentosa;</p> <p>-Controle pressórico adequado;</p> <p>-Baixo índice de riscos cardiovasculares.</p>	Realizar campanhas que incentive a prática de atividade física.		
<p>Vida com saúde:</p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida</p>	<p>População mais informada sobre a hipertensão arterial e à importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.</p>	<p>-Programação de caminhada orientada e ginástica,</p> <p>-Programa de alimentação saudável, com ênfase maior diminuição de sal e gorduras; tabagismo e alcoolismo.</p> <p>-Consultas para orientação alimentar com a nutricionista.</p>	<p>Apresentar o projeto a secretaria municipal de saúde e Prefeitura Municipal.</p> <p>Discutir com a equipe os resultados esperados e analisá-los.</p> <p>Construir alternativas de atendimento aos portadores de doenças crônicas da área de abrangência, controlando a participação desses nos grupos educativos e de atividade física.</p>	<p>Enfermeiro</p> <p>Técnicos de enfermagem e ACS.</p> <p>Equipe de educador físico.</p>	3 meses subsequentes.
<p>Saber mais</p> <p>Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial.</p>	Capacitação de 100% da equipe	<p>-Orientação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente.</p>	<p>Capacitação dos técnicos de enfermagem e agentes comunitárias de saúde;</p> <p>Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com a comunidade;</p> <p>Estabelecer junto à equipe estratégias que possam favorecer a adesão dos pacientes a terapia;</p> <p>Discutir e implantar junto a equipe</p>	<p>Médico.</p> <p>Enfermeiro.</p>	2 meses subsequentes.

			ações de monitoramento dos pacientes hipertensos: visitas domiciliares, consultas de enfermagem e medica e avaliação das entregas de medicamentos.		
--	--	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.10 Gestão do Plano

Nessa etapa é realizado a exposição da gestão do plano. Os objetivos é desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos (Quadro 10).

Quadro 10: Gestão do plano.

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
<p>Pressão saudável:</p> <p>Aumentar o conhecimento da população sobre os riscos e complicações cerebrovasculares da hipertensão descontrolada.</p>	<p>-População informada sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco, sintomas e tratamento.</p> <p>-Campanhas educativas na rádio local informando sobre os riscos da pressão arterial descontrolada.</p> <p>-Grupos Operativos para levantamento de possíveis hipertensos.</p> <p>-Treinamento periódico das Agentes Comunitárias de Saúde.</p>	Medico.	Dezembro 2015.	<p>-A comunidade não conhece as doenças crônicas e suas possíveis complicações.</p> <p>-Mortalidade relacionado às doenças não transmissíveis e agravos, complicações cardiovasculares da hipertensão.</p>	<p>Necessidade de orientar, sensibilizar e capacitar à população e equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial e das complicações cardiovasculares consequentes da hipertensão descompensada.</p>	4 meses subsequentes.

	-Fornecimento de cartão de controle de Pressão arterial.					
<p>Programação da Agenda:</p> <p>Implantar a agenda programada de acordo com as Diretrizes da secretaria estadual de saúde.</p>	<p>-Controle das receitas médicas;</p> <p>- Monitoramento das prescrições medica;</p> <p>-Criação do fichário rotativo para renovação das receitas;</p> <p>-Avaliar as causas de abandono ou não adesão da terapia medicamentosa;</p> <p>-Controle pressórico adequado;</p> <p>-Baixo índice de riscos cardiovasculares.</p>	Medico.	Novembro 2015.	Insuficiente aplicação das novas diretrizes de atendimento aos pacientes hipertensos com fatores de risco cardiovascular.	Necessidade de implementar medidas de atendimento mais eficientes para um atendimento focado na prevenção de complicações cardiovasculares em pacientes hipertensos.	4 meses subsequentes.

<p>Vida com saúde:</p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida.</p>	<p>-Programação de caminhada orientada e ginástica,</p> <p>-Programa de alimentação saudável, com ênfase maior diminuição de sal e gorduras; tabagismo e alcoolismo.</p> <p>-Consultas para orientação alimentar com a nutricionista.</p>	Medico.	Dezembro 2015.	A comunidade não pratica atividades físicas e em sua maioria não possui hábitos alimentares saudáveis.	<p>Faz-se necessário:</p> <p>Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população, principalmente alimentação e atividade física e também o auto cuidado.</p> <p>Conscientizar a população importância de hábitos saudáveis.</p> <p>Estimular a colaboração entre os serviços públicos de saúde e de esportes.</p>	4 meses subsequentes.
<p>Saber mais</p> <p>Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial.</p>	<p>-Orientação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente.</p>	Medico.	Novembro 2015.	Dificuldade da equipe de orientar, estimular o paciente pelo seu auto cuidado, dificultando o tratamento.	Necessidade de orientar, sensibilizar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial.	3 meses subsequentes.

Fonte: Autoria Própria (2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial ou pressão alta é o principal fator de risco para o AVC, tanto isquêmico quanto hemorrágico. Pessoas com hipertensão arterial têm chances de quatro a seis vezes maiores do que não hipertensas de terem um AVC. Ao longo do tempo, a hipertensão leva à aterosclerose e ao enrijecimento das artérias. Isso, por sua vez, pode levar a bloqueios ou obstruções de vasos sanguíneos e também ao enfraquecimento das paredes das artérias, o que pode resultar em ruptura. O risco de AVC é diretamente proporcional aos níveis de pressão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial que afeta milhões de pessoas no mundo e Brasil. Nossa população de Santa Terezinha é vítima também das complicações de dita doença o qual motivo à realização deste trabalho.

Durante as etapas de elaboração da proposta, a equipe realizou um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência da ESF Santa Terezinha, 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 Santa Terezinha com relação aos fatores de risco e as complicações da HAS, constatando uma realidade similar 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 tem grande incidência na área de abrangência da equipe;
- Para reduzir o índice de agravamento da situação é necessário levar conhecimento aos pacientes e suas famílias;
- Será necessário muito envolvimento e empenho da equipe do PSF no sentido de mobilizar a comunidade, dando início ao movimento em prol da mudança de hábitos;
- É necessária a articulação de estratégias e de diferentes setores sociais, para a realização das ações conjuntas;

- Espera-se que esta proposta de intervenção possibilite uma redução da morbidade e mortalidade relacionada com a hipertensão da ESF Santa Terezinha, e melhora 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 resolutivas. A elaboração do plano de intervenção na ESF Santa Terezinha foi de muita importância para poder traçar metas e ações e serem executados por uma equipe multiprofissional proporcionando um atendimento humanizado e os usuários com a finalidade de melhorar suas qualidades de vida.

REFERÊNCIAS

- ABRAMCZUK, B., VILLELA, E. A luta contra o AVC no Brasil. **Com Ciência**, n. 109, 2009. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 05 out. 2015.
- ANDRE, C. **Manual do AVC**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.
- ARAÚJO, G. B. S; GARCIA, T. R. Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.** v. 08, n. 02, p. 259 - 272, 2006. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 10 maio 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**-Cadernos de Atenção Básica nº15. Brasília, D.F.2006, 58 p.
- BRASIL. Hipertensão Arterial. **Caderno de Atenção Básica n.15**. Brasília – DF. 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf. Acesso em: 12/12/2014.
- CAMBIER, J. MASSON, M. **Manual de Neurologia**. Rio de Janeiro: Editora Masson do Brasil, p. 50- 582, 1999.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: abril de 2015.
- CARDOSO, F.C. *et al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.
- CNESNET. Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Identificação. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=312770222108> Acesso em: sept. 2014.
- DATASUS. Informações de Saúde. Ministério da Saúde. **Indicadores de Mortalidade (mortalidade proporcional por grupos de causas)**. Brasília. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2008/c04.def>>. Acesso em: 10 out. 2010a.
- DAVIS, B. R.; VOGT, T.; FROST, P. H. *et al.* Risk factors for stroke and type of stroke in persons with isolated systolic hypertension. Systolic Hypertension in the Elderly Program Cooperative Research Group. **Stroke** 29: 1333-40, 1998.
- ENDOCÁRDIO. **Hipertensão Arterial**. Disponível em <http://www.endocardio.med.br/hipertensao-arterial/>. Acesso em abril de 2015.
- FALCÃO, I. V. *et al.* Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n. 1. Recife, 2004.
- FERREIRA, S. R. G. *et al.* Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 98-106, 2009.

FERRO, J. M. **Formação Médica Contínua em Cuidados Primários**. Editora Pathos, v. 16, supl. 7, jun. 2000.

GAGLIARDI, R. J. Hipertensão arterial e AVC. **Com Ciência**, Campinas, n. 109, 2009. Disponível em <http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500018&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 05 out. 2015.

GLOBOSAT. Canal off: **Turista no ar**. Disponível em: <http://canaloff.globo.com/programas/natura-kaiak/materias/turistas-no-ar.html>. Acesso em: 15 de janeiro de 2015.

GORDON, N. F. *et al.* Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. **Stroke**. 2004, 35 : 1230.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Minas Gerais, Brasil – Censo 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/estadosat/ Acesso em: 24/ago/2011.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Minas Gerais, Brasil – Censo 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg/> Acesso em: 15/jun/2014.

LENT, R. **Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LINDENSTROM, E.; BOYSEN, G.; NYBOE, J. Influence of systolic and diastolic blood pressure on stroke risk: a prospective observational study. **Am J Epidemiol** 141: 1279-90, 1995.

MARTINS, M. M. **Uma Crise Acidental na Família: O doente com AVC**. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde, Lda.2002

NITRINI, R.; BASCHESCHI, L. A. **A neurologia que todo médico deve saber**. São Paulo: Atheneu, 2003.

PERLINI, N. M. O.; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v.39, n.2, p.154-63, 2005.

ROMÁN, G. C., GIBBS, C. J. Neuroepidemiology of stroke in Brazil. **Neuroepidemiology: an international perspective**. **New Issues in Neurosciences** 3: 448-51, 1991.

SACCO, R. L.; WOLF, P. A.; GORELICK, P. B. Risk factors and their management for stroke prevention: outlook for 1999 and beyond. **Neurology** 53: S15-24, 1999.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Consensos e diretrizes. Capítulo 7: Prevenção Primária da Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia: departamento de hipertensão arterial**; 2014. Disponível em : < <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/capitulo7.asp> >. Acesso em: 09 de fevereiro de 2015.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. SBH Notícias: 24,3% da população têm hipertensão arterial, segundo pesquisa do Ministério da Saúde. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**, 2013. Disponível em: < <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=435> > . Acesso em: 02 de junho de 2014.

SIAB. **Sistema de informação em atenção básica**. Ministério da Saúde. Brasil. Disponível em: www.datasus.gov.br/SIAB/index.php Acesso em: 21/maio/2011.

SMELTZER, S. C, BARE, B. G, **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica** – 9 ed. Volume 2 Cap.29. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl.1, p.I-III, 2010. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>

WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. **Apresenta conteúdo enciclopédico**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Governador_Valadares >. Acesso em: 3 de outubro de 2015