

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

VICTOR DELGADO MENDOZA

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MONJOLOS**

MONJOLOS – MINAS GERAIS.

2016

VICTOR DELGADO MENDOZA

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMILIA EM MONJOLOS**

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

Orientador: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi.

MONJOLOS – MINAS GERAIS.

2016

VICTOR DELGADO MENDOZA

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMILIA EM MONJOLOS**

Banca examinadora

Professor: Antônio Leite Alves Radicchi – Orientador.

Professora: Daniela Coelho Zazá - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: // 2016

AGRADECIMIENTOS

A Deus por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

A minha família pelo apoio incondicional.

Aos meus colegas pela cumplicidade.

A equipe do PSF Monjolos pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhado.

E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Este trabalho propõe a criação de um plano de intervenção a ser aplicado pela Equipe de Saúde da Família, do Programa de Saúde da Família Monjolos, Minas Gerais, com o objetivo de melhorar o controle dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. Para abordagem dos pacientes será feito o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham, seguida de abordagem direcionada, com agendamento de consultas conforme prioridade, criação do HIPERDIA, encaminhamento para especialistas nos casos em que houver indicação e criação dos grupos. A partir da implementação da ação proposta pretende-se a abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica como doença crônica, aumento da adesão da população às mudanças de estilo de vida e uso correto das medicações. Ao estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e propiciando melhorias na qualidade de vida esse projeto pretende contribuir de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência do PSF Monjolos.

Palavras-chave: Hipertensão, Fatores de risco, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

In public health statistics realizes that Hypertension has a high prevalence and low control rates, been considered one of the most important public health problems. The cardiovascular diseases are important causes of morbidity and mortality and generate high economic costs, and that increase progressively with increasing blood pressure. The adequate control of patients with Hypertension should be a priority for Primary Care from the principle that the early diagnosis, good control and appropriate treatment of this condition are essential for reduction of adverse cardiovascular events. This work proposes the creation of an action plan to be implemented in the Family Health Team I, Program Family Health Monjolos, Minas Gerais, in order to improve the control of patients with Hypertension. To approach the patients will be done the registration and the stratification of cardiovascular risk by Framingham score, followed by targeted approach, with appointment scheduling by priority, creation of the HIPERDIA, referral to specialists in cases where there is an indication and create groups. From the implementation of the action plan proposed it is intended to approach Hypertension as a chronic disease, increased adherence of the population to changes in lifestyle and proper use of medications. To stimulate the autonomy of individuals in relation to their health status and to provide quality of life improvements this project intends to contribute significantly to improving the health and life conditions of the population of the area of Program Family Health Monjolos.

Keywords: Hypertension, Risk factors, Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCV - Doenças Cardiovasculares

DRC - Doença Renal Crônica

ESF - Equipe de Saúde da Família

FR - Fatores de Risco

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

LILACS - Biblioteca da Literatura Técnica e Científica da América Latina e caribe

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PA - Pressão Arterial

PSF - Programa Saúde da Família

PIB - Produto Interno Bruto

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AB- Atenção Básica

IAM- Infarto Agudo do Miocárdio

DM - Diabetes Mellitus

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	19
4	MÉTODO	20
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
6	PLANO DE AÇÃO.....	30
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

O Município de Monjolos localiza-se na Microrregião de Curvelo, fazendo parte da Mesorregião Central Mineira. Integrada a Associação dos Municípios do Médio Rio das Velhas - AMEV e a Companhia de Desenvolvimento do Vale do São Francisco - CODEVASF. Na regionalização proposta pelo governo do Estado, para fins político-administrativos, está inserido na Região Administrativa do Médio São Francisco, formada por 18 municípios, com sede em Diamantina.

Monjolos é um Município localizado na região sudeste do Brasil, na mesorregião central do estado de Minas Gerais. O município está situado na Bacia do Rio das Velhas em um vale da Serra do Cabral. Tendo como vertentes **dois** grandes rios, o Rio Pardo Grande e o Rio Pardo Pequeno.

Monjolo limita-se com o município de Augusto de Lima ao norte, Diamantina a Nordeste, Gouveia a leste, Santo Hipólito a oeste e Presidente Juscelino ao sul; a área municipal é de 655,53 Km² e tem uma população de 2360 habitantes. A sede municipal está a 260 km de Belo Horizonte. Ela tem acesso à BR-135 através da MG-220.

A história do município de Monjolos apresenta indícios de aculturação de grupos de Afro-portugueses no norte de Minas, com influência Espanhola. A presença de monjolos típicos de Moçambique, a denominação de Rodeador (campo de rodeio no nordeste) do seu único distrito e a tradição do jogo de argolinhas no folclore local, confirma esses indícios. O jogo de argolinhas surgiu com espetáculos de rodeios, touradas e cavalcadas, com os quais os espanhóis se popularizaram na cultura portuguesa, na época em que Portugal esteve sob o domínio da Espanha, no princípio do século XVIII.

A 27 de Dezembro de 1948, foi criado o distrito de Monjolos do município de Diamantina e em 30 de Dezembro de 1962 é elevado a município. É constituído por dois distritos: Monjolos e Rodeador. Localiza-se na região do Alto Jequitinhonha.

Aspectos socioeconômicos

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

O índice de desenvolvimento humano (IDH) trata-se de um indicador composto por três variáveis; referente aos aspectos de saúde, educação e renda das populações. Seu valor varia entre 0 e 1 e valores mais altos indicam melhores condições de vida. O valor do IDH de Monjolos em 2010 foi de 0,650, alcançando um aumento considerável em relação ao ano de 2000, 0,551, de acordo com o [Atlas Brasil \(2013\)](#) – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **No quadro 1 pode-se observar a distribuição da população por faixa etária e sexo.**

Quadro 1 - População por faixa etária e sexo.

SEXO	FAIXA ETÁRIA								TOTAL
	<1 ANO	1-4	5-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	
M	14	68	225	112	357	150	123	158	1.207
F	14	64	198	119	337	148	115	158	1.153
TOTAL	28	132	423	231	694	298	238	316	2.360

Fonte: IBGE/2010

No quadro 2 pode-se observar diferentes informações sobre o município de Monjolos, como por exemplo, o número de domicílios e famílias.

Quadro 2 - Informações sobre o município de Monjolos

4.1: População total: 2360	4.2: População urbana: 1403	4.3: População rural: 957
4.4: Percentual	4.5: Percentual da pop. urbana/ pop. total: 59,45%	4.6: Percentual da Pop. rural/ pop. Total: 40,55%
4.7: Pop. masculina: 1207	4.8: Pop. Feminina: 1153	4.9: Nº total de domicílios: 665
4.10: Densidade demográfica: 3,63 hab./km ²	4.11: PIB: R\$ 27.293.000,00	4.12: PIB per capita: R\$ 12.525,39

4.13: Renda média familiar: R\$ 510,00 per capita	4.14: Descrição das principais atividades econômicas da região: Agropecuária, serviços.	4.15: Descrição das principais fontes de renda da prefeitura: Transferência do Estado e da União
--	--	---

Fonte/ Ano: IBGE 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.

MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE: No município de Monjolos, coexistem atualmente dois modelos de atenção: o chamado MODELO TRADICIONAL – centrado na doença, que recebe a demanda espontânea da população, com ênfase na medicina curativa e ação centrada no médico; e a proposta de atendimento que tem no Programa de Saúde da Família uma estratégia para implementação de um MODELO ASSISTENCIAL, centrado na saúde, que busca responder a demanda de forma organizada e racionalizada, com a participação de toda a equipe e ênfase na integridade da assistência.

À medida que foi organizando o PSF, a demanda espontânea foi diminuindo nas unidades de saúde. E o atendimento a grupos organizados, tendo tido efeito nesta nova proposta de assistência.

No mais, pode-se considerar que a população monjolense é bem assistida, sendo que após 07 anos de implantação do PSF, todas as famílias foram cadastradas e já se conhece um pouco mais de perto a situação de saúde de seus munícipes.

ACESSO AO SERVIÇO: Os pacientes chegam ao serviço de saúde a pé, a cavalo ou nos casos mais graves ou mais distantes, vêm de automóveis ou ambulância. O transporte dentro do município com a nucleação das escolas foi melhorado o que facilitou o acesso da população aos serviços de saúde.

RECURSOS HUMANOS: Em relação aos recursos humanos em Saúde, a ESF possui 1 médico de família, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de Saúde, cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Atualmente só se trabalha de segunda a sexta feira de 08h00min às 17h00min. A carga horária semanal é de 40 horas. O

médico do programa Mais Médicos tem 32 horas na assistência e 8 horas de estudo no curso de especialização. O Núcleo de apoio à Saúde da família (NASF) é composto por assistente social, **profissional** de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, e nutricionista. Os profissionais do NASF devem cumprir horário de 20h semanais.

O processo de trabalho da equipe é baseado na lógica do acolhimento, realizado cinco vezes por semana de segunda até sexta feira de 7.00 até 8.00 horas onde são oferecidos aos usuários os seguintes serviços: Consulta de enfermagem, Consulta médica atendimento odontológico, visita domiciliar, assistência ao pré-natal, Prevenção do Câncer do colo do útero, puericultura, Coleta de materiais biológicos, Imunização, teste do pezinho, Trabalho de zoonose, curativos, encaminhamento para fisioterapia, grupos interativos: HIPERDIA, planejamento familiar, tabagismo e saúde mental.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL: Após a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nessa área de abrangência.

Os problemas da unidade foram selecionados a partir da observação situacional e também da análise das fontes de dados disponíveis a partir das fichas de produção diária e mensal da equipe do PSF Monjolos. Essas fichas especificam o número de atendimentos, os principais diagnósticos de cada consulta, as estratégias realizadas (solicitação de **exames**, encaminhamentos para especialistas, etc.), a idade e a procedência dos pacientes, que possibilitaram a listagem dos problemas relacionados.

A classificação das prioridades foi feita a partir da análise dos seguintes pontos: importância do problema (alto, médio, baixo), urgência e capacidade de enfrentamento. A partir disso foi selecionado o problema de maior prioridade pelo resultado da aplicação dos critérios acima referidos. Dessa forma, a falta de controle dos pacientes hipertensos foi citada como o principal problema a ser resolvido. Esses pacientes estão descontrolados do ponto de vista de irregularidade do uso da

medicação, negligência em relação aos **exames** de controle, frequências às consultas periódicas e **falta** de adesão às mudanças de estilo de vida.

O problema em questão tem alta importância devido ao grande número de usuários hipertensos. Dos 2360 usuários, 21,5 % são hipertensos. Isso já infere o grau de urgência, pois é responsável por sobrecarregar a demanda espontânea da unidade com as descompensações agudas da doença, na solução do problema está quase totalmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe que, para melhor enfrentá-lo, deve classificar os pacientes em grupos de risco, instituir o HIPERDIA, criar grupos específicos de controle, modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes selecionados, que significa boa saúde, incluindo práticas de atividade física e boa alimentação. Mudanças no estilo de vida são fundamentais no tratamento desses pacientes. Para isso é preciso parceria com **profissionais de Educação Física** e fisioterapeutas na tentativa de abordar esses pacientes. Serão necessários recursos financeiros e espaço apropriado para as atividades e apoio do gestor.

Atividades Escolares

Subordinada à 11ª Superintendência Regional de Ensino de Diamantina, as 04 escolas do município, absorvem um total de 617 alunos, sendo 456 alunos no Ensino Fundamental, 118 no Ensino Médio e 43 de Educação Infantil, (1º, 2º e 3º período). **O quadro 3 mostra como são distribuídos os alunos no Ensino Fundamental e Médio em Monjolos.**

Quadro 3 - Distribuição dos alunos no Ensino Fundamental e Médio em Monjolos.

REDE	Número de Escolas	NÚMERO DE ALUNOS			TOTAL
		Pré Escolar	1º Grau	2º Grau	
Estadual Urbana (sede)	01	-	-	118	118
Estadual Urbana (distrito)	01	-	135	-	135
Municipal Rural	01	-	12	-	12
Municipal Urbana	01	43	279	-	322
Alfabetização (Sede/Distrito)	02	-	30	-	30
TOTAL	07	43	456	118	617

Fonte: Ministério da Educação – INEP – Censo Educacional 2012

HIDROGRAFIA: A hidrografia do município pertence à bacia do Rio das Velhas, e possui três redes de drenagem principais: o Rio Pardo Grande, o Rio Pardo Pequeno e o Ribeirão Galheiro. Entretanto, os dois primeiros possuem suas nascentes e grande parte de seus cursos no município de Diamantina.

Em Monjolos, os recursos hídricos são utilizados principalmente no abastecimento humano, na pecuária e na agricultura. Há também o uso turístico, cujo potencial é de valor inestimável. **O quadro 4 mostra a cobertura dos serviços de água do município.**

Quadro 4 - Cobertura dos serviços de água do município

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	NÚMERO	%
Rede Pública	431	64,81
Poço ou Nascente	233	35,04
Outros	001	0,15

Fonte: Siab/2010 - Secretaria Municipal de Saúde de Monjolos/MG

Na sede do município foi instalada em novembro de 1981, a COPASA – Cia de Saneamento de Água e Esgoto de Minas Gerais S/A, atende a 197 domicílios com água tratada, apenas na sede do município. Segundo informações da COPASA, 98,5% das residências recebem água tratada que é captada através de um poço artesiano e bombeada para um reservatório, onde é feito o tratamento e redistribuída. A captação máxima é feita através de apenas uma estação. Tratada pelo processo químico que envolve o uso de Hipoclorito de cálcio acida flúor silícico e ortopolifosfato seaquest. Na zona rural usam-se poços artesianos, cisternas ou buscam água em nascentes distantes.

Cobertura dos Serviços de Esgoto

O município não possui rede de esgoto. Na maioria das residências, o sistema de esgoto utilizado é o de fossa, mas observa-se também em alguns pontos da cidade, o lançamento de águas servidas a céu aberto, como no Córrego Carioca (Biquinha) e em algumas localidades a beira do rio Pardo Pequeno. Na zona rural, também fazem uso de fossas na maioria dos domicílios.

Destino do Lixo no Município

Na sede do município, a limpeza urbana é feita 3 vezes por semana. Os detritos são depositados, no aterro sanitário, localizado a 5 km da cidade. No distrito de Rodeador a limpeza funciona também regularmente, com detritos depositados no aterro sanitário, localizado a 3 km da sede.

Principais atividades econômicas

Pode-se afirmar que a população do município de Monjolos tem vocação agrária, tendo apresentado em 2010 um índice de 41% de absorção da população por esta atividade, demonstrando reduzida participação em relação aos outros setores, principalmente o comercial e o industrial. Esta condição nitidamente rural pertence, atualmente, no cenário econômico do município.

A atividade agropecuária destaca-se no município, pela sua importância social, econômica e ambiental, contribuindo de forma expressiva para criação de oportunidades de trabalho e renda. Nesse contexto os produtos identificados, no quadro abaixo são os que representam maior relevância na economia do município.

O quadro 5 mostra os principais produtos agropecuários do município de Monjolos.

Quadro 6 - Produtos agropecuários do município de Monjolos

Principais Produtos Agropecuários do Município de Monjolos		
PRODUTO	ÁREA/QUANTIDADE	PRODUÇÃO
Leite	Litros/ano	4.577.00
Carne	@/ano	57.600
Pimenta	Kg/ano	24.000
Pinha	Kg/ano	75.000
Manga	Kg/ano	180.000
Sorgo	Ha/ano	350
Milho	Ha/ano	200

Fonte: IBGE – Pesquisa Agropecuária Municipal, 2011

Na agricultura a maior produção é de sorgo para secagem. Também, segundo a EMATER, merecem destaque, a produção de manga, pinha e pimenta.

Segundo IBGE (2009), o Produto Interno Bruto – PIB do município de Monjolos é de R\$ 29.560,00. Deste total, o segmento agropecuário participa com R\$16.154,00, o que equivale a 54,64% do PIB municipal.

De acordo com o IBGE (Censo 2006), o município de Monjolos conta com 157 estabelecimentos rurais, sendo que 111 desses estabelecimentos são de agricultores familiares. A expressividade desse segmento no contexto municipal justifica a manutenção e o fortalecimento das políticas públicas que atendam as necessidades específicas desse público.

O setor industrial de Monjolos é bastante modesto, as indústrias caseiras existentes no município são de pequeno porte e, atendem, basicamente para o consumo próprio, exceto a indústria de doces, queijos e requeijões, que abrangem a comercialização local e regional. Podendo ressaltar também a fabricação de tijolos e três padarias.

No setor comercial o município teve um avanço nos **dois** últimos anos predominando os estabelecimentos de produtos alimentares e bebidas, estando registradas quatro mercearias, **duas** no distrito de Rodeador e **duas** na sede do município, uma loja de móveis e outros artigos, dois estabelecimentos que comercializam produtos agropecuários, um Posto de Medicamentos, um sacolão, quatro açougues, uma pizzaria, além de duas padarias que fornecem pizzas, uma serraria, e 15 bares. No ramo de confecção temos duas lojas, com predomínio de vendedores ambulantes.

Turismo

Em relação ao turismo o município de Monjolos tem o seu potencial fazendo parte do Circuito da Estrada Real, parte antiga da estrada de ferro que liga o município à cidade de Diamantina, ainda conta com suas cachoeiras, várias grutas com vestígios do homem pré histórico, várias trilhas para bicicletas, motos, jipes e caminhadas.

2- JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um importante problema de Saúde Pública apresentando alta taxa de prevalência em todo o mundo, o que também é observado na área de abrangência da ESF Monjolos.

Dados do SIAB (2013) apontam uma prevalência média de 11% de hipertensos cadastrados, o que não está em concordância com a prevalência mundial de 30%. Isso chama a atenção para o fato de não estar havendo um diagnóstico correto nem cadastramento adequado dos usuários hipertensos.

A hipertensão é um fator de risco modificável para doenças cerebrovasculares e, por isso, deve ser continuamente controlada para evitar consequências deletérias tais como Acidente Vascular Encefálico e Infarto Agudo do Miocárdio.

As DCV são importantes causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso, sabe-se que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com aumento da pressão arterial (NOBRE *et al.*, 2010).

De acordo com o Sistema de informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, representando cerca de 31,2% dos óbitos em todas as regiões do país, à frente das neoplasias, responsáveis por 16,7% (BRASIL, 2012).

Além disso, a DCV é muitas vezes silenciosa, ressaltando a importância da prevenção (D'AGOSTINO *et al.*, 2008). Por esses e outros motivos, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis.

No território que abrange a ESF Monjolos, observam-se muitos hipertensos descontrolados, sem acompanhamento adequado, mal informados, muitos ainda

nem identificados. O acompanhamento não é feito de forma sistematizada, a maioria dos pacientes nunca teve seus riscos cardiovasculares estratificados e não há grupos operativos organizados.

Muitas ações podem ser feitas no âmbito da Atenção Primária a fim de diminuir a morbidade e mortalidade relacionada à Hipertensão Arterial Sistêmica. Todos esses fatores motivaram a realização deste estudo e um Plano de intervenção para a busca de solução de tal problema.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para obter o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica dos hipertensos da área de abrangência da ESF Monjolos.

3.2 Objetivos específicos

Diagnosticar e cadastrar todos os hipertensos da área de abrangência da ESF Monjolos.

Estratificar o risco cardiovascular de todos os hipertensos da área de abrangência da ESF Monjolos.

Informar a população da área de abrangência da ESF Monjolos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica.

4 MÉTODO

Para o desenvolvimento desse projeto foi realizado um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Monjolos. Para isso utilizou-se a Estimativa Rápida. "A Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de Saúde de determinado território (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.35).

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação dos seus necessidades e problemas e também os atores sociais, autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após realização do diagnóstico situacional foi realizada uma reunião com equipe de Saúde de Monjolos e uma revisão de literatura em bases de dados eletrônica como Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), além das publicações do Ministério da Saúde, por meio dos seguintes descritores: Hipertensão, Fatores de risco, Atenção primária à Saúde.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação realizado através do método Planejamento Estratégico Situacional (PES).

O PES foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus, Ministro da Economia (assessor direto) do governo de Salvador Allende, o então Presidente de Chile. Para Matus (1989; 1993), planejar é como preparar-se para ação. E, para agir, é fundamental investir no aumento da capacidade de governar. Outros três aspectos enfocados por Matus são também importantes para a melhor compreensão dos fundamentos teóricos do PES. São eles:

- O projeto do governo: refere-se ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos.
- A governabilidade: diz respeito às variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar seu plano.
- A capacidade de governo: diz respeito à experiência e à acumulação de conhecimentos que uma equipe domina e que são necessários para a implementação de seu plano. Esses três pontos devem ser vistos numa inter-relação dinâmica.

Conceitos básicos do PES.

Cada método de planejamento utiliza terminologias que lhe são próprias. Aprender essas terminologias é importante tanto para o domínio do método em si quanto para facilitar a comunicação entre os diferentes atores que participam do processo de planejamento.

O conceito de estratégia: Estratégia vem do grego estrategico e era utilizado para denominar generais que comandavam as guerras na Grécia antiga. Geralmente, a palavra estratégia nos remete à ideia da existência de conflito.

Por que o planejamento deve ser estratégico e associado à ideia de conflito ou de disputa? Porque quando estamos diante de uma situação qualquer ou de um problema qualquer, geralmente, existem diversos atores sociais com diferentes visões, propósitos, interesses e compromissos relacionados a essa situação ou problema. São essas diferenças que colocam a possibilidade de conflitos. Existindo conflitos, é preciso que se raciocine estrategicamente para que os objetivos estabelecidos sejam alcançados.

O conceito de situação: Para Matus o conceito de situação expressa a condição a partir da qual os indivíduos ou grupos interpretam e explicam uma realidade. Portanto, uma situação pressupõe a existência de atores sociais que interpretam e explicam a realidade, estando, portanto, estabelecida a possibilidade de conflitos, já que os atores envolvidos podem ter interesses e objetivos diferentes, portanto, uma situação pode ser compreendida como um espaço socialmente produzido no qual

nós desempenhamos um papel e intervimos da mesma forma que outros (MATUS, 1989).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Nobre *et al.* (2010), define-se que a HAS é uma afecção clínica multifatorial que se caracteriza por elevados níveis de PA, sendo um dos principais fatores de risco modificáveis relacionado às DCV.

A prevalência estimada da HAS em Minas Gerais é de 20% na população maior ou igual a 20 anos de idade (MINAS GERAIS/SÉS, 2006 *apud* MEIRELES *et al.*, 2013). Além disso, essa afecção é considerada um dos principais problemas de saúde pública devido à alta prevalência e a relação linear e contínua do aumento dos níveis de PA com a elevação do risco cardiovascular individual e o aumento da mortalidade por DCV, de acordo com Nobre *et al.* (2010). As DCV são a principal causa de morte atualmente no Brasil e também responsáveis por elevados custos médicos e socioeconômicos.

Segundo Nobre *et al.* (2010) e Meireles *et al.* (2013), o diagnóstico e o controle adequado da HAS são **essenciais** para a diminuição da incidência das DCV. Os resultados encontrados por Moraes e Freitas (2012) evidenciaram elevada prevalência de doença isquêmica do coração na população por eles estudada, e fatores potencialmente modificáveis, como a HAS, estiveram associados ao desfecho. No entendimento de Lessa (2010), a HAS é a doença vascular mais prevalente e o fator de risco mais potente para doenças cerebrovasculares, que são a causa predominante de morte no Brasil.

Como exposto por Travagem *et al.* (2010), além das DCV, a HAS também constitui fator de risco para DRC. A HAS é um dos principais grupos de risco para o desenvolvimento da DRC e estudos evidenciam que o controle dos níveis pressóricos pode minimizar a progressão da DRC ou mesmo impedir o seu aparecimento (PACHECO, 2005 *apud* TRAVAGEM *et al.*, 2010).

De acordo com Rosário *et al.* (2009), a HAS revelou-se um problema de saúde pública relevante também em município de pequeno porte do interior do País, em que os níveis de controle da HAS foram considerados insatisfatórios na população estudada.

Segundo Costa *et al.* (2008), em um número elevado de hospitalizações evitáveis, como por HAS, dentre outras, pode ser indicativo de problemas relacionados com a rede de AB, seja na gestão, na quantidade insuficiente de serviços, na falta de medicamentos para o controle de doenças crônicas, nas dificuldades na oferta de recursos diagnósticos ou nas deficiências no manejo, e também no acompanhamento ambulatorial e no sistema de referência.

Além desses problemas, segundo outro estudo, os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e da maior disponibilidade de medicamentos, são a negligência do diagnóstico e do tratamento, por ser condição clínica assintomática na maior parte do tempo, e a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (BRASIL, 2006).

Nobre *et al.* (2010) aportam que os FR para HAS são: Idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. Murano *et al.* (2013) afirmam que existe relação de causa e efeito entre aumento de massa corporal e de PA que já foi demonstrada em diversos estudos. Sabe-se que, em nível individual, dieta rica em sódio e álcool e pobre em potássio e fibras está relacionada com o aumento dos níveis de PA.

Segundo Moreira *et al.* (2013), a HAS em adolescentes associou-se a obesidade e linearmente a circunferência abdominal, o que evidencia a relevância do excesso de peso com FR associado a HAS já nessa faixa etária. De acordo com os resultados encontrados por Ferreira *et al.* (2009), associações da HAS com cor de pele poderiam representar predisposição genética, enquanto que consumo exagerado de certos alimentos ou sedentarismo poderiam refletir hábitos de vida pregressos favoráveis a elevação da pressão arterial; enquanto que, o encontro de maior chance de eventos cardiovasculares entre os hipertensos sinalizaria a ocorrência da principal complicação da HAS, os fenômenos tromboembólicos na doença aterosclerótica.

Sendo assim, as medidas não medicamentosas como mudanças no estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendadas, pois, além de reduzir a PA e, conseqüentemente, a mortalidade cardiovascular, possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas primárias dos profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de evitar doenças (NOBRE *et al.*, 2010). As ações de prevenção devem visar estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição tanto individual quanto coletiva aos FR.

Para detecção precoce, o rastreamento da HAS deve ser realizado por meio da medida da PA em toda consulta clínica a partir dos 3 anos de idade, idade a partir da qual deve ser aferida a PA pelo menos anualmente (MEIRELES *et al.*, 2013). Apesar das evidências incontestáveis, esses FR relacionados aos hábitos de vida continuam a aumentar, levando ao aumento da prevalência e do controle inadequado da HAS na população (BRASIL, 2006).

Segundo Roese *et al.* (2011), os municípios que possuem a ESF realizam o cadastro e o acompanhamento a população adscrita com HAS. Apesar disso, o número de usuários acompanhados, em geral, é menor do que o de usuários cadastrados, algumas vezes devido a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou a busca pelos mesmos apenas em momentos de agudização da doença.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão a linha demarcatória que define HAS, em adulto, considera valores de PA sistólica > 140 mmHg e /ou de PA diastólica > 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos, três ocasiões. A utilização de diferentes índices de PA ou de menor número de aferições de PA para diagnóstico de HAS pode variar de acordo com o risco cardiovascular individual. Por exemplo, paciente com PA $>149/90$ mmHg com risco cardiovascular alto, muito alto ou PA $> 180/110$ mmHg já podem ter o diagnóstico de HAS confirmado com aferições em duas ocasiões diferentes, enquanto pacientes com menores índices de PA e risco cardiovascular baixo ou médio, devem ter o diagnóstico validado apenas após medidas repetidas de PA em pelo menos três ocasiões. O quadro 6 traz a classificação da PA em maiores de 18 anos de idade.

Quadro 6 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório. (> 18 anos).

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótimo	<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 sistólica isolada	>140	<90

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Após o diagnóstico de HAS, o paciente deve ser submetido a uma avaliação clínica, laboratorial e estratificação de risco para que possa ser iniciado o tratamento adequado. Diversos FR além dos clássicos (idade: homens >55 e mulher >65 anos; tabagismo; dislipidemias; triglicérides >150 mg/dl; LDL >100 mg/dl; HDL <40 mg/dl; DM; historia familiar prematura de doença cardiovascular: homens <55 e mulher < 65 anos), como os adicionais (glicemia de jejum de 100 a 125mg/dl; hemoglobina glicada anormal; obesidade abdominal; circunferência da cintura >102 cm para homens e > 88 cm para mulheres; historia de pré-eclâmpsia, historia familiar de HAS em hipertensos limítrofes); lesões subclínicas de órgão alvo e condições associadas a HAS devem ser avaliadas para melhor abordagem do paciente pois, ainda que alguns não tenham sido incorporados em escore de classificação de risco (como o Framingham revisado utilizado neste estudo), diversas diretrizes tem sugerido como sendo marcadores de risco adicionais (NOBRE *et al.*, 2010).

Conforme Nobre *et al.* (2010) e Meireles *et al.* (2013), para o tratamento adequado a possibilidade de se contar com uma equipe multiprofissional é estratégia desejável, já que a HAS é uma síndrome clínica multifatorial. O objetivo primordial do

tratamento é a redução da mobilidade, cardiovascular, e, a partir desse objetivo, baseando-se no risco cardiovascular calculado, devem ser acolhidos os anti-hipertensivos adequados para cada paciente dente as diversas classes disponíveis atualmente.

De acordo com Meireles *et al.* (2013), o controle da PA se associa com a diminuição da morbimortalidade cardiovascular, independente da classe medicamentosa usada. Para o sucesso do tratamento e a adesão adequada do paciente ao tratamento a relação médico/paciente deve ser a base de sustentação, adicionada a abordagem multidisciplinar, que também auxilia no aumento do controle da HAS (NOBRE *et al.*, 2010).

Lima *et al.* (2011), a partir da avaliação do perfil dos usuários hipertensos e diabéticos em unidades básicas de saúde, descrevem que em relação as complicações crônicas decorrentes dessas doenças, as mais comuns foram as cardiovasculares e ainda que os fatores de risco estiveram relacionados aos hábitos de vida sedentários, ao sobrepeso e a obesidade. O mesmo estudo concluiu que há necessidade da realização de estudos que busquem descrever melhor a população de usuários portadores dessas afecções crônicas, com vistas a oferecer subsídios para o planejamento de ações que possam melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, retardando o aparecimento de complicações crônicas.

De acordo com Zillmer *et al.* (2010), os resultados encontrados evidenciam que o sistema de informação do HIPERDIA, na unidade de saúde estudada, possui uma boa completude na maioria das variáveis analisadas, além de, quando corretamente utilizados, pela riqueza de dados que podem reunir, os sistemas de informação possibilitam a comprovação da necessidade de alocação de recursos financeiros para a execução de ações para o cuidado adequado da população acometida, concorrendo para a implementação de medidas preventivas e de promoção da saúde da população assistida.

Dessa forma, esses estudos permitem a inferência de que a coleta de dados, feita de forma correta e a utilização adequada desses dados é condição essencial e muito

importante para a implementação inicial e para o sucesso na aplicação de um projeto de intervenção como o proposto neste trabalho.

Amer, Marcon e Santana (2010) consideram que a implantação de programas multidisciplinares no âmbito do PSF, envolvendo o acompanhamento do estado de saúde individual e coletivo, além do estímulo a adoção de hábitos de vida saudáveis, se mostrou uma medida eficaz para a redução dos riscos a saúde na população em questão. Além disso, Xavier *et al.* (2008), concluíram que há efeito protetor de algumas doenças dependentes do tempo de participação no PSF, apesar de uma prevalência maior de HAS e obesidade na população participante desse programa.

Sendo assim, percebeu que quando mais tempo participando do PSF, maior a proteção contra doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, mostrando, neste estudo, que o PSF foi eficiente na promoção da saúde da população avaliada. O exemplo desses estudos percebe-se que a estratégia de saúde da família, em sua atuação na promoção e prevenção a saúde por meio de programas específicos, mostra-se essencial e significativamente importante no controle em longo prazo dos pacientes hipertensos.

Santos e Moreira (2012), demonstraram a necessidade da promoção da educação continuada para equipe de saúde envolvida no tratamento e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, com o fim de diminuir a incidência das complicações. Hoepfner e Franco (2010), também sugerem a necessidade de programas de educação permanente para os profissionais da saúde e de outras medidas para melhorias no controle da HAS nas UBS. Lima *et al.* (2009) concordam e citam que a implementação de diretrizes clínicas na AB, como no caso do tratamento do HAS, incorre em baixíssima adesão dos profissionais de saúde, se não se associa a estratégias para garantir a estrutura de recursos necessários, para motivar os profissionais, para monitorar processos e resultados obtidos e, para realmente prender mudanças na cultura dos serviços de saúde.

Dessa forma, percebe-se que esses diversos estudos evidenciam que a atualização, o treinamento e o estímulo contínuo dos profissionais de saúde da APS são

essenciais para o sucesso de propostas de intervenção como essa de melhoria no controle dos hipertensos.

Ribeiro *et al.* (2011), afirmam que as práticas educativas na APS devem, além de fornecer informações sobre a terapia anti-hipertensiva, estimular a percepção da doença e a corresponsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado, por meio de, por exemplo, oficinas educativas em grupos e orientações domiciliares. Além disso, conclui também que agregar os familiares as atividades de educação em saúde mostraram-se importante por facilitar as mudanças de estilos de vida no núcleo familiar e aumentar a adesão do hipertenso ao tratamento. Destaca-se ainda a necessidade do multiprofissional e interdisciplinar para lidar com a complexa demanda que envolve o portador de HAS.

Também de acordo com Pierin *et al.* (2011), o descontrole e a baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos são problemas que devem ser enfrentados conjuntamente pelo paciente hipertenso, pela família, pela comunidade, pelas instituições e pela equipe de saúde. Longo *et al.* (2009) complementam que, medidas como o estudo dos FR associados a HAS e estratégias de controle efetivas associadas a ações de educação comunitária e monitoramento prioritário dos indivíduos de alto risco, contribuíram para queda substancial na mortalidade em quase todos países desenvolvidos.

6 PLANO DE AÇÃO

Para abordagem dos pacientes hipertensos, a proposta inicial é a realização do cadastramento e da estratificação de risco cardiovascular de todos esses usuários. Neste estudo, para classificação dos pacientes, será utilizada a escala de risco de Framingham revisada. O cadastramento será realizado durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita, visita domiciliar, e também pela busca ativa dos outros usuários sabidamente hipertensos ou portadores de fatores de risco, pelos ACS`s. Os pacientes portadores de FR, não –hipertensos, serão avaliados quanto a possibilidade do diagnóstico de HAS e orientados, mas não terão seu cadastro realizado. Os usuários hipertensos serão cadastrados. Será utilizada uma ficha de cadastro disponível sobre dados antropométricos (peso, altura, circunferência abdominal), FR, medicações em uso, comorbidades e classificação de risco de cada paciente.

Para a classificação em grupo de riscos será usada a escala de risco de Framingham revisada de acordo com (D'AGOSTINO *et al.*, 2008), que consiste em um algoritmo de risco multivariado que incorpora os fatores de risco das doenças cardiovasculares (DCV) que podem ser usados na APS para estimar o risco individual dos pacientes de desenvolver as DCV. Esse algoritmo se estende e expande na formulação de risco geral de DCV anterior, em relação à primeira escala de risco de Framingham, com base em um número maior de eventos, incorpora HDL colesterol e estima o risco de DCV absoluta, de acordo com escala modificada (D'AGOSTINO *et al.*, 2008). A proposta de D'Agostino *et al.* (2008), foi criar uma ferramenta de avaliação de risco multivariável única que permitisse identificar candidatos de alto risco para eventos cardiovasculares ateroscleróticos iniciais utilizando medidas prontamente disponíveis na clínica e laboratório. A Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG/2012) denominou a estratificação de risco cardiovascular de D'Agostino *et al.* (2008), como Framingham revisado e recomendada a utilização dessa escala para realizar a estratificação de risco cardiovascular em usuários hipertensos (MEIRELES *et al.*, 2013).

Os quadros 7 a 10, apresentados a seguir, trazem a estimativa do risco cardiovascular em 10 anos (morte coronariana, IAM, insuficiência coronariana,

Angina, AVC isquêmico e hemorrágico, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica, e insuficiência cardíaca) em pessoas sem doença cardiovascular ao exame inicial. Os usuários que apresentam doenças cardiovasculares ao exame clínico inicial (insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência arterial periférica, insuficiência renal crônica estágio 3 ou mais, história de AVE ou ataque isquêmico transitório) já são classificados como risco (D'AGOSTINO *et al.*, 2008).

Quadro 7 - Escore de Framingham revisado para homens.

Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-2		60 +		<120			
-1		50-59					
0	30-34	45-49	< 60	120-129	< 120	NAO	NAO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	< 35	200-239	140-149	120-129		
3			240-279	160 +	130-139		SIM
4			280 +		140-149	SIM	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							
14	70-74						
15	75 +						

Fonte: General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care-The Framingham Heart Study 2008.

Legenda: Pressão Arterial Sistêmica, HDL-High Density Lipoproteins.

Quadro 8 - Estimativa de risco cardiovascular para homens.

Pontos	Risco cardiovascular % (10 anos)
Menor ou igual a -3	< 1
-2	1.1
-1	1.4
0	1.6
1	1.9
2	2.3
3	2.8
4	3.3
5	3.9
6	4.7
7	5.6
8	6.7
9	7.9
10	9.4
11	11.2
12	13.2
13	15.6
14	18.4
15	21.6
16	25.3
17	29.4
18+	30+

Fonte: General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care-The Framingham Heart Study, 2008.

Quadro 9 - Escore de Framingham revisado para mulheres.

Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-3				< 120			
-2		60 +					
-1		50-59			< 120		
0	30-34	45-49	< 160	120-129		NAO	NAO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	< 35		140-149	120-129		
3			200-239		130-139	SIM	
4	40-44		240-279	150-159			SIM
5	45-49		280+	160+	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160+		
8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75 +						

Fonte: General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care-The Framingham Heart Study 2008.

Legenda: Pressão Arterial Sistêmica, HDL-High Density Lipoproteins.

Quadro 11 - Estimativa de risco cardiovascular para mulheres.

Pontos	Risco cardiovascular % (10 anos)
Menor ou igual a -2	< 1
-1	1
0	1.2
1	1.5
2	1.7
3	2
4	2.4
5	2.8
6	3.3
7	3.9
8	4.5
9	5.3
10	6.3
11	7.3
12	8.6
13	10
14	11.7
15	13.7
16	15.9
17	18.5
18	21.5
19	24.8
20	28.5
21+	30+

Fonte: General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care-The Framingham Heart Study, 2008

Durante o cadastramento os ACS's juntamente com a técnica de enfermagem preencherão os dados de identificação e antropométricos. O médico e as **enfermeiras** durante as consultas **médicas** e de enfermagem, realizarão o

preenchimento dos demais dados e a estratificação dos pacientes em grupos de risco.

Os pacientes com a estimativa de risco de eventos cardiovascular menor que 10% em 10 anos serão classificados como HAS de baixo risco; estimativa de risco entre 10% e 20 % como risco moderado e, se maior que 20% em 10 anos, alto risco cardiovascular (MEIRELES *et al.*, 2013). A partir dessa classificação dos usuários nesses três grupos, será proposta abordagem direcionada de acordo com a faixa de risco cardiovascular de cada um. Os usuários classificados como baixo risco deverão realizar na atenção básica pelo menos duas consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano, os de moderado risco três consultas médicas e quatro consultas de enfermagem ao ano e os de alto risco três consultas médicas e duas de enfermagem ao ano. Esses últimos deverão ser acompanhados conjuntamente em ambulatórios especializados na atenção secundária.

Todos os usuários deverão participar de pelo menos quatro atividades nos grupos ao ano e receber no mínimo doze visitas domiciliares pelos ACS`s (MEIRELES *et al.*, 2013).

A enfermeira será responsável por organizar a agenda dos profissionais de saúde, destinado a tempo necessário a atividade do plano e, juntamente com o médico e a técnica de enfermagem, irá verificar e controlar o plano de cuidado dos pacientes. Casos de maior complexidade serão discutidos individualmente durante as reuniões de equipe e será elaborado plano de cuidados diferenciado quando necessário.

Os exames complementares serão solicitados durante as consultas médicas e de enfermagem, de acordo com protocolo da Linha Guias de HAS (MEIRELES *et al.*, 2013), com adaptações individuais quando necessário.

A consulta médica e de enfermagem citadas serão realizadas preferencialmente em horário pré-determinado para essas atividades, dia do HIPERDIA. O controle da frequência e da regularidade dos pacientes às consultas médicas e de enfermagem e a realização dos exames complementares, além da análise da adesão ao tratamento pelas visitas dos ACS`s, será realizado por meio do acompanhamento

pelas fichas: Fichas de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético, a serem preenchidas pelo médico e pela enfermeira durante as consultas do HIPERDIA; e fichas B, a serem preenchidas pelos ACS`s durante as visitas domiciliares. Nessa etapa a equipe empenhada no plano de ação deverá buscar conscientizar a população em relação ao seu problema de saúde de forma a estabelecer abordagem da HAS centrada em medidas de promoção a saúde e prevenção de complicações durante todas as atividades realizadas desde o cadastramento e as visitas domiciliares até as consultas médicas e de enfermagem.

Em continuidade a esta etapa há a proposta de criação do grupo de hipertensos e realizações de palestras informativas. O grupo contará com a participação dos diversos profissionais da saúde da equipe do PSF em questão e da equipe expandida, com apoio do NASF, após discussão da proposta em reuniões na unidade. Os grupos e as palestras ocorrerão preferencialmente no mesmo dia, com prioridade inicialmente mensal, com possibilidade de ser quinzenal para que seja possível abranger todos os usuários. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros dos grupos e durante as palestras.

Para a realização das operações do projeto de intervenção exposto, serão necessários diversos recursos, como:

Organizacionais:

- Equipamentos adequados para realização da classificação de risco. A UBS possui esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas e balanças. Porém, alguns materiais se encontram em mau estado de conservação ou em quantidade menor que a necessária, falta também quantidades suficientes de cópias das fichas a serem usadas para classificação e acompanhamento.
- Espaço físico e equipamentos para realização dos grupos e palestras.
- Esses serão realizados, inicialmente, na sala de espera a UBS, que tem espaço adequado para cerca de 30 pessoas.
- Disponibilidade dos profissionais da saúde de diversas áreas. Os profissionais tanto da ESF e NASF há estão cientes e dispostos a participar do projeto.

Econômicos:

- Recursos financeiros para aquisição dos recursos organizacionais necessários.

Cognitivos:

- Capacitação dos profissionais de saúde para realização de suas tarefas no projeto de intervenção.

Poder:

- Recursos políticos necessários para implementação das ações e regularização das propostas.

O primeiro passo para implementação do projeto será viabilizar a disponibilização dos recursos organizacionais e econômicos frente à reunião com a gerência do município. A atualização conceitual e o treinamento dos profissionais da equipe para as atividades serão realizados conjuntamente pelo médico e pela enfermeira, durante as reuniões da equipe. A gerente das operações será a enfermeira, que já exerce cargo de liderança na equipe. **Abaixo está apresentado o** cronograma das atividades propostas pelo projeto de intervenção para melhoria do controle dos pacientes com HAS do PSF Monjolos.

Nº	Atividades propostas	Responsáveis pela realização
1	Cadastramento de hipertensos	ACS`s, técnica de enfermagem
2	Reunião com gerência do município	Enfermeira, médico, gerência do município
3	Atualização conceitual e treinamento dos profissionais da equipe de saúde	Enfermeira e médico.
4	Avaliação e estratificação de risco dos hipertensos	Enfermeira e médico.
5	Criação do HIPERDIA	Enfermeira e médico.
6	Criação dos grupos de hipertensos e início das palestras informativas.	Enfermeira, médico e NASF
7	Controle do acompanhamento dos pacientes e avaliação dos dados das fichas de cadastro e de acompanhamento.	ACS`s, técnica de enfermagem, Enfermeira e médico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazer visitas domiciliares, trazer o paciente a Unidade Básica de Saúde e informar o paciente são atitudes que fazem a diferença no controle da Hipertensão arterial e na prevenção de eventos adversos.

Aumentando a participação dos usuários, esclarecendo suas dúvidas e anseios quanto a HAS, estimulando novos hábitos alimentares e de atividade física espera-se uma maior adesão ao tratamento e uma diminuição das complicações cardiovasculares, que hoje se constituem na principal causa de morte no país.

Esse projeto, portanto, contribuirá principalmente para melhoria da qualidade de vida da população pela qual a equipe da UBS Monjolos é responsável.

REFERÊNCIAS

AMER, N.M. MARCON, S.S. SANTANA, R.G. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, vol. 96, no. 1, jan. 2011.

ATLAS BRASIL. Programa das nações unidas para o desenvolvimento 2013. **INCOMPLETA**

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Cadernos de Atenção Básica 15. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** 1 ed. Brasília; 2006, 58p.

BRASIL, 2012 **FOI CITADO NO TEXTO, MAS NÃO ESTÁ NA LISTA DE REFERÊNCIAS**

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COSTA, J.S.D. et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no SUL do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, n.7, jul. 2008.

D AGOSTINO, R.B; Vasan R.S; Pencina M.J. et al. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care-The Framingham Heart Study. **Circulation Study. Circulation.** v.117, p. 743-753, 2008.

FERREIRA, S.R.G. *et al.* Frequência de hipertensão arterial e fatores associados; Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.43, suppl.2, Nov. 2009.

HOEPFNER. C. Franco. S.C inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 95, n, 2, Ago, 2010.

IBGE. **Pesquisa Agropecuária Municipal de Monjolos,** 2011. **INCOMPLETA**

IBGE (2009) **FOI CITADO NO TEXTO, MAS NÃO ESTÁ NA LISTA DE REFERÊNCIAS**

IBGE (Censo 2006) **FOI CITADO NO TEXTO, MAS NÃO ESTÁ NA LISTA DE REFERÊNCIAS**

IBGE 2012. Disponível em HTTP: // tabnet.DATASUS.gob.br. **INCOMPLETA**

IBGE/2010 **FOI CITADO NO TEXTO, MAS NÃO ESTÁ NA LISTA DE REFERÊNCIAS**

LESSA. I. Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil: Tendência temporal. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.26.n.8. Ago. 2010.

LIMA, L.M. *et al.* Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do Sul do Brasil. **Rev.Gaucha Enferm.(online)**, Porto Alegre, v. 32. n. 2. Jun.2011. Disponível em:<[HTTP://dx.doi.org/10.1590/s198314472011000200016](http://dx.doi.org/10.1590/s198314472011000200016)>Acesso em Dez.2013.

LIMA, S.M.L. *et al.* Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica a hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n, 9, Set. 2009.

LONGO. G.Z. *et al.* Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages/SC. **Arq.Bras.Cardiol**. São Paulo, v.93, n,4. Out.2009.

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

MATUS, C. **Política**. Planejamento e governo. Brasília: IPEA, 1993.

MEIRELES, A.L. *et al.* **Atenção a Saúde do adulto- conteúdo técnico da linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (no prelo)**, Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3 ed, 2013; p.21-97.

MINAS GERAIS/SÉS, 2006 *apud* MEIRELES *et al.*, 2013 **FOI CITADO NO TEXTO, MAS NÃO ESTÁ NA LISTA DE REFERÊNCIAS**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO- INEP. Censo Educacional 2012. **INCOMPLETA**

MORAES, S.N.F.; FREITAS, I.C.M. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto.SP. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.46, n.4. Ago. 2012.

MOREIRA, N.F. *et al.* Obesidade: Principal fator de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. **Arq Bras Endócrino Metab**. São Paulo, v.57, n.7. Out.2013.

MURANO, A.P. *et.al.* Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica auto-referidas segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Cienc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.5, Mai.2013.

NOBRE, F. *et al.* **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro, v. n.1. Jan/Mar. 2010,57 p.

PACHECO, 2005 *apud* TRAVAGEM *et al.*, 2010 **FOI CITADO NO TEXTO, MAS NÃO ESTÁ NA LISTA DE REFERÊNCIAS**

PIERIN, A.M.G. *et al.* Controle da Hipertensão Arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Cienc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, supl.1.2011.

RIBEIRO, A.G. *et al.* Representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial sobre sua enfermidade: Desatando os nos da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis**. Rio de Janeiro, v.21, n, 1.2011.

ROESE, A. *et al.* Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev.APS**. v.14, n.1, p.75-84, Jan/Mar, 2011.

ROSARIO, T.M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres-MT. **Arq. Bras.Cardiol.** São Paulo, v.93, n.6, DIZ. 2009.

SANTOS, J.C. MOREIRA, T.M.M. Fatores de risco e complicações em hipertensos /diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev.Esc.Enferm. USP**. São Paulo, v.46, n.5, Out. 2012.

SIAB (2013) **FOI CITADO NO TEXTO, MAS NÃO ESTÁ NA LISTA DE REFERÊNCIAS**

SIAB/2010. **Secretaria Municipal de Saúde Monjolos/MG. INCOMPLETA**

TRAVAGEM, D.S.A. *et al.* Prevenção e progressão da doença Renal Crônica:Atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Rev.Enferm.UERJ**. Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.291-297, Abr/Jun, 2010.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010 **FOI CITADO NO TEXTO, MAS NÃO ESTÁ NA LISTA DE REFERÊNCIAS**

XAVIER, A.J. *et al.* Tempo de adesão a Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis,2003 a 2007. **Cienc.Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13 n.5, Set/Out. 2008.

ZILLER, J.G.V. *et al.* Avaliação da completude das informações do hiperdia em uma UNIDADES Básica de Saúde do Sul do Brasil. **Rev.Gaucha Enferm.(online)**. Porto Alegre, v.31, n.2. Jun.2010. Disponível:<[HTTP://dx.doi.org/10.1590/s198314472010000200006](http://dx.doi.org/10.1590/s198314472010000200006)> Acesso em Dez. 2013.