

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

FELIX SALVADOR CARRACEDO LLORENTE

**A ALTA PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
NA COMUNIDADE DE JACILÂNDIA, DO MUNICÍPIO DE UNAÍ – MINAS
GERAIS: ABORDAGEM PARA UM ADEQUADO ACOMPANHAMENTO**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2015

FELIX SALVADOR CARRACEDO LLORENTE

**A ALTA PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
NA COMUNIDADE DE JACILÂNDIA, DO MUNICÍPIO DE UNAÍ – MINAS
GERAIS: ABORDAGEM PARA UM ADEQUADO ACOMPANHAMENTO**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2015

FELIX SALVADOR CARRACEDO LLORENTE

**A ALTA PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
NA COMUNIDADE DE JACILÂNDIA, DO MUNICÍPIO DE UNAÍ, MINAS
GERAIS: ABORDAGEM PARA UM ADEQUADO ACOMPANHAMENTO**

Banca examinadora

Examinador 1: Orientador: Professor. Edison José Corrêa.

Examinador 2: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira.

Aprovado em Belo Horizonte, em 16 de dezembro de 2015.

DEDICATÓRIA

À amizade dos nossos povos brasileiro e cubano.

Aos professores do curso pela dedicação e ajuda nos diferentes módulos do curso.

A minha professora tutora Renata Francine Rodrigues de Oliveira.

AGRADECIMENTOS

Graças a Deus por me dar a oportunidade de conhecer um novo mundo de realidades e possibilidades.

Ao nosso governo por me dar a oportunidade de compartilhar com os irmãos brasileiros na melhora da saúde do povo carente.

À equipe da Unidade Básica de Saúde Jacilândia, município Unaí, que me ajudou na coleta e fornecimento dos dados necessários para a realização de meu trabalho.

À minha família por sua paciência e a capacidade de confiar em mim.

A meu professor orientador, Edison José Corrêa, por sua dedicação e ajuda incondicional.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações ou doença. Cerca dos 20% da população brasileira é portadora de hipertensão, sendo que esta interfere na qualidade de vida de seus portadores. No diagnóstico situacional de nossa área de abrangência, observou-se elevado número de pessoas com esta doença, pelo que este estudo teve como objetivo geral a elaboração de um projeto de intervenção para o controle eficiente da hipertensão arterial em pacientes atendidos pela Equipe de Saúde da Família Jacilândia do município Unaí, estado de Minas Gerais (MG). O estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica, onde se utilizou informação da biblioteca virtual em saúde, internet e trabalhos de diferentes autores e outros. Os dados e teorias mais importantes ou principais foram fichados e registrados; a partir disto, foi possível observar e determinar fatores desencadeantes e agravantes da doença. A relevância do projeto decorre das necessidades de conhecer este grupo de pacientes, podendo assim sugerir uma estratégia para amenizar esta problemática. O estudo foi estratificado em etapas como, realização do diagnóstico situacional da área de abrangência, a revisão de literatura e por último o desenvolvimento de um plano de ação, onde os nós críticos foram a alta prevalência e incidência de hipertensão arterial sistêmica, pouco investimento em promoção da saúde pela equipe de saúde, estilo de vida inadequado, maus hábitos alimentares, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e tabagistas, baixo nível de informação à população de abrangência sobre a doença, ineficácia da estrutura dos serviços de saúde. Neste sentido, quatro nós críticos foram definidos: saber mais, para aumentar o nível de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial e seus fatores de risco; alimentação equilibrada, para promover e estimular hábitos alimentares saudáveis; atividade física, estimular a prática de atividade física ou esportiva; saúde e mais vida, estimular comportamentos saudáveis, recomendar o uso de atividades reflexivo- vivenciais e promover programas de prevenção específicos e, sobretudo, eficazes.

Palavras-chave: Estilo de vida. Fatores de risco. Hipertensão. Prevenção de doenças. Saúde da Família.

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension (SAH) is a metabolic syndrome usually accompanied by other changes or disease, about 20% of the Brazilian population is suffering from hypertension, this interfere with the qualities of life of its bearers, situational diagnosis of our coverage area, It was observed a large number of people with this disease, this study had as general objective the elaboration of a project of assistance for the efficient control of hypertension in patients served by the PSF team Jacilândia of the family health program of the municipality Unaí, State of Minas Gerais (MG) the study was carried out by means of a literature review, where if I use virtual health library information, internet and works of different authors and others, the most important theories and data or had been booked and registered, from this, it was possible to observe and determine factors triggering and aggravating the disease, the relevance of the project stems from the need to meet this group of patients therefore suggest a strategy for mitigating this problem. The study was stratified in stages as, situational diagnosis of area, the literature review and the development of an action plan, where the critic were the high prevalence and incidence of hypertension, little investment in health promotion by the health team, poor lifestyle, bad eating habits, physical inactivity, excessive consumption of alcohol and tobacco, low level of information to the population about the disease spanning, ineffectiveness of the structure of health services. Four critical nodes were defined: Learn more, to increase the level of knowledge of the about hypertension and its risk factors, Balanced diet, to promote and encourage healthy eating habits. Physical activity, encourage the practice of sport or physical activity. More life and health, stimulate healthier behaviors, recommend the use of reflective activities experiential and promote specific prevention programs and, above all, effective behaviors, recommend the use of reflective activities experiences and promote specific prevention programs and, above all, effective.

Keywords: Lifestyle. Risk factors. Hypertension. Disease prevention. Family health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde.
AVC	Acidente Vascular Cerebral.
BR	Brasil.
DSS	Diagnóstico Situacional de Saúde.
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde.
DM	Diabetes Mellitus.
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis.
ESF	Equipe de Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IC	Insuficiência Cardíaca.
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio.
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano.
MG	Minas Gerais.
OMS	<u>Organização</u> Mundial da Saúde.
PCCU	Prevenção do Câncer de Colo do Útero.
PSF	Programa de Saúde da Família.
PES	Planejamento Estratégico Situacional
UBS	Unidade Básica de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Localização de Unaí em Minas Gerais	11
Quadro 1	Classificação da pressão arterial	20
Quadro 2	Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS Jacilândia.	24
Quadro 3	Descritores do problema alta prevalência e incidência de a hipertensão arterial na comunidade de Jacilândia (2015).	25
Quadro 4	Desenho das operações para enfrentar os “nós críticos” d problema alta prevalência e incidência de hipertensão arterial n comunidade de Jacilândia, no município de Unaí, Minas Gerais.	26
Quadro 5	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definida para o enfrentamento dos nos críticos do problema, alta prevalênci e incidência de a hipertensão arterial na comunidade de Jacilândia.	28
Quadro 6	Propostas de ações para controle de recursos críticos e ação estratégica para o enfrentamento dos nos críticos do problema, alta prevalência e incidência de a hipertensão arterial na comunidade de Jacilândia	30
Quadro 7	Elaboração do plano operativo para o enfrentamento dos nós críticos do problema, alta prevalência e incidência de a hipertensão arterial na comunidade de Jacilândia	31
Quadro 8	Planilha de acompanhamento do projeto: saber mais	33
Quadro 9	Planilha de acompanhamento do projeto: alimentação equilibrada.	
Quadro10	Planilha de acompanhamento do projeto: atividade física.	34
Quadro11	Planilha de acompanhamento do projeto: saúde e mais vida.	34
Quadro12	Planilha de acompanhamento do projeto: cuidar melhor	35

SUMÁRIO

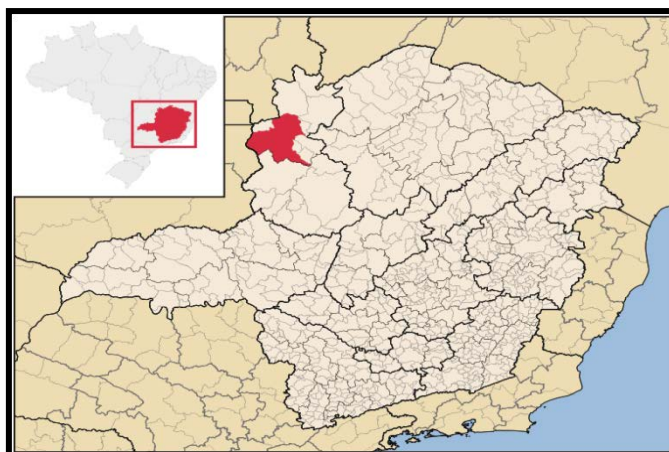
1. INTRODUÇÃO	11
2.JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS	15
4. METODOLOGIA	16
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
6. PLANO DE AÇÃO	24
6.1.Definição dos problemas	24
6.2.Priorização dos problemas	24
6.3.Descrição do problema selecionado	25
6.4.Explicação do problema	25
6.5.Seleção dos “nós críticos”	26
6.6.Desenho das operações	26
6.7.Identificação dos recursos críticos	28
6.8.Análise de viabilidade do projeto	29
6.9.Elaboração do plano operativo	31
6.10.Gestão do plano	32
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37

1. INTRODUÇÃO

Desde os tempos mais remotos da história da humanidade, o homem reúne-se para organizar a sociedade, para interagir melhor com seus pares. Na história da Unaí não foi diferente. Em meados do século XVIII, durante a propagação pioneira no Brasil, colonizaram-se as regiões do centro-oeste brasileiro. Em Paracatu, pertencente a esta região ao longo dos anos, as pessoas agrupavam-se perto das margens do Rio Luna, nome dado pelos índios que habitavam a região. Nesse local surgiu a pequena cidade de Capim Branco que recebeu várias famílias, de diferentes cantos do país, chamadas famílias-tronco, que vieram aqui para criar raízes, colonizar o interior do país e preencher a imensa região de Paracatu que, muitos anos mais tarde, dariam parte de suas terras para a criação do município de Unaí (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ, 2014).

Unaí, termo da língua tupi, significa "rio da escuridão", ela junção dos termos *una* (escuridão) e *y* (rio), e é uma tradução para o tupi do antigo nome da região, referência ao Rio Preto. Pelo decreto-lei N^o 1058, 31 de dezembro de 1943, o Governador Benedito Valadares Ribeiro cria o município de Unaí (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ, 2014).

Figura 1. Localização de Unaí, em Minas Gerais.



Fonte: pt.wikipedia.org/wiki/Unaí

Ainda segundo dados da Prefeitura Municipal de Unaí (2014) o município está geograficamente situado na região central do noroeste de Minas Gerais; tem uma superfície de 8.492 km², o que representa 1,443% do estado, 0,9155% da região sudeste do Brasil e 0,0996% de todo Brasil. Seu ponto mais elevado é a Serra do Bebedouro, com 1.001m. Sua população estimada em 2013 era 81.693 habitantes, com densidade populacional de 9,67 hab./km².

Embora o município tenha 6.000 km de estradas municipais sem asfalto, a ligação aos municípios vizinhos se faz por via asfaltada, da seguinte maneira:

BR 251 Unaí/Brasília, 165 km.

MG 188 Unaí/Paracatu, 101 km.

MG 188/040 Unaí/Belo Horizonte, 600 km.

MG 121 Unaí/Burititis/Arinos, 150 km.

BR 251 Bonfinópolis de Minas, 148 km.

O município tem 25.097 domicílios e famílias, com uma taxa de urbanização 80.36%. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2014 é de 0,736, índice médio, um pouco menor que o índice brasileiro (0,744). A renda média familiar é de R\$720.51. A taxa de abastecimento de água é de 75,79%% e de recolhimento de esgoto por rede pública 72.3% (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ, 2014).

Unaí tem sua economia calcada na agricultura e pecuária, sendo um dos maiores produtores de grãos do Brasil -- feijão e milho, além de um grande volume de soja, arroz, sorgo, trigo e outras culturas. É também um município com grandes áreas destinadas à plantação de hortifrutigranjeiros e possui granjas que fornecem frangos à região (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ, 2014).

Na área de saúde esse trabalho destaca a Equipe de Saúde da Família Jacilândia, à qual pertence o autor. Localizada em zona urbana, no bairro Jacilândia, é responsável pelo atendimento de 1.277 famílias, o que representa uma população de 4.469 pessoas. Está formada por um médico cubano, um enfermeiro, um dentista, um técnico de higiene bucal, dois técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais.

Nossa equipe atende os casos de demanda programada e espontânea e faz o controle das doenças crônicas, acompanhamento de hipertensos, diabéticos, cardiopatias, portadores de tuberculose e hanseníase, notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, triagem neonatal (teste do pezinho), solicitação do teste de toxoplasmose para as grávidas, planejamento familiar, coleta de material para prevenção do câncer de colo do útero (PCCU), imunização, atenção pré-natal, visita domiciliar ao doente que dela precisa.

Também realizamos atividades de prevenção e promoção com o objetivo de mudar comportamentos inadequados para a saúde tanto individuais quanto coletivos de nossa população. A unidade de saúde funciona de 7 às 17 horas, de segunda a sexta-feira, com atendimento médico em todos os turnos.

A estrutura física da unidade é composta por um consultório médico, uma sala de vacina, uma sala de procedimentos, uma farmácia, dois banheiros, uma cozinha, uma sala de espera, recepção e área externa.

Em relação aos problemas locais de saúde, com a elaboração do diagnóstico situacional de saúde (DSS) da Unidade Básica de Saúde (UBS), realizado e analisado na disciplina “Planejamento e avaliação em saúde”, do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, foram discutidos na equipe de saúde de nossa área de abrangência os diferentes fatores de risco e as patologias que atingiam a nossa área, tendo sido caracterizada como prevalente a hipertensão arterial sistêmica, cujos riscos são somados às condições socioeconômicas desfavoráveis da população, o elevado número de fumantes, o índice alto de alcoolismo, os comportamentos e estilos de vida inadequados.

Priorizou-se também esse problema por sua alta incidência e prevalência, com um total de 367 pacientes de 4.469 pessoas, o que corresponde a 10,33% da população de nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) Jacilândia, em Unaí. Um conjunto de fatores motivou-nos a considerar esse projeto de intervenção viável, como a possibilidade de reduzir os fatores de risco que contribuem para a aparição ou agravamento dessa doença em nossos pacientes da área de abrangência.

2. JUSTIFICATIVA

Nosso trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica que existe em nossa comunidade. Significa um alto risco epidemiológico, que pode aumentar as complicações e atingir outros órgãos e sistemas.

Literatura revisada mostra-nos como esta doença atinge 20% dos adultos no Brasil com visível elevação com a idade, chegando a 50% nos idosos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Em nossa área de atendimento com uma prevalência de 367 pacientes para um 10,33% da população de nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), não fica distante dessa realidade, o que justifica um projeto de intervenção, com uma proposta viável, para que nossos pacientes possam fazer mudanças no estilo e modo de vida.

3. OBJETIVOS

Objetivo geral

- Estabelecer um projeto de intervenção com ações preventivas, terapêuticas e de acompanhamento e avaliação em hipertensão arterial sistêmica, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jacilândia, do município de Unaí, Minas Gerais.

Objetivos específicos

- Oferecer informação ao pacientes hipertensos e suas famílias sobre hipertensão arterial, em processos de educação em saúde.
- Promover e estimular hábitos alimentares saudáveis.
- Estimular a prática de atividade física ou esportiva.
- Estimular comportamentos saudáveis e recomendar o uso de atividades reflexivo-vivenciais.
- Propor práticas de modificação dos hábitos e estilos de vida da população para o autocuidado.
- Melhorar a estrutura do serviço e do processo de atendimento das pessoas com diferentes riscos para a hipertensão arterial.

4. METODOLOGIA

Para a proposição do projeto de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O ponto de partida foi o diagnóstico situacional de saúde da área da UBS Jacilândia, feito pelo método de estimativa rápida, para obtenção das informações sobre o problema e suas possibilidades de enfrentamento, no menor tempo possível e sem altos custos.

A revisão de literatura foi feita pela obtenção, por via eletrônica, como as tecnologias de internet, de diversas evidências científicas *online*, tais como livros, revistas digitais, periódicos científicos, trabalho de conclusão de curso, monografias, dissertações e teses. Foram utilizados como palavras chave os descritores em ciências da saúde (DeCS) “saúde da família” “hipertensão”, “fator de risco” e prevenção de doenças.

Para a redação do trabalho foram utilizadas as informações do módulo Iniciação à metodologia: textos científicos (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis, direta ou indiretamente, por significativa morbidade, mortalidade, a perda da qualidade de vida e aumento dos custos de saúde em adultos de todos os países, incluindo países industrializados e de mais desenvolvimento econômico. A hipertensão arterial, o tabagismo, a obesidade, o diabetes e a dislipidemia são tipos comuns dessas doenças em adultos, com alarmante aumento nos últimos anos em crianças e adolescentes. Eles são por si só, as doenças e os principais fatores de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis que causam danos vasculares: hipertrofia ventricular esquerda, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, doença cerebrovascular e doença renal crônica, entre outros (CASTILLO ALVAREZ; CHAVEZ VEJA; ALFONZO GUERRA, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) podem ser entendidas como um conjunto de doenças com história natural prolongada, fatores de risco variados e complexos, apresentando longo período de latência e também longo curso assintomático.

O curso clínico destas doenças é, em geral, lento, prolongado e permanente, e as suas manifestações clínicas ocorrem com períodos de remissão e de exacerbação e as lesões celulares ocasionadas pela doença são geralmente irreversíveis, sendo que as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as cardiovasculares e as neoplasias, que juntas responderam por mais de 52% dos óbitos em residentes na cidade de São Paulo em 2010 (SÃO PAULO, 2011, p.7).

O Dia Mundial de Combate à Hipertensão foi estabelecido pelo *Hypertension League World* (WHL), da qual fazem parte 85 empresas e ligas nacionais de hipertensão, Cuba entre elas. A ideia é dedicar um dia por ano para a doença, e a partir de 2006, foi acordado que fosse o dia 17 de maio, Dia Mundial da Hipertensão. O objetivo é promover, para o maior número possível de pessoas, a consciência do perigo desta doença e da importância de seu controle (CASTILLO ALVAREZ; CHAVEZ VEGA; ALFONZO GUERRA, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial

caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, s.p., online).

A hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade.

Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano. A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais (AMARAL, 2006, p. 285).

Segundo os estudos realizados por Lessa (2001) e Hartmann *et al.* (2007) foi verificado que no Brasil, no período de janeiro de 1998 a junho de 2001, ocorreram 204.227 internações hospitalares de mulheres por HAS, o que representou 11,6% das internações por doenças cardiovasculares específicas. Dentre os fatores de risco que favorecem a aquisição desta patologia a idade e principalmente o estilo de vida sedentário contribuem significativamente para tal acontecimento (SAAD *et al.*, 2009).

A doença hipertensão arterial sistêmica, acarreta alterações em todo o sistema cardiovascular e outros órgãos podendo originar, cardiopatias, nefropatias e retinopatias hipertensivas e ainda pode contribuir como fator de risco para doenças aterotrombóticas. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial que é frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos, sendo caracterizada pela elevação dos níveis normais de pressão arterial. Além disso, atinge cerca de 15% a 20% da população adulta podendo chegar a 50% em idosos e atinge mais o sexo masculino até a faixa dos 45-50 anos de idade sendo que depois desta faixa etária a prevalência é maior no sexo feminino e ainda cerca de 90% das pessoas em estágio final de doenças renais tem história de HAS (SCACHETTI *et al.*, 2011).

Há algumas décadas o Brasil e muitos outros países vêm passando por transformações demográficas profundas decorrentes do envelhecimento populacional, que aliadas a modificações nos padrões de alimentação e à redução da atividade física levaram ao crescimento da participação das

doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no perfil de morbimortalidade da população (SÃO PAULO, 2011, s.p.).

Os principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são bem conhecidos e incluem, dentre outros: tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares não saudáveis, dislipidemias, obesidade, sedentarismo e estresse (SÃO PAULO, 2011).

O tabagismo é importante fator de risco para doenças cardiovasculares e deve ser abolido. Estudos em larga escala tem confirmado que pacientes hipertensos tabagistas, ainda que tratados, apresentam maior incidência de doenças cardiovasculares que os não tabagistas em iguais condições (NOBRE *et al.*, 2013, p.266).

A hipertensão arterial (HA) é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais frequentes na população e pode ser considerada como o principal fator de risco para as complicações cardiovasculares, como o acidente vascular cerebral, a doença renal crônica e a doença isquêmica do coração. A prevalência da HA varia conforme o critério adotado para o diagnóstico, estimando-se que entre 40% e 50% da população brasileira com 40 anos ou mais seja acometida pela doença (SÃO PAULO, 2011).

A prática regular de exercícios físicos é uma alternativa importante para a prevenção e tratamento da HAS, alcançando reduções de pressão arterial sistólica e diastólica de 6,9 e 4,9 mmHg respectivamente (SAAD *et al.*, 2009).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25% e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, no início dos anos 90, revelam valores de prevalência muito discrepantes: 40,3% na Região Nordeste, 37,9% na Região Sudeste, 27,1% na Região Sul e 16,75% na Região Centro-oeste. De forma geral, a prevalência da hipertensão arterial no Brasil, em adultos, é de 20%, com visível elevação com a idade, chegando a 50% nos idosos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Estudos demonstram que a hipertensão na raça negra possui prevalência maior, pior evolução e complicações mais graves e frequentes. Este aspecto talvez tenha correlação com o nível socioeconômico deste grupo de pacientes, não raramente pertencentes a classes sociais mais baixas. No entanto, a função renal entra em declínio mais rapidamente neste grupo mesmo com controle eficaz da PA (MELO, 2009).

Quadro 1: Classificação da pressão arterial.

Pressão	Pressão sistólica mmHg	Pressão diastólica mmHg
Classificação		
Ótima	Menor que 120	Menor que 80
Normal	Menor que 130	Menor que 85
<i>Limítrofe</i>	130-139	85-89
Hipertensão estágio I	140-159	90-99
Hipertensão estágio II	160-179	100-109
Hipertensão estágio III	Igual ou maior que 180	Igual ou maior que 110
Hipertensão sistólica isolada	Igual ou maior que 140	Menor que 90

Fonte: MELO *et al.*, 2011.

A avaliação inicial do hipertenso tem como objetivos confirmar a elevação da PA, identificar as causas da pressão sanguínea elevada, avaliar a extensão da patologia, avaliar a presença de danos aos órgãos-alvo, bem como de doença cardiovascular, além da identificação de fatores de risco da patologia (MELO *et al.*, 2011).

Afirma-se ainda, que se pode classificar a HAS como sendo primária; resultante da inter-relação de um fator genético com fatores ambientais, psicossociais ou nutricionais. É encontrada em 90% dos pacientes com HAS e devido à multiplicidade

do agente causador foram criadas duas hipóteses para essa alteração fisiológica, a teoria neurogênica, resultante de alterações no sistema nervoso, em que a PA se eleva devido ao aumento da atividade do Sistema Nervoso Autônomo Simpático e a teoria renal, em que há diminuição da capacidade dos rins em promover cloreto se sódio (MELO *et al.*, 2011).

Já a secundária deriva do uso de medicamentos, como os contraceptivos orais ou por patologias, como a coarctação da aorta e doenças do parênquima renal, apresentando-se em 10% dos pacientes com HAS (MELO *et al.*, 2011).

O desenvolvimento de ações de controle e tratamento dos fatores de risco da HAS é a maneira mais eficaz de diminuir o impacto das doenças cardiovasculares em nível populacional. Entretanto, esse tratamento envolve ensinamentos que vão desde a definição da própria patologia, até suas relações e possíveis complicações. O tratamento e a prevenção da HAS devem englobar aspectos que sejam capazes de atingir mudanças nos hábitos de vida, levando a adesão tanto ao tratamento não medicamentoso quanto ao tratamento com anti-hipertensivos (MELO *et al.*, 2011).

Pelo fato de a hipertensão arterial ser multicausal e multifatorial, por não acarretar, na maioria das vezes, qualquer sintoma aos pacientes e por envolver orientações voltadas para vários objetivos, o sucesso na consecução dessas metas é bastante limitado quando decorre da ação de um único profissional. Esse fato talvez justifique o baixo índice de sucesso e de adesão obtido quando os cuidados aos pacientes são realizados por um único profissional de saúde, classicamente o médico. Tratar e até mesmo prevenir a hipertensão arterial envolve, fundamentalmente, ensinamentos para que se processem mudanças dos hábitos de vida, tanto no que se refere ao tratamento não medicamentoso quanto ao tratamento com agentes anti-hipertensivos. A consecução dessas mudanças é lenta e, na maioria das vezes, penosa, e por serem medidas educativas, necessitam continuidade em sua implementação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1998, p.1).

O trabalho da equipe multiprofissional, ao invés do médico isoladamente, poderá dar aos pacientes e à comunidade um número muito maior de informações e torná-los mais participantes ativos das ações que a eles estarão sendo dirigidas, e com motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem essas ações efetivas e definitivas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1998).

O objetivo fundamental do tratamento anti-hipertensivo é prevenir a morbidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associada à hipertensão arterial sistêmica. A eficácia dos medicamentos anti-hipertensivos hoje disponíveis está bem determinada e é similar. O tratamento não medicamentoso também reduz a pressão arterial e, se associado ao uso de medicamentos, pode

melhorar a efetividade. Para o tratamento da HAS deve se considerar, portanto: mudanças de estilo de vida ou tratamento não medicamentoso e a instituição de tratamento medicamentoso (NOBRE *et al.*, 2013, p.265).

Tratamento não medicamentoso consiste em orientações com a finalidade de mudar hábitos e estilos de vida inadequados, reduzindo a pressão arterial, o que contribui para a redução da necessidade de medicamentos anti-hipertensivos e aumento de sua efetividade (NOBRE *et al.*, 2013).

Controlar os fatores de risco associados e, concorrer para a prevenção primária da hipertensão e de doenças cardiovasculares associadas é também um objetivo do tratamento não medicamentoso. Há um elenco de medidas cuja eficácia já está claramente estabelecida como benéficas e que serão apresentadas a seguir.

- Redução do peso. Todos os pacientes com peso acima do ideal ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$, acima de 25 kg/m^2) devem ser encorajados a participar de um programa de atividades físicas aeróbicas e redução da ingestão de calorias, com o objetivo de perder peso (NOBRE *et al.*, 2013).
- É sabido que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas além de aumentar a pressão arterial pode causar resistência à ação anti-hipertensiva de alguns medicamentos (NOBRE *et al.*, 2013).
- O critério de escolha do medicamento deve ser de acordo com as características peculiares de cada paciente, doenças associadas, farmacocinética, farmacodinâmica, idade, fácil posologia dos medicamentos e custos (NOBRE *et al.*, 2013).
- Os indivíduos da raça negra respondem melhor à terapêutica com antagonistas de cálcio, diuréticos e alfa-bloqueadores. Respondem de forma modesta aos inibidores da enzima conversora e aos betabloqueadores, pelo fato de terem a renina baixa (hormônio produtor de hipertensão) (MELO *et al.*, 2011).

O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com comorbidades relevantes. A

terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento. Intervenções não farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física. Deste modo, a intervenção não farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da hipertensão arterial. O conhecimento do perfil sociodemográfico dos pacientes hipertensos, do uso que fazem dos serviços de saúde e das estratégias terapêuticas que conhecem e utilizam, são importantes para direcionar intervenções mais eficazes de controle da doença (SAAD *et al.*, 2009).

6. PLANO DE AÇÃO

Para o estabelecimento de um plano de ações, ou plano de intervenção, devem ser seguidos seis passos: definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos nós críticos e desenho das operações sobre o problema selecionado.

6.1 Definição dos problemas

Um problema é um caso particular ou problema que requer uma solução. Socialmente, é uma situação particular que, se conseguida a correção momento, traz benefícios para a sociedade. Neste sentido em relação aos problemas identificados no diagnóstico da situação de saúde de nossa área de atendimento foram a elevada cifra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, condições socioeconômicas desfavoráveis, doença isquêmica do coração, elevado número de fumantes e índice alto de alcoolismo.

6.2. Priorização dos problemas

Quadro 2. Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jacilândia

PROBLEMAS	A	B	C	D	E	F	TOTAL
Hipertensão arterial.	2	2	2	2	2	2	12
Condições socioeconômicas desfavoráveis da população.	2	2	2	2	2	2	12
Doença isquêmica do coração.	2	2	1	2	2	2	11
Diabetes mellitus.	2	1	2	2	1	2	10
Elevado número de fumantes.	2	1	2	1	2	2	10
Índice alto de alcoolismo.	2	1	2	2	1	2	10

Fonte: O autor

Parâmetros de avaliação: A- ponto de vulnerabilidade; B – coerência; C - viabilidade; D – efeito; E – gravidade; F – frequência.

Pontuação para ranking: 0 ponto = baixa; 1 ponto = intermediário; 2 pontos = Alto

6.3 Descrição do problema selecionado

De acordo com o ranking o número maior da soma de seus elementos caracteriza o problema mais importante, com possibilidades de intervenção positiva. Nessa classificação figuram em ordem a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as condições socioeconômicas desfavoráveis, a doença isquêmica do coração, o diabetes mellitus (DM), o elevado número de fumantes e o índice alto de alcoolismo. O Quadro 3 mostra uma valoração do problema selecionado, considerando os registros locais do serviço de saúde.

Quadro 3: Descritores do problema alta prevalência e incidência de a hipertensão arterial na comunidade de Jacilândia (2015)

Descritores do problema	Valores	Fonte
Hipertensos cadastrados	367	SIAB
Hipertensos acompanhados	360	Ficha individual
Cardiopatias isquêmicas cadastradas	142	SIAB
Cardiopatias isquêmicas acompanhadas	131	Ficha individual
Diabetes Mellitus cadastrados	139	SIAB
Diabetes Mellitus acompanhados	129	Ficha individual

Fonte: Autor

6.4 Explicação do problema

Depois de caracterizar o problema em questão e ter os elementos que o identificam, assim como fatores que demonstram a presença de uma elevada cifra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica em nossa área de abrangência, há de se considerar que também podem estar presentes outras causas, como comportamentos inadequados afetando de modo significativo a qualidade de vida das pessoas, o estilo de vida, os elementos que se associam aos maus hábitos alimentares, como a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e a ineficácia da estrutura dos serviços de saúde. Todos eles considerados dos mais graves problemas de saúde pública, com consequências psicossociais, como a diminuição da produtividade laboral e acadêmica e a violência familiar. Considere-se, ainda, o baixo nível cultural, junto com a falta das ações de promoção de saúde pela equipe de saúde, contribuindo para que as pessoas que tem esta doença façam atividades inadequadas e tenham um acompanhamento deficiente.

6.5 Seleção dos “nós críticos”

Como relatado por Campos, Faria e Santos (2010), o nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Traz também a ideia de algo sobre o qual se tem condições de intervir. Entre as muitas causas geradoras de problema, apresentam-se como nós críticos os seguintes, para os quais se apresentam as operações necessárias:

- Baixo nível de informação aos pacientes hipertensos e suas famílias acerca da hipertensão arterial.
- Maus hábitos alimentares.
- Falta de prática de atividades física ou esportiva. Inadequados comportamentos e não prática de atividades reflexivo- vivenciais.
- Hábitos e estilos de vida da população inadequados para sua autocuidado.
- Ineficácia na estrutura dos serviços de saúde e dos processos de atendimento das pessoas com diferentes riscos para a hipertensão arterial.

6.6 Desenho das operações

Quadro 4: Desenho das operações para enfrentar os “nós críticos” do problema alta prevalência e incidência de hipertensão arterial na comunidade de Jacilândia, no município de Unaí, Minas Gerais

Nós críticos	Projeto / Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo nível de informação aos pacientes hipertensos e suas famílias acerca da hipertensão arterial, em processos de educação em saúde.	Saber mais Aumentar o nível de conhecimento aos pacientes hipertensos e suas famílias acerca da hipertensão arterial, em processos de educação em saúde.	Que os pacientes hipertensos e suas famílias tenham mais informação sobre a hipertensão arterial e seus fatores de risco.	Realizar campanhas educativas através de grupos operativos, capacitação de enfermagem e agentes comunitário de saúde. Desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com hipertensos e comunidades.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Organizacional: organização das atividades da equipe. Político: Articulação intersetorial e sensibilização de gestores.

(continua...)

Quadro 4: Desenho das operações para enfrentar os “nós críticos” do problema alta prevalência e incidência de hipertensão arterial na comunidade de Jacilândia, no município de Unaí, Minas Gerais (... continuação)

Nós críticos	Projeto / Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Maus hábitos alimentares	Alimentação equilibrada Promover e estimular hábitos alimentares saudáveis	Que as pessoas tenham uma dieta balanceada e adequada.	Desenvolver estratégias de informação educativa às famílias através de grupos operativos. Fazer Campanhas educativas	Organizacional: Organização de grupos operativos. Cognitivo: Informação sobre o tema em questão. Político: Procurar área local adequada, realizar mobilização social, Ter articulação intersetorial.
Falta de prática de atividades físicas ou esportiva.	Atividade física Estimular a prática de atividade física ou esportiva.	Aumentar o número de pessoas fisicamente ativas.	Grupos de caminhada e correr. Grupos de ginástica, pedalar nadar. Grupos de dança Grupos para exercícios com pesos e jogar bola.	Organizacional: Organizar os grupos de atividade físicos e esportivos. Cognitivo: Informação sobre o tema. Político: Garantir área adequada ou local, mobilização social e articulação intersetorial.
Hábitos e estilos de vida da população inadequados para sua autocuidado.	Promover Saúde. Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida inadequado da população principalmente, as atividades físicas e nutrição, assim como o autocuidado.	Conscientizar a população a importância de hábitos saudáveis; Estimular a colaboração entre os serviços públicos de saúde e de esporte; Diminuição do número de usuários sedentários e obesos.	Programas de alimentação saudável fazendo ênfase na diminuição do consumo de sal e gordura. Promover uma alimentação adequada. Programa educativo para evitar a prática do alcoolismo e tabagismo, assim como promover as atividades físicas.	Organizacional: Organização de caminhadas e implantar novas consultas para orientação alimentar. Cognitivo: Informação sobre o tema. Político: Conseguir espaço local. Financeiro: Folhetos educativos e recursos áudio visuais.
Ineficácia da estrutura dos serviços de saúde.	Cuidar melhor. Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com diferentes riscos para a hipertensão arterial.	Garantir de medicamentos e exames, assim profissionais mais capacitado.	Agendamento de consultas programadas para doentes de hipertensão arterial e grupos de risco. Campanhas educativas através de grupos operativos. Capacitação de pessoal.	Organizacional: Capacitação dos profissionais. Políticos: Distribuição de recursos para estruturar o serviço. Financeiros: Aumento de oferta de exames pelo SUS.

6.7 Identificação dos recursos críticos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que poderão ser consumidos em cada operação, constituído uma atividade fundamental para a viabilidade de um plano. São considerados recursos crítico aqueles indispensáveis para, a execução de uma operação e que não estão disponíveis. Por isso é fundamental que a equipe de saúde tenha bastante clareza de quais são os recursos críticos para criar uma estratégia para poder viabilizá-los. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 5: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nos críticos do problema, alta prevalência e incidência de a hipertensão arterial na comunidade de Jacilândia.

Operação / projeto	Recursos críticos
<p>Saber mais</p> <p>Fornecer conhecimento de informação ao pacientes hipertenso e a família acerca da hipertensão arterial.</p>	<p>Organizacional: Organização de agenda para as campanhas educativas. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema em questão. Políticos: Mobilização social, parcerias e apoio da gestão. Financeiros: Aquisição de materiais educativos.</p>
<p>Alimentação equilibrada</p> <p>Promover e estimular hábitos alimentares saudáveis.</p>	<p>Organizacional: Organização de grupos operativos. Implementação de consultas para orientação alimentaria. Político: Procurar área o local adequado, realizar mobilização social, Ter articulação intersetorial.</p>
<p>Atividade física</p> <p>Estimular a prática de atividade física ou esportiva</p>	<p>Organizacional: Organizar os grupos de atividade física ou esportiva. Político: Garantir área adequada ou local, mobilização social e articulação intersetorial.</p>
<p>Saúde e mais vida.</p> <p>Modificação dos hábitos e estilos de vida da população e o autocuidado.</p>	<p>Organizacional: Mobilização social, organização de caminhadas. Cognitivo: Informação sobre o tema. Políticos: Conseguir espaços locais. Financeiros: Aquisição de materiais educativos. Folhetos e recursos áudio visuais.</p>
<p>Cuidar melhor</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com diferentes riscos para a doença.</p>	<p>Organizacional: Organização de grupos operativos. Políticos: Decisão de recursos para estruturar o serviço. Financeiros: Fornecer de recursos humanos e materiais tais como folhetos e materiais educativos para melhora dos serviços de atendimentos, assim como o aumento de oferta de exames.</p>

Fonte: Autor (2015)

6.8 Análise de viabilidade do projeto

O importante deste passo é que o indivíduo que está planejando não consegue ter controle sobre todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Desse modo, os autores (quais?) apontam que para se obter êxito neste passo é importante ter claro os seguintes objetivos:

- Identificar os indivíduos que controlam os recursos críticos que serão necessários para a implementação de cada operação do projeto de intervenção.
- Analisar a real motivação desses atores em relação dos objetivos pretendidos pelo projeto.
- Delinear as ações consideradas estratégicas para motivar os indivíduos e construir a viabilidade de cada operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para analisar a viabilidades de um projeto inicialmente devem ser identificadas três variáveis consideradas fundamentais (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

1- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o projeto.

2- Quais são os recursos cada um desses atores controla.

3- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o projeto.

De esta maneira os autores concluem que a motivação de um ator pode ser classificada como:

- Motivação favorável
- Motivação indiferente
- Motivação contrária

Quadro 6: Propostas de ações para controle de recursos críticos e ação estratégica para o enfrentamento dos nos críticos do problema, alta prevalência e incidência de a hipertensão arterial na comunidade de Jacilândia.

Projeto / Operação	Recursos críticos	Controle - recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber mais Oferecer conhecimento de informação ao pacientes hipertenso e a família acerca da hipertensão arterial.	Organizacional: Organização de agenda para as campanhas educativas.	Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável	Fazer alternativas para o atendimento aos pacientes hipertensos e de riscos.
	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema em questão.	Sec. Municipal de Saúde.	Favorável	
	Políticos: Mobilização social, parcerias e apoio da gestão.	Coordenador de PSF.	Favorável	
	Financeiros: Aquisição de materiais educativos.	Equipe de Saúde da Família.	Favorável	
Alimentação equilibrada Promover e estimular hábitos saudáveis.	Organizacional: Organização de grupos operativos. Implementação de consultas para orientação alimentaria.	Equipe de Saúde da Família.	Favorável	Não é necessária.
	Político: Procurar área o local adequado, realizar mobilização social, Ter articulação intersetorial.	Secretário de Saúde.	Favorável	
Atividade física Estimular a atividade física ou esportiva	Organizacional: Organizar os grupos de atividade física ou esportiva.	Secretário de Saúde.	Favorável	Não é necessária
	Político: Garantir área adequada ou local, mobilização social e articulação intersetorial.	Equipe de Saúde da Família.	Favorável	
Saúde e mais vida. Modificação dos hábitos e estilos de vida da população e o autocuidado	Organizacional. Mobilização social, organização de caminhadas.	Equipe de Saúde da Família.	Favorável	Realizar campanhas que estimulem a pratica de atividades físicas.
	Cognitivo: Informação sobre o tema. Políticos: Conseguir espaços locais.	Sec. Municipal de Saúde.	Favorável	
	Financeiros: Aquisição de materiais educativos.	Dep. de compras da Prefeitura Municipal.	Favorável	
Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para pessoas com diferentes riscos para a doença.	Organizacional: Organização de grupos operativos.	Sec. Municipal de Saúde.	Favorável	Apresentar o projeto para a secretaria de saúde.
	Políticos: Decisão de recursos para estruturar o serviço.	Prefeito do Município Unaí.	Favorável	
	Financeiros: Fornecer recursos humanos e materiais - folhetos e materiais educativos para melhora dos serviços de atendimentos, assim como o aumento de oferta de exames.	Secretário de Saúde		

Fonte: Autor (2015)

6.9 Elaboração do plano operativo

O objetivo desse passo é: designar os responsáveis por cada operação e; definir os prazos para a execução das operações.

“A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelo projeto e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias”, ... “o seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.71).

Quadro 7: Elaboração do plano operativo para o enfrentamento dos nós críticos do problema, alta prevalência e incidência de a hipertensão arterial na comunidade de Jacilândia.

Projeto / Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saber mais Oferecer conhecimento de informação ao pacientes hipertensos e a família acerca da hipertensão arterial.	Que a população tenha mais informação sobre a hipertensão arterial e seus fatores de risco.	Realizar campanhas educativas através de grupos operativos, capacitação de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com hipertensos e comunidades.	Fazer alternativas para o atendimento aos pacientes hipertensos e de riscos.	Médico Enfermeira Técnica de enfermagem	quatro meses
Alimentação equilibrada Promover e estimular hábitos alimentares saudáveis.	Que as pessoas tenham uma dieta balanceada e adequada.	Desenvolver estratégias de informação educativa às famílias através de grupos operativos. Fazer campanhas educativas.	Não é necessária	Médico	quatro meses
Atividade física Estimular a prática de atividade física ou esportiva	Aumentar o número de pessoas fisicamente ativas	Grupos de caminhada e correr. Grupos de ginástica, hidroginástica. Grupos de dança Grupos para jogar futebol.	Não é necessária.	Médico Enfermeira	quatro meses

(continua...)

Quadro 7: Elaboração do plano operativo definidas para o enfrentamento dos nos críticos do problema, alta prevalência e incidência de a hipertensão arterial na comunidade de Jacilândia (...continuação).

<p>Saúde e mais vida</p> <p>Modificação dos hábitos e estilos de vida da população e o autocuidado.</p>	<p>Redução do número de usuários fumantes e consumidores de álcool.</p> <p>Conscientizar a população importância de hábitos saudáveis.</p>	<p>Campanhas educativas através de grupos operativos.</p> <p><u>Terapia em grupo</u> ou <u>psicoterapia</u>.</p> <p>Comportamental, Grupos de ajuda mútua.</p>	<p>Realizar campanhas que estimule a pratica de atividades físicas.</p>	<p>Médico</p> <p>Enfermeira:</p> <p>Técnica de enfermagem:</p> <p>·</p> <p>Coordenadora da APS.</p>	<p>três meses</p>
<p>Cuidar melhor</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com diferentes riscos para a doença.</p>	<p>Garantir os medicamentos e exames estabelecidos para pacientes com hipertensão arterial.</p>	<p>Agendamento de consultas programadas para doentes de hipertensão arterial e grupos de risco.</p> <p>Campanhas educativas através de grupos operativos.</p> <p>Capacitação de pessoal.</p>	<p>Apresentar o projeto para a secretaria de saúde.</p>	<p>Secretaria de saúde.</p> <p>Coordenadora da APS.</p>	<p>seis meses</p>

Fonte: Autor (2015)

6.10. Gestão do plano

Os quadros a seguir (8 a 12) apresentam a sínteses da situação das operações e campos preenchidos em o acompanhamento do projeto.

Quadro 8: Planilha de acompanhamento do projeto Saber mais

Operação: Saber mais.					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Realizar campanhas educativas através de grupos operativos capacitação de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com hipertensos e comunidades.	Médico	Quatro meses	Aguardando por implantação		

Fonte: Da própria autoria (2015)

Quadro 9: Planilha de acompanhamento do projeto: alimentação equilibrada.

Operação: Alimentação equilibrada.					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Desenvolver estratégias de informação educativa às famílias através de grupos operativos. Fazer Campanhas educativas.	Médico	Quatro meses	Aguardando implantação		

Fonte: Da própria autoria (2015)

Quadro 10: Planilha de acompanhamento do projeto: atividade física.

Operação: Atividade física.					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Grupos de caminhada e correr. Grupos de ginástica, hidroginástica. Grupos de dança Grupos para jogar futebol.	Médico	Quatro meses	Aguardando implantação		

Fonte: Da própria autoria (2015)

Quadro 11: Planilha de acompanhamento do projeto: saúde e mais vida.

Operação: Saúde e mais vida.					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Campanhas educativas através de grupos operativos. <u>Terapia em grupo</u> ou <u>psicoterapia</u> . <u>Terapia cognitivo comportamental</u> . Grupos de ajuda mútua.	Médico	Três meses	Aguardando implantação		

Fonte: Da própria autoria (2015)

Quadro 12: Planilha de acompanhamento do projeto: cuidar melhor.

Operação: Cuidar melhor.					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Agendamento de consultas programadas para doentes de hipertensão arterial e grupos de risco. Campanhas educativas através de grupos operativos. Capacitação de pessoal.	Secretaria de saúde. Coordenadora da APS.	Seis meses	Aguardando implantação		

Fonte: Da própria autoria (2015)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois do estudo sobre a hipertensão arterial na população da Unidade Básica de Saúde Jacilândia, do município Unaí, em Minas Gerais, conclui-se que essa doença é um dos problemas que mais afeta a nossa população de abrangência. A perspectiva deste trabalho permite melhorar a abordagem para um adequado acompanhamento aos pacientes portadores da doença, em que o conhecimento de cada paciente de suas condições de saúde, a partir da estratificação de risco, nos permita direcionar as ações de controles, focado na mudança para um modo e estilo de vida saudáveis.

Como esta doença é considerada como o principal fator de risco para outras doenças é preciso que se coloquem em prática novos modelos de promoção e prevenção de saúde, com o objetivo de melhorar sua alta prevalência e incidência.

De nosso plano de ações se tem a certeza que poderá também melhorar a estrutura do serviço, o atendimento aos pacientes de risco e com hipertensão arterial e, assim, oferecer capacitação aos profissionais e equipe de saúde, para um desempenho adequado frente a essa doença.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

AMARAL, M. P. et al. **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas**, São Paulo, Brasil. p. 285-294. Fev. 2006. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/csp/v22n2/06.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Atenção primária em saúde**. Brasília [online], 2015. Disponível em:

<<http://www.bvsintegralidade.iciet.fiocruz.br/php/level.php?component=21>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília [online], 2015. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 21mar. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 21 mar.2015.

CASTILLO ALVAREZ, Y. de la C.; CHAVEZ VEGA, R.; ALFONZO GUERRA, J. P. Incidência y prevalencia de hipertensión arterial registrada en el Día Mundial de la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Experiencia de un grupo de trabajo. **Rev. cubana med** [online]. 2011, vol.50, n.3, pp. 234-241. Disponível em: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 2 abr. 2015.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 2 abr. 2015.

HARTMANN, M.et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.23 no.8 Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000800012&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 out. 2015.

MELO, X. de. Hipertensão na raça negra. Jornal O Estado. 07.maio.2009.Disponivel em:< <<http://www.blogsoestado.com./xavierdemelo/2009/05/07/negro/>>. Acesso em: 2 abr., 2015.

MELO, E. C. et al. Fatores de risco e incidência de hipertensão arterial em trabalhadores rurais canavieiros. **Revista ATO**. 2011. Disponível em: www.actiradentes.com.br/revista. Acesso em: 31 mar. 2015.

NOBRE, F. et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Revista Medicina**. 2013. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EAmic a%20prim%E1ria.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ. **Sobre Unaí**. Disponível em: <<http://www.prefeituraunai.mg.gov.br/pmu/index.php/unai-um-municipio-pronto-para-o-futuro.html>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

PASSOS, V.M. A; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.15 n.1 Brasília. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742006000100003&script=sci_arttext > Acesso em: 21 mar. 2015.

SCACHETTI, F. et al. **Incidência e prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em profissionais da área da saúde**. Cidade de Jaguapitã e Rolândia. Paraná. 2011. Disponível em: <http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2011/7/350_424_publpg.pdf> Acesso em: 31 mar.2015.

SAAD, D. S. et al. Prevalência de hipertensão arterial com o avanço da idade em mulheres. **Revista Digital**. Buenos Aires. Sep, 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd136/>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, sup.1, p.1-51, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde . **Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**, 2011. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

UNAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Unaí: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

WIKIPEDIA. **Unaí**, 2014, [online]. Disponível em: pt.wikipedia.org/wiki/Unaí. Acesso em: 10 jun. 2015.