

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

Isabela França Dias Gomes

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DO
CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM PACIENTES HIPERTENSOS NA
POPULAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA PAULA ELIZABETH
NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS EM MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS
2015

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

Isabela França Dias Gomes

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DO
CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM PACIENTES HIPERTENSOS NA
POPULAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA PAULA ELIZABETH
NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS EM MINAS GERAIS**

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

Orientador: Ms. Christian Emmanuel Torres
Cabido

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS
2015

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

Isabela França Dias Gomes

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DO
CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM PACIENTES HIPERTENSOS NA
POPULAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA PAULA ELIZABETH
NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS EM MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Ms. Christian Emmanuel Torres Cabido

Examinador 2: Dra. Ana Maria Costa da Silva Lopes

Aprovado em, 24 de março de 2015.

Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência da hipertensão arterial sistêmica em todo o mundo. Esse trabalho se justifica pois um controle adequado da patologia é importante para a diminuição de internações por complicações agudas e crônicas, da morbimortalidade e dos gastos em saúde com essa moléstia. No Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Paula Elizabeth vários pacientes não conhecem sobre a doença e suas complicações, dificultando seu acompanhamento. Objetivo: Elaboração de um projeto de intervenção com o intuito de melhorar os níveis pressóricos da população com Hipertensão Arterial Sistêmica em uma ESF. Utilizou-se a metodologia de revisão narrativa com as palavras-chave abaixo. Os nós críticos identificados foram os hábitos e estilo de vida dos pacientes, o nível de informação sobre a patologia, treinamento e capacitação dos profissionais de saúde e disponibilidade das medicações. As ações propostas são orientações quanto a dieta adequada e atividade física regular, criação de grupos operativos para hipertensos, palestras educativas, folder explicativo, capacitação dos agentes comunitários de saúde e medicações com quantidade adequada e recebimento regular para os pacientes. Espera-se através deste plano de ação aumentar o número de hipertensos controlados, melhorando a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Tratamento. Complicações.

ABSTRACT

Hypertension (HBP) is regarded today as a worldwide epidemic, translating into major challenge for health systems worldwide. The aging population, increasing urbanization and the adoption of unhealthy lifestyles such as physical inactivity, poor diet and obesity are largely responsible for the increased incidence and prevalence of hypertension worldwide. This work is justified because an adequate control of the disease is important in the reduction of hospitalizations for acute and chronic complications, morbidity and mortality and health expenditures with this disease. In the Family Health Strategy (FHS) Santa Paula Elizabeth many patients do not know about the disease and its complications, making it difficult to follow. Objective: Development of an intervention project with the aim of improving the blood pressure of people with Hypertension in a FHS. We used the methodology of narrative review with the keywords below. The identified critical nodes were the habits and lifestyle of patients, the level of information about the pathology, training and capacity building of health workers and availability of medications. The actions proposed are guidelines for the proper diet and regular physical activity, creating operational teams for hypertensive, educational lectures, explanatory folder, training of community health agents and medications with adequate quantity and regular delivery to patients. It is hoped through this action plan to increase the number of controlled hypertensive patients, improving the quality of life of these patients.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Treatment. Complications.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação da pressão arterial em adultos.	13
Quadro 2. Nível pressórico e o risco do paciente.....	15
Quadro 3. Tratamento da hipertensão arterial.....	16
Quadro 4. Principais patologias identificadas.....	17
Quadro 5. Desenho das operações.....	18
Quadro 6. Identificação dos recursos críticos.....	20
Quadro 7. Análise da viabilidade do plano.	21
Quadro 8. Operações e produtos.	22
Quadro 9. Operações e produtos (continuação).	23

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. JUSTIFICATIVA.....	9
3. OBJETIVO.....	10
4. METODOLOGIA.....	11
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	17
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

INTRODUÇÃO

A cidade de Montes Claros – MG está situada na Bacia do Alto Médio São Francisco, no norte de Minas Gerais, apresenta uma população segundo o censo do IBGE de 2013 de 385.898 habitantes, encontra-se há 418 km da capital do estado, Belo Horizonte. O prefeito da cidade é o Ruy Adriano Borges Muniz, secretária municipal de saúde Ana Paula de Oliveira Nascimento e como coordenadora da atenção básica Cláudia Mendes Campos Versiani (www.montesclaros.mg.gov.br, 2013).

O município de Montes Claros possui algumas cidades limítrofes, dentre elas podemos citar: Francisco Sá, Capitão Enéas, Glaucilândia, São João da Ponte, Claro dos Poções, Bocaiúva, Juramento, Patis, Mirabela, Coração de Jesus e São João da Lagoa. Acredita-se que o atual território desse município foi devassado pela expedição “Espinosa-Navarro”, vinda de Porto Seguro no dia 13 de junho de 1553. Quem fundou Montes Claros foi Antônio Gonçalves Figueira, expedicionário da bandeira de Matias Cardoso e adjunto do Governador das Esmeraldas que era Fernão Dias Paes Leme. Gonçalves Figueira, voltou a procurar metais e pedras preciosas, depois de passado algum tempo em Ituassu para o cultivo de cana de açúcar. Fundou, portanto, no início do século XVIII, as fazendas de Olhos d’Água, Jaíba e Montes Claros. O nome Montes Claros deve-se à localização, perto do rio Verde Grande, “próximos de montes calcários, despidos de vegetação e, por isso, sempre claros” (www.montesclaros.mg.gov.br, 2013).

Na economia de Montes Claros, encontramos diversas atividades, dentre elas as agropecuárias, de indústrias e de prestação de serviços. O setor terciário é a principal fonte econômica com segmentos de comércio e de prestação de serviços, como na educação e saúde. Depois, destaca-se o setor secundário, com complexos industriais de grande, médio e pequeno portes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município de Montes Claros é de 0,783; a taxa de urbanização de 90%; abastecimento de água tratada 92,77%; recolhimento por rede pública 85,52%; segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2000.

O Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Paula Elizabeth faz parte da área de abrangência do Centro de Saúde do Planalto, que é composta por 10

bairros: JK, Jaraguá I e II, Nova América, Vilage do Lago 1 e 2, Clarice Ataíde e Novo Horizonte. Com a implantação da ESF foi realizada a divisão do território, que definiu a área adscrita, composta por 2 bairros: Novo Horizonte que surgiu em 1998 e Vilage do Lago 1 que surgiu em 1981. A equipe da ESF Santa Paula Elizabeth é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde. A unidade possui 3 consultórios, uma recepção, sala de reuniões e palestras, consultório odontológico, sala de vacinas, sala de curativos e procedimentos, sala de prevenção e Crescimento e Desenvolvimento (CD), uma farmácia, um banheiro e uma cozinha.

Os problemas de saúde da ESF Santa Paula Elizabeth estão ligados direto às condições de vida da população e aos problemas sociais: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), cardiopatias, câncer, patologias respiratórias, gastroenterites, anemia, parasitoses intestinais, gravidez na adolescência, alcoolismo, abuso de drogas e abuso sexual, violência e desordens psicológicas. A população, em sua maioria, possui um baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, não tem acesso a alimentos mais saudáveis, devido à falta de condição financeira para obtê-los e as ruas são sem pavimentação. Esses fatores, em conjunto dificultam para que a prática médica alcance um objetivo ideal de controle dessas patologias. Dentre a lista de problemas, o que se destacou como prioridade foi o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos, devido à grande prevalência em nossa área de abrangência. A maior parte desses pacientes apresentam grande dificuldade de evoluir com um bom prognóstico. Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de novembro de 2014, possuímos 300 pacientes hipertensos, sendo que 200 estão em controle dessa patologia e 100 estão descontrolados, por diversos motivos, dentre eles a não adesão ao tratamento medicamentoso, alimentação inadequada e o sedentarismo.

Assim, diante do apresentado, fica evidente a importância de se propor um plano de ação com o objetivo de minimizar e tentar solucionar este problema detectado.

2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão arterial é um dos problemas mais frequentes no nosso meio, com uma elevada prevalência e incidência entre a população adulta. A doença tem uma elevada morbimortalidade, gerando custos elevados para a população quando não tratada adequadamente. Por isso o conhecimento da doença, seus fatores de risco, tratamento e adesão são importantes para um adequado controle. Com isso ocorrerá de médio a longo prazo diminuição de doentes evoluindo para complicações agudas e crônicas. Dessa forma, haverá uma melhora na qualidade de vida desses pacientes e, conseqüentemente, diminuição de gastos, número de internações e óbitos na população.

3. OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção com o intuito de melhorar os níveis pressóricos da população com Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde do Santa Paula Elizabeth.

4. METODOLOGIA

A fundamentação do plano de intervenção se fez por meio de pesquisa bibliográfica realizada entre o período de outubro de 2014 a janeiro de 2015 e considerou os trabalhos publicados nos últimos 11 anos. Visando a busca de evidências existentes e publicadas sobre o tema, além de possibilitar a utilização das estratégias já utilizadas na prática assistencial no que diz respeito à melhoria dos níveis pressóricos das pessoas com hipertensão e de como tratá-las e acompanhá-las.

Foi utilizada como metodologia a revisão narrativa que é apenas uma avaliação não sistematizada, de algumas publicações sobre o tema escolhido, podendo incluir artigos, livros, dissertações, teses e visando fundamentar a construção e implementação do plano de intervenção.

A pesquisa bibliográfica foi feita por meio dos seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção básica; controle da pressão arterial adequado; avaliação dos fatores de risco da HAS; diminuição das complicações da HAS.

A partir das leituras do material coletado, lido e analisado partiu-se para a elaboração do plano de intervenção com base no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Esse método visa elaborar uma proposta de intervenção, que têm como foco o problema identificado no diagnóstico situacional e a priorização do mesmo. Sendo confrontado com um padrão considerado não adequado ou não tolerável e que motivam os atores sociais a enfrentá-lo (KAMIMURA, 2004).

5. REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2010, 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).

A HAS é um problema de saúde pública multifatorial que afeta grande parte da população mundial alterando o estado biopsicossocial. Possui alta prevalência e controle pouco efetivo, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, ocorre um aumento progressivo da mortalidade por doença cardiovascular com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente.

Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, sendo que, no Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte, ocorrendo, em 2007, 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Segundo o DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,30. A doença renal terminal, outra condição frequentemente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007. No que diz respeito à epidemiologia, estudos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países.

Segundo o Projeto Diretrizes (2002), para o diagnóstico da HAS deve-se realizar no mínimo duas medidas da pressão arterial por consulta, na posição sentada, e se as diastólicas apresentarem diferenças acima de 5 mmHg, fazer novas medidas até se obter menor diferença, sendo que, na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os membros superiores e em caso de diferença deve se utilizar sempre o braço de maior pressão (MION JRD *et al.*, 2002).

Já a VI diretriz de hipertensão (2006) apresenta que a HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial pela medida casual, apresentando como linha demarcatória valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório (QUADRO 1). O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões.

Quadro 1. Classificação da pressão arterial em adultos.

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
NORMAL	<120	<80
PRE-HIPERTENSAO	120-139	80 -89
HIPERTENSAO		
ESTAGIO 1	140-159	90-99
ESTAGIO 2	≥ 160	≥ 100

FONTE: Ministério da Saúde (2006).

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2010, os fatores de risco para HAS, incluem:

- Idade, com prevalência superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos;
- Gênero e etnia: a prevalência entre homens e mulheres é semelhante, porém mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo a partir da quinta década. Em relação a etnia a HAS é duas vezes mais prevalente em pessoas de cor não branca;

- Obesidade: incremento no índice de massa corporal (IMC) de 2.4 kg/m² promove um maior risco de desenvolver HAS;
- Ingestão de sal: a ingestão excessiva de sódio estar associada a elevação da PA;
- Ingestão de álcool: a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo está relacionada a HAS;
- Sedentarismo: a atividade física reduz a incidência de HAS, a mortalidade e o risco de DCV mesmo em indivíduos pré-hipertensos;
- Fatores socioeconômicos: no Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade e a influência do nível socioeconômico é complexa e difícil de ser estabelecida.
- Genética: não existem variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS.

Entre os hipertensos, 85% são considerados leves. A constatação do problema e o manejo dos fatores de risco modificáveis pode significar a diminuição dos níveis tensionais em normais, reduzindo as consequências nocivas (PICCINI e VICTORIA, 1994).

O tratamento não medicamentoso baseia-se no apoio de multiprofissionais, uma vez que se trata de uma doença multifatorial, visando promoção de saúde e ações educativas, com ênfase nas mudanças de estilo de vida (MEV) e correção dos fatores de risco (MION *et al.*, 2002).

Para a instituição do tratamento deve-se considerar o nível pressórico e o risco do paciente de acordo com a Quadro 2:

Quadro 2. Nível pressórico e o risco do paciente.

Decisão terapêutica segundo os valores de pressão e a classificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo²³(D)			
	Risco A	Risco B	Risco C
	Ausência de fatores de risco e de lesão de órgão-alvo	Presença de fatores de risco (não incluindo diabetes melito) e sem lesão em órgãos-alvo	Presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes melito
Normal/Limítrofe (130-139/85-89)	MEV	MEV	MEV*
Estágio 1 (140-159/90-99)	MEV (até 12 meses)	MEV ** (até 6 meses)	TM
Estágio 2 e 3 ($\geq 160/\geq 100$)	TM	TM	TM

MEV = mudança de estilo de vida; TM = tratamento medicamentoso
 * TM, se insuficiência cardíaca, renal crônica ou diabetes
 ** TM, se múltiplos fatores de risco

FONTE: MION *et al.* (2002).

De acordo com a VI Diretrizes de Hipertensão de 2010, as MEV e as recomendações são:

- Controle de peso: manter o peso corporal na faixa normal (IMC entre 18,5-24,9kg/m²)
- Padrão alimentar: consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gordura saturada e totais;
- Redução do consumo de sal: reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2 gramas;
- Moderação no consumo de álcool: limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para homens e 15/dia para mulheres;
- Exercício físico: habituar-se a prática regular de atividade física aeróbica;
- Abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.

O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares. Ainda segundo a VI Diretrizes de Hipertensão, qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos, comercialmente

disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da HAS.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), as classes de anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico: Diuréticos, inibidores adrenérgicos (Ação central, betabloqueadores, alfabloqueadores), vasodilatadores diretos, bloqueadores de enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do receptor AT¹ da angiotensina II e inibidores direto da renina.

Para Mion (2002), o tratamento deve ser individualizado e procurar conservar a qualidade de vida dos pacientes. Qualquer grupo de fármacos anti-hipertensivos, com exceção dos vasodilatadores de ação direta e alfabloqueadores, é apropriado para controle da PA em monoterapia inicial, como exemplificado na Quadro 3:

Quadro 3. Tratamento da hipertensão arterial.

Fluxograma para o tratamento da hipertensão arterial²³(D)					
Monoterapia			Associação de Fármacos		
Estágio 1			Classes distintas em baixas doses, principalmente para estágio 2 e 3		
Diurético					
Betabloqueador					
Inibidor da ECA					
Antagonista de canal de cálcio					
Antagonista do receptor AT1 da AII					
Resposta inadequada ou efeitos adversos					
Aumentar a dose	Substituir a Monoterapia	Adicionar o 2º fármaco	Aumentar a dose da associação	Trocar a associação	Adicionar o 3º fármaco
Resposta inadequada					
Adicionar outros anti-hipertensivos					
(ECA = enzima conversora da angiotensina; AII = angiotensina II)					

FONTE: MION *et al.* (2002).

São recomendadas mudanças no estilo de vida para prevenção primária da HAS, principalmente, nos indivíduos com PA limítrofe. Tais mudanças reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida podem e devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Toda a equipe de saúde do Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Paula Elizabeth tem uma função importante no projeto de intervenção, e a partir dos problemas detectados conseguiremos enfrentar os problemas presentes.

Os dados foram organizados na forma de planilha, de modo que facilite a visualização e compreensão dos nós críticos, e divididos em desenhos das operações, identificação dos recursos críticos e análise da viabilidade do plano.

Quadro 4. Principais patologias identificadas.

Problemas	Importância	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Hipertensão Arterial	Alta	Presente	1
Diabetes Mellitus	Alta	Presente	2
Tabagismo	Alta	Parcial	3
Gravidez na Adolescência, gastroenterites, Doenças sexualmente transmissíveis, parasitoses intestinais, violência e abuso de álcool e drogas.	Alta	Parcial	4

FONTE: produção da própria autora.

Quadro 5. Desenho das operações.

Nó crítico	Operação/ Projeto de intervenção	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos e Estilo de Vida	Melhorar o estilo de vida da população através de hábitos alimentares saudáveis, menor ingestão de sal e alimentos gordurosos, aumentar consumo de vegetais, diminuir consumo de álcool e tabaco, realização de atividade física e redução do estresse do dia a dia. Distribuir folder explicativo sobre a doença para a população com uma linguagem mais clara e com ilustrações de alimentos que podem consumir e os que não podem ou devem evita-los.	Diminuir o número de obesos e sedentários. População consciente da importância de hábitos alimentares saudáveis no dia a dia e o impacto que isso causa à saúde.	Alimentação adequada, atividade física regular, diminuição do peso, diminuição do consumo de álcool e tabaco, diminuição de fatores estressantes.	Organizacional = para organizar as atividades físicas. Cognitivo = informar sobre as atividades físicas e dieta adequada.
Nível de Informação	Aumentar o conhecimento sobre a doença, seus sintomas, fatores de riscos e complicações agudas e crônicas.	População informada sobre a doença.	Palestras e informações da doença, grupos operativos, visitas domiciliares para aqueles de maior risco e que não aderem ao tratamento e acompanhamento	Organizacional = estrutura física adequada Cognitivo = palestras educativas e grupos operativos para hipertensos.

			regular através de exames anuais e consultas periódicas. Folder explicativo sobre a doença.	
Treinamento da equipe	Capacitar os agentes comunitários de saúde para orientações e ajuda adequada aos hipertensos.	Conhecimento e capacidade de ajudar no controle da pressão arterial.	Treinamento teórico prático para capacitar os agentes comunitários de saúde.	Organizacional = estrutura física adequada Cognitivo = aulas e práticas na unidade de saúde.
Medicamentos	Melhorar a oferta de medicamentos para os pacientes. Devido ao grande número da população, os medicamentos ficam em falta nas unidades de saúde, pois são disponibilizados em uma quantidade que não atende à demanda de pacientes.	Oferta adequada de medicamentos que devem ser disponibilizados em uma quantidade maior pela prefeitura. Muitos dos pacientes por terem baixo nível socioeconômico, não aderem ao tratamento medicamentoso se tiverem que comprar a medicação, por falta de recurso financeiro.	Organização adequada da demanda e oferta de medicamentos por parte do poder público municipal.	Organizacional = avaliação da demanda Financeiro = oferta adequada de produtos.

FONTE: produção da própria autora.

Quadro 6. Identificação dos recursos críticos.

Operação/Projeto de intervenção	Recursos Críticos
Melhorar o estilo de vida da população.	Político= Opções de atividade física para população, caminhadas, andar de bicicleta, academia ao ar livre e criação de um grupo de atividade física em um ginásio escolar com um profissional de educação física disponível para a população.
Aumentar o conhecimento sobre a doença.	Financeiro= Materiais adequados para palestras educativas e realização de grupos operativos, folder explicativo. Recursos Humanos: capacitação do pessoal envolvido.
Capacitar os agentes de saúde para orientações e ajuda adequada aos hipertensos.	Financeiro= Materiais e estrutura para um adequado treinamento dos profissionais.
Melhorar a oferta de medicamentos para os pacientes.	Político= Aumentar a oferta de medicamentos para os hipertensos, atendendo a uma maior demanda. Financeiro= Aumento e continuidade da oferta.

FONTE: produção da própria autora.

Quadro 7. Análise da viabilidade do plano.

Operação/Projeto de intervenção	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos	Ação Estratégica
Melhorar o estilo de vida da população.	Político =opções de atividade física para população, como academia ao ar livre.	Ator que controla: Prefeitura. Motivação: Favorável	Academia ao ar livre para a população com profissional de educação física, atividades físicas em ginásios das escolas do bairro.
Aumentar o conhecimento sobre a doença.	Financeiro = Materiais adequados para palestras educativas e realização de grupos operativos. Folder explicativo.	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação: Favorável	Obtenção de material audiovisual para palestras educativas e grupos operativos na sala de reunião da própria unidade de saúde.
Capacitar os agentes de saúde para orientações e ajuda adequada aos hipertensos.	Financeiro = Materiais para um adequado treinamento dos profissionais.	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação: Favorável	Obtenção de material audiovisual para treinamento na sala de reunião da própria unidade de saúde.
Aumentar a oferta de medicamentos para os pacientes, atendendo a uma maior demanda dos hipertensos. Aquisição de medicamentos nas farmácias populares com um preço mais baixo.	Político = Aumentar a oferta de medicamentos para os hipertensos. Cadastramento dos hipertensos nas farmácias populares. Financeiro =Aumento e continuidade da oferta.	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação: Favorável	Melhoria da quantidade das medicações e oferta regular. População consciente em adquirir a medicação nas farmácias populares por um baixo preço, caso não encontre na unidade de saúde.

FONTE: produção da própria autora.

Quadro 8. Operações e produtos.

Operações	Resultados	Produtos
Melhorar o estilo de vida da população.	Diminuir o número de pacientes obesos e sedentários.	Alimentação adequada com maior ingestão de frutas, verduras e legumes e menor ingestão de sal, alimentos calóricos, álcool e tabaco. Atividade física regular, caminhadas, andar de bicicleta e academia. Diminuição do peso.
Aumentar o conhecimento sobre a doença.	População informada e bem esclarecida sobre a doença.	Palestras educativas e informações da doença. Acompanhamento regular.
Capacitar os agentes de saúde para orientações e ajuda adequada aos hipertensos.	Conhecimento e capacidade de ajudar no controle pressórico do paciente.	Treinamento teórico prático para capacitar os agentes de saúde.
Melhorar a oferta de medicamentos para os pacientes. Orientar aos pacientes ao cadastramento em farmácias populares para aquisição da medicação com um preço mais baixo, caso a medicação não esteja disponível na unidade de saúde.	Oferta adequada de medicamentos pela prefeitura para atender uma maior demanda de hipertensos. Conscientização da população em adquirir a medicação nas farmácias populares, caso não encontre na unidade de saúde.	Organização adequada da demanda e oferta de medicamentos pela prefeitura.

FONTE: produção da própria autora.

Quadro 9. Operações e produtos (continuação).

Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Orientação sobre dieta adequada, atividade física regular, durante a consulta clínica médica, através de palestras educativas, grupos operativos, folder explicativo, nas visitas domiciliares aos pacientes de maior risco e aqueles que por algum motivo não podem ir à unidade de saúde e através do programa Hiperdia, onde os pacientes terão um acompanhamento multidisciplinar.	Clínico, profissional de educação física, nutricionista.	Início o mais breve possível, Finalização indeterminada.
Criação de grupos operativos para hipertensos. Palestras educativas sobre hipertensão. Folder explicativo.	Clínico, Enfermeira, agentes de saúde.	Início o mais breve possível, Finalização indeterminada.
Palestras para capacitação dos agentes de saúde, na orientação adequada aos pacientes.	Clínico e Enfermeira.	Início o mais breve possível, Finalização em 02 meses.
Aumentar o número de medicamentos oferecidos na unidade de saúde, com quantidade adequada e recebimento regular. Paciente consciente durante a consulta médica de que a medicação também pode ser adquirida na farmácia popular por um preço baixo, caso não esteja disponível na unidade de saúde.	Enfermeira, Gestor.	Início o mais breve possível, Finalização indeterminada.

FONTE: produção da própria autora.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma doença multifatorial e exige orientações voltadas para vários objetivos e, conseqüentemente, diferentes abordagens. Prevenir e tratar esses problemas de saúde envolve ensinamentos sobre a doença, suas inter-relações e complicações, o que implica na introdução de novos hábitos de vida. Além da terapia medicamentosa, é fundamental, no processo terapêutico e na prevenção destes agravos, a abordagem pela equipe das modificações no estilo de vida. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool, são fatores que devem ser adequadamente abordados e controlados. O resultado será avaliado através de exames laboratoriais, controle da pressão arterial sistêmica, redução do número de consultas e complicações relativos a doença.

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. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FUCHS FD. **Hipertensão arterial sistêmica**. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.

KAMIMURA QP. **Microrregionalização**: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e média complexidade no litoral norte Paulista. [Dissertação]. Taubaté: Universidade de Taubaté; 2004.

LOPES AC, Amato Neto, V. **Tratado de clínica médica**. 2ª Edição. São Paulo: Roca, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. ArqBrascardiol.2006:1-48. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2014

MION JRD e cols. **Hipertensão arterial-abordagem geral**. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. Projeto e Diretrizes 2002.

PICCINI, RX. VICTORIA, CG. **Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco**. Revista de saúde pública. 28 (4): 261-7, 1994.

JARDIM e cols. **Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira.** Arq. Bras. Cardiol. v.88 n.4 São Paulo abr. 2007.

Histórico do município. Disponível em:

<<http://www.montesclaros.mg.gov.br/desenvolvimentoeconomico/pdf/dadosgeraisdacidadedemontesclaros.pdf>> Acesso em: 9 dez. 2014