

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

JUAN GUALBERTO PEREZ CUELLAR

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM LAGOA COMPRIDA,
NO MUNICÍPIO SÃO BRÁS, ALAGOAS**

**MACEIÓ – ALAGOAS
2017**

JUAN GUALBERTO PEREZ CUELLAR

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM LAGOA COMPRIDA,
NO MUNICÍPIO SÃO BRÁS, ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista pelas normas e estratégias saúde da família.

Orientador: Márcia Helena Miranda Cardoso

MACEIÓ ALAGOAS

2017

JUAN GUALBERTO PEREZ CUELLAR

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM LAGOA COMPRIDA,
NO MUNICÍPIO SÃO BRÁS, ALAGOAS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Márcia Helena Miranda Cardoso(Unifal)

Examinador 2: Professora Walnéia Aparecida de Sousa(Unifal)

Aprovado em Belo Horizonte em

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), é uma doença definida pela persistência de pressão arterial sistólica igual ou acima de 140 mmHg e diastólica igual ou acima de 90 mmHg. Os limites de pressão arterial considerados normais são arbitrários e, na avaliação dos pacientes, deve-se considerar também a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doenças associadas. É fator de risco para as DCV e insuficiência renal crônica. Quando associada a outros fatores de risco, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as consequentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção visando ao controle da HAS nos pacientes da ESF Lagoa Comprida de São Brás/AL, melhorando a adesão ao tratamento e o acompanhamento pela equipe de saúde. Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida, a fim de identificar os problemas de saúde da comunidade e priorização dos mesmos, assim como os “nos críticos” e as formas de atuar sobre a eles, identificando os atores envolvidos, a viabilidade política e os recursos e os meios utilizados para atingir o objetivo. Foi elaborada uma revisão narrativa da literatura, através de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, da Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), através dos descritores como Hipertensão Arterial, Fatores de riscos e Estratégia de Saúde da Família. Foram propostas intervenções visando a melhorar o controle da HAS. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Concluindo, a elaboração do plano de ação apresenta etapas fundamentais no processo de planejamento e, com a execução desse estudo poderá propiciar melhoras no controle da HAS, evitando complicações da doença.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Fatores de riscos. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a disease defined by the persistence of systolic blood pressure equal to or greater than 140 mmHg and diastolic equal or greater than 90 mmHg. The blood pressure limits considered normal are arbitrary and, in the evaluation of the patients, the presence of risk factors, target organ lesions and associated diseases should also be considered. It is a risk factor for CVD and chronic renal failure. When associated with other risk factors, blood pressure levels may be even higher and consequent target organ lesions even more severe. The objective of this study was to elaborate an intervention plan aiming at the control of SAH in the patients of ESF Lagoa Comprida of São Brás / AL, improving treatment adherence and follow up by the health team. Firstly, the situational diagnosis was performed by the rapid estimation method, in order to identify the community's health problems and their prioritization, as well as the "critics" and the ways of acting on them, identifying the actors involved, the feasibility Resources and means used to achieve the goal. It was elaborated a narrative review of the literature, through data from the Virtual Health Library, the Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Through the descriptors such as Arterial Hypertension, Risk Factors and Family Health Strategy. Interventions were proposed aiming at improving the control of hypertension. For the development of the Intervention Plan was used the Method of Strategic Situational Planning (PES). In conclusion, the elaboration of the action plan presents fundamental stages in the planning process and, with the execution of this study, may lead to improvements in the control of hypertension, avoiding complications of the disease.

Key words: Hypertension. Risk factors. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

DCV- Doença Cardiovascular

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IC- Insuficiência cardíaca

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB- Índice Desenvolvimento da Educação Básica

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS- Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD- Pressão Arterial Diastólica

PAS- Pressão Arterial Sistólica

PES- Programa Estratégia da Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*

SIAB- Sistema Informação da Atenção Básica

SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

USF- Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Breves informações sobre o município	8
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 ESF Lagoa Comprida	14
1.4 Problemas de saúde do território e da comunidade	17
1.5 Priorização dos problemas	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA	22
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica – Definição	22
5.2 Prevalência da HAS.....	22
5.3 Classificação etiológica da hipertensão	23
5.4 Sintomas da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	24
5.5 Fatores de riscos.....	24
5.6 Prevenção da Hipertensão Arterial.....	28
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Descrição do problema seleccionado.....	30
6.2 Explicação do problema	30
6.3 Seleção dos nós críticos.....	32
6.4 Desenho das operações para os “nós críticos”	32
6.5 Elaboração e controle do plano operativo.....	36
6.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERENCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

A HAS é uma doença definida pela persistência da pressão arterial sistólica igual ou acima de 140 mmHg e a diastólica igual ou acima de 90 mmHg. Os limites de pressão arterial considerados normais são arbitrários e, na avaliação dos pacientes, deve-se considerar também a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doenças associadas (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL-V, 2006, 9 p).

É fator de risco para insuficiência cardíaca (IC), infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando associada a outros fatores de risco como *diabetes mellitus*, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as consequentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL-VI, 2010, 5p)

A hipertensão arterial é classificada como uma das principais causas de morbimortalidade, causando as chamadas doenças cardiovasculares (DCV), tendo como fator etiológico aspectos genéticos e ambientais. É caracterizada como uma síndrome multifatorial, poligênica, devido alterações no mecanismo de controle da pressão arterial, causando anormalidades das estruturas das artérias e do músculo cardíaco, ocasionando disfunção endotelial (INÁCIO; MACHADO, 2005, p.20- 25).

A hipertensão arterial sistêmica tornou-se uma problemática para a saúde pública mundial, devido sua alta incidência e associação com as DCV, independente dos fatores de risco associado, como obesidade, sedentarismo, tabagismo e dislipidemia (DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL-V, 2006).

1.1 Contextos gerais do Município

São Brás é um Município situado no Agreste Alagoano, localizada nas margens do Rio São Francisco, na Microrregião Geográfica de Traipu. Com uma população de 6970 habitantes segundo a estimativa do IBGE para o ano 2014, que ocupa uma área de 139,945 km², limitando-se com os municípios de Olho d'Água

Grande, Porto Real de Colégio, Rio de São Francisco-Amparo, de São Francisco e Telha-Se-Traipu. Fica a 202,60 quilômetros da capital.

- Concentração habitacional: 48,00 habitantes (km²)
- Número aproximado de domicílios e famílias: 1.930
- Microrregião: MR. De Traipu.
- Clima: Tropical chuvoso com verão seco.
- Temperatura (°C): Mínima 27° Máxima 36°

Histórico e descrição do Município

São Brás foi primitivamente uma pequena povoação localizada um pouco acima de Porto Real do Colégio e do qual fazia parte o seu território, não só quanto a jurisdição civil, como quanto á eclesiástico nome do Município foi tomado do padroeiro da paróquia, São Brás, bispo e mártir. A vila foi criada por lei provincial nº 1.056, de 28 de junho de 1889, desmembrada de Porto Real de Colégio, sendo instalada em 1º de outubro do mesmo ano. O decreto estadual de nº 1.619, de 23 de fevereiro de 1932, suprimiu o Município, anexando-o a Traipu. A constituição Estadual de 16 de setembro de 1935 restabeleceu-o, sendo novamente suprimido pelo Decreto nº 2.335, de 19 de janeiro de 1938, sendo seu território anexado a Arapiraca. O Decreto nº 2.2442, de 25 de outubro de 1938, desmembrou o distrito de São Brás, excetuando a povoação Mocambo, do município de Arapiraca e o anexou a Traipu. Somente com a Constituição de 1947 é que São Brás voltou a ter autonomia política.

Aspectos Demográficos

O quadro 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2014.

Quadro 1- Distribuição da população da população de São Brás segundo a faixa etária, 2014.

Município: São Brás										
Total de População: 6.970 habitantes										
No. de indivíduos	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	Total
Área Urbana	15	171	257	301	354	318	677	693	421	3.207
Área Rural	34	245	375	381	447	364	834	660	423	3.763
Total	49	416	632	682	801	682	1.511	1.353	844	6.970

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, IBGE, Cálculo: SEPLANDE/AL, IBGE, DATASUS, SEPLANDE/AL, IBGE/ * Estimativa da População.

Densidade demográfica: 47,02hab./Km²

Aspectos socioeconômico

Atividades econômicas e arrecadação

As principais atividades socioeconômicas de São Brás são a Agropecuária, onde as pessoas trabalham em suas roças ou prestam serviços eventualmente em outras fazendas. A agricultura consiste na produção de Mandioca e [milho](#), manga e produção de leite. A pecuária consiste em [bovinos](#) e suínos. A [pesca](#) está em redução. O artesanato consiste no bordado e criação de [carrancas](#). Também temos pedreiros, funcionários públicos e comerciantes.

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de participação municipal (FPM);
- Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN);
- PAB Fixo (Piso de Atenção Básica);

- Programa Saúde da Família (PSF);
- Epidemiologia Controle de Doenças;
- Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Índice de Desenvolvimento Humano- IDH

O IDH médio para o ano de 2012 foi de 0,606. (fonte: médio PNUD/2012).

Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência-2012

Índice de pobreza: 0,572

Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 250,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00.

Saneamento Básico

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência da ESF Lagoa Comprida não é razoavelmente boa, sendo que a coleta de lixo e o destino de esgoto na maioria das residências são a céu aberto. Vale lembrar que a área de abrangência é rural. Tem famílias em situações precárias de moradia.

O quadro 2 sintetiza a informação sobre a situação do saneamento básico no Município:

Quadro 2 - Síntese de informação sobre a situação do saneamento básico no Município. 2014

ABASTECIMENTO ÁGUA	DOMICÍLIOS
Rede geral	1.812
Poço ou nascente (na propriedade)	17
Outra forma	101
Instalação Sanitária	Domicílios
Sistema de esgoto	13
Fossa	1.675
Céu aberto	242

Coleta de lixo	%
Coleta Publica	78,50
Queimado-Enterrado	6,99
Céu Aberto	14,81

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

Educação

A situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores:

- Taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos: 41,3% (Para 1.722 Habitantes).

-Crianças em idade escolar fora da escola: 14%

-Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) – 2012

-Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil:

O IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica) é a "nota" do ensino básico no país. Numa escala que vai de 0 a 10, o MEC (Ministério da Educação) fixou a média 6, como objetivo para o país a ser alcançado até 2021.

Assim, o quadro 3 apresenta os indicadores os indicadores educacionais e tipos de ensino no ano de 2012.

Quadro 3 –Indicadores Educacionais e Tipos de Ensino. Ano 2012

Indicadores Educacionais	Ensino Fundamental	Ensino Médio
IDEB - 4ª série/ 5º ano	3,4	-
IDEB - 8ª série/ 9º ano	2,5	-
Taxa de Abandono (Rede Pública) (%)	6,3	16,2
Taxa de Aprovação (Rede Particular) (%)	0,0	0,0
Taxa de Aprovação (Rede Pública) (%)	78,9	72,0
Taxa de Reprovação (Rede Particular) (%)	0,0	0,0
Taxa de Reprovação (Rede Pública) (%)	14,8	11,8

Recursos da comunidade

O município conta com 13 escolas, várias igrejas, um ginásio poliesportivo, sete praças e comércios atuantes. Não consta com Banco do Brasil, só tem uma casa Lotérica e dois sucursais de Bradesco. Apresenta serviços de luz elétrica, água, telefonia e correios.

Recursos próprios:

No ano 2015 o governo federal do Brasil destinou ao ministério de saúde o orçamento de 106 bilhões de reais, com um aumento de 5% em relação ao ano 2014. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de atender às despesas do ministério e de seus órgãos e entidades da administração indireta, os recursos geridos pelo FNS são transferidos mensalmente aos estados e municípios para o custeio e investimento na área da saúde.

1.2 O Sistema Municipal de saúde

Quase 100% da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município consta com quatro Unidades de Saúde da Família-USF na Sede e quatro pontos de apoio (Postos de Saúde), sendo um deles localizado em um distrito na zona rural. A USF encontra-se no interior, a uma distância de 18 km da Cidade de São Brás e atende quatro Povoados. Com uma equipe de 13 pessoas, sendo parte efetiva e parte contratada. O Programa de Saúde da Família foi implantado no município no ano 1997.

No centro de saúde da cidade é realizado atendimento de urgência e primeiros socorros. O município conta com duas ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade. Possui também, em pleno funcionamento, um Conselho Municipal de Saúde, constituído de um presidente e 8 membros, 4 (Quatro) Usuários, 2 (Dois) Profissionais da Saúde, 2 (Dois) Representantes do Governo Municipal . As reuniões acontecem mensalmente de

forma ordinária e extraordinariamente quando necessário, ou quando solicitado pela maioria dos membros.

O município só tem redes de baixa complexidade. A referência para a média e alta complexidade é para o hospital de Arapiraka, Penedo e a Capital Maceio. Quanto ao sistema de referência e encaminhamentos dos casos que assim precisar, os pacientes são trasladados nas ambulâncias do Município, mas não existe contra-referência hospitalar.

Recursos humanos do município

O quadro 4 apresenta o número de profissionais da saúde do Município
 Quadro 4 - Recursos humanos em saúde Ano 2015

Especialidades Médicas	2015
Clínico Geral	0
Médico da Família	3
Psiquiatra	0
Ginecologista	1
Psicóloga	1
Dentistas	3
Enfermeiros	5
Agentes Comunitários de Saúde	18
Assistente Social	2
Ultrassonografia	1
Fisioterapeuta	1
Auxiliares de Enfermagem	19
Total	54

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde - DATASUS

1.3 ESF Lagoa Comprida

A região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família tem acesso por pistas de terra, ao igual que os pontos de apoio de saúde estão em malas condições e a acessibilidade aos mesmos torna-se difícil. A USF foi implantada em 1997 e há quatro anos está instalada em uma sede própria que

atende quatro povoados como: Lagoa Comprida, Mão de Engenho, Massaranduba e Sucupira. Está localizado no interior dentro da mesma Área do Povoado Lagoa Comprida, a uma distância de 18 km da Cidade de São Brás. Tendo dois pontos de apoio dos povoados de Massaranduba e Sucupira. Trabalha-se duas vezes por semana na USF de Lagoa Comprida e o resto dos dias nos pontos de apoio. Contamos com 491 famílias cadastradas e uma população de 1.934 habitantes. Na área de abrangência da ESF a estrutura de saneamento básico é má; não tem rede de esgoto e a população consome a água direto do rio São Francisco, pelo qual se distribui hipoclorito de sódio para tratamento da água no domicílio. Existem famílias em situações precárias de moradia.

Os atendimentos de média e alta complexidade são realizados em Maceió e Arapiraca; as emergências são encaminhadas para Propriá, cidade mais perto, situada no estado Sergipe. A equipe de saúde realiza consultas agendadas e visita domiciliares respondendo o diferente programa de impacto como o programa de Hiperdia; sistema de vigilância epidemiológica como campanha de vacinação; programa de atenção a mulher (citologia orgânica, planejamento familiar) e os ademais programas preconizados pelo Ministério da Saúde. Todo paciente com quadro agudo é atendido por demanda espontânea.

Tabela 1. Estrutura da população da ESF Lagoa Comprida por faixas etárias e sexo.

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Menor de 1 ano	11	0.57	15	0.77	26	1.34
1 a 4 anos	61	3.15	64	3.31	125	6.46
5 a 9 anos	99	5.12	98	5.06	197	10.18
10 a 14 anos	95	4.91	95	4.91	190	9.82
15 a 19 anos	88	4.55	90	4.65	178	9.20
20 a 39 anos	336	17.37	312	16.13	648	33.50
40 a 49 anos	86	4.45	84	4.34	170	8.79
50 a 59 anos	84	4.34	99	5.12	183	9.46
60 e mais	116	5.99	101	5.22	217	11.22
Total	976	50.46	958	49.54	1934	100.0

N= 1943. Fonte: USF Lagoa Comprida

Como podemos observar na tabela no. 1, existe tendência ao envelhecimento populacional, pois 11,22% dos habitantes tem mais de 60 anos, fato que aumenta a prevalência das doenças crônicas e os fatores de risco associados as mesmas. Não tendo diferencia significativa entre os gêneros.

Recursos humanos

A ESF está composto por 1 Médico, 1 Enfermeira, 2 Auxiliares de Enfermagem, 1 Dentista, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 5 Agentes comunitários e 3 Auxiliares de serviços gerais.

Área Física

A USF está situada no interior da cidade de São Brás/AL. Inaugurado há cerca de 4 anos, tem uma área adequada e um bom espaço físico. Existe um salão onde os pacientes esperam o atendimento Médico; banheiros para usuários e funcionários de cada sexo; sala de pré consulta; sala de esterilização, expurgo, consultório médico, consultório de enfermeiro, consultório odontológico, sala de RX odontológico, sala reveladora, sala de curativo, sala de vacina, sala para material contaminado, sala de reunião, copa e depósito de material de limpeza.

Aspectos mais relevantes da morbidade no PSF Lagoa Comprida

Segundo os registros da equipe de saúde, ano 2016.

-Doenças Crônicas não Transmissíveis:

- Total de Diabéticos: 51(4%) (Prevalência Nacional: 11%)
- Total de Hipertensos: 188(15,43% da população adulta) (Prevalência Nacional: 30%)
- Total de Asma Bronquial: 3 (0,15%)
- Total de Cardiopatas: 35 (1,80%)
- Total de Obesos: 67 (3,4%%)

Tabela No. 2 : Prevalência de HAS, por faixas etárias, sexo e total. UBS Lagoa Comprida

Faixas etárias	Masculino			Feminino			Total		
	No	HAS	%	No	HAS	%	No	HAS	%
18 a 39 anos	346	16	4.62	342	14	4.09	688	30	4.36
40 a 49 anos	86	10	11.62	84	12	14.28	170	22	12,90
50 a 59 anos	74	16	14.86	84	18	16.66	158	34	21.51
60 y mais	111	63	54.05	91	58	56.04	202	121	59.90
Total	617	105	17.01	601	102	16.97	1218	207	16.99

Fonte: Prontuários.

Como podemos observar na tabela 2, a prevalência de HAS na população adulta de nossa ESF é de 16.9%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade. No Brasil, os estudos que analisam a prevalência da hipertensão arterial são poucos e não representativos. Entretanto, estudos isolados em regiões diferentes do país, apontam para uma prevalência estimada da hipertensão arterial na ordem de 22 a 44% da população adulta (AZEREDO et al., 2006).

1.4 Estimativas rápidas: problemas de saúde da comunidade

Após fazer uma análise em relação à população da área de abrangência da USF Lagoa Comprida, com toda nossa equipe de saúde e alguns líderes comunitário, foram levantados os principais problemas que atingem as famílias:

- 1- Controle inadequado da HAS;
- 2- Maus hábitos dietéticos na população;
- 3- Qualidade inadequada da água de consumo

1.5 Priorização dos problemas

Os critérios utilizados para seleção dos problemas prioritários foram:

- A importância do problema;

- Sua urgência;
- Capacidade do grupo para enfrentá-lo;
- Os problemas por ordem de prioridades

A seleção dos problemas ocorre a construção de uma planilha, onde os problemas identificados foram analisados e priorizados, segundo os critérios mencionados:

- Atribuindo um valor “alto”, “médio” ou “baixo” para a importância do problema;
- Distribuindo pontos conforme sua urgência (0 – 10);
- Definindo se a solução do problema está dentro, fora, ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe;
- Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir dos resultados da aplicação dos critérios.

Quadro 5- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Vila Formosa. 2016.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Controle inadequado das DCNT: HAS e Diabetes Mellitus	Alta	9	Parcial	1
Maus hábitos dietéticos na população	Alta	7	Parcial	2
Qualidade inadequada da água de consumo	Alta	7	Parcial	2

A seleção foi realizada por meio da análise dos pontos obtidos com os critérios anteriores. Na ESF Lagoa Comprida, o controle inadequado das doenças não transmissíveis como a HAS e o Diabetes Mellitus foram considerada como prioridade número 1, sendo então escolhida a HAS como nosso problema de saúde a resolver.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, 54% por AVE e 47 % por doença isquêmica do coração, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico, e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. (AVILA *et al.*, 2010).

No Brasil, hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 36% de homens adultos e 30% das mulheres, e é o mais importante para o desenvolvimento de fator de risco de doença cardiovascular, incluindo AVC e infarto do miocárdio, representando as duas principais causas de mortes no país. (DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL-VI, 2010).

Controlar a HAS é um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro, e para a atenção primária de saúde. No PSF Lagoa Comprida do município de São Brás, este é um dos maiores problemas de saúde que atualmente demanda atenção e um melhor trabalho por parte da equipe de saúde, não só pela elevada prevalência da doença, mas também, pela falta de controle da mesma devido a muitos fatores sobre os quais se pode trabalhar. O fato de ter nossa comunidade um número importante de pacientes com déficit motor produto de AVC e que um número importante de pacientes hipertensos mantém níveis pressóricos elevados, isso nos levou a pensar em elaborar um plano de ação para o controle da mesma.

3 OBJETIVOS

4.1 Geral:

Propor um plano de intervenção com vistas a atingir o controle da Hipertensão arterial nos pacientes do PSF Lagoa Comprida.

4.2 Específicos:

- Elaborar um plano de ação com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e reforçar o tratamento não farmacológico.
- Aprofundar no acompanhamento dos pacientes hipertensos pela equipe de saúde da família.

4 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos, foi realizado pela equipe de saúde o diagnóstico situacional da área de abrangência. As informações foram obtidas por meio do método da Estimativa Rápida, trabalhando com os prontuários, entrevistas com representantes da comunidade e observação ativa da área. Também nas reuniões semanais, cada membro da equipe de saúde expunha quais problemas eram mais relevantes, chegando ao consenso que a falta de controle dos pacientes hipertensos é o problema de saúde mais importante na comunidade para ser resolvido.

Os passos seguintes foram concebidos tendo em conta o texto “Elaboração do plano de ação” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) estudado no módulo Planejamento e avaliação em saúde.

Para buscar um embasamento teórico sobre o tema recorreremos aos dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), além de pesquisa em livros e revistas, nas publicações do Ministério de Saúde com publicações atualizadas.

Também foram coletados dados secundários em sites específicos como IBGE, SIAB e HIPERDIA. Os descritores utilizados foram: Hipertensão arterial, fatores de risco, urgência e emergência hipertensiva, aderência ao tratamento e estratégia de saúde da família.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica – Definição

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A doença está definida pela persistência de pressão arterial sistólica acima de 135 mmHg e diastólica acima de 85 mmHg, sendo hoje considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL-VI, 2010).

Para outros autores a hipertensão é definida como PAS de 140 mm Hg ou mais (tendo em conta a primeira aparição do ruído), ou pressão arterial diastólica (PAD) de 90 mm Hg ou mais (tendo em conta o desaparecimento dos ruídos), ou ambas as figuras, inclusive. Esta definição aplica-se a adultos e idosos. A hipertensão é uma das doenças mais estudadas no mundo, não em vão tem sido chamada de "assassino silencioso", pois muitos pacientes não apresentam sintomas da doença que muitas vezes só é diagnosticada quando o paciente já teve algum órgão alvo afetado (CORDIES, 2010).

Para o diagnóstico da HAS é recomendada a medida da PA em ambos os braços com o paciente sentado, em ortostatismo e posição supina, pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva, e utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. (DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL-VI, 2010).

5.2 Prevalência da Hipertensão Arterial

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos vinte anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA > 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média

de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75 % acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% em homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países.⁸ Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (AVILA, *et al.*, 2010)

5.3 Classificação etiológica da hipertensão

A hipertensão arterial pode ser classificada segundo sua causa de base (primária ou secundária) e de acordo com os níveis tensionais. A hipertensão primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. Já a hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária (CORRÊA *et al.*, 2006).

Tabela 3: Classificação da pressão arterial em adultos por Estágio

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 - 139	85- 89
Hipertenssão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertenssão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertenssão Estágio 3	>180	> 110

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010

Etiologicamente a hipertensão arterial pode se dividir em HAS essencial ou primária e hipertensão secundária. A hipertensão primária é aquela que surge sem uma causa definida. Essa forma de hipertensão é responsável por 95% dos casos (PINHEIRO, 2009).

Entre as causas de hipertensão secundárias destacam-se as seguintes:

- a) renal: estenose da artéria renal, pielonefrite, glomerulonefrite, tumores renais, doença policística renal, lesões do rim e radioterapia que afeta o rim;
- b) problemas hormonais: hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing, feocromocitoma;
- c) medicamentos e substâncias: anticoncepcionais orais, corticosteroides, ciclosporina, eritropoietina, cocaína, abuso de álcool e alcaçuz (em quantidades excessivas);
- d) outras causas: coarctação da aorta, gravidez complicada por pre-eclampsia, porfiria intermitente aguda e intoxicação aguda por chumbo, etc.

5.4 Sintomas da hipertensão arterial

Um dos grandes problemas da HAS é o fato de ser assintomática até fases muito avançadas da doença. O fato de algumas pessoas terem dor de cabeça ou mal estar quando apresentam pressões arteriais muito elevadas não significa que estes sintomas sirvam de parâmetro. Estas mesmas pessoas podem ter picos de hipertensão assintomáticos e não se darem conta disso. É bom salientar que a dor aumenta a PA, sendo difícil saber nestes casos se a pressão subiu pela dor de cabeça ou a dor de cabeça surgiu pela pressão alta (PINHEIRO, 2009).

5.5 Fatores de riscos

Define-se como fator de risco a presença precoce do fator genético assim como de característica individual na vida de uma pessoa, levando a mesma a desenvolver futuras doenças. Os fatores de risco se dividem em não controlável e os modificáveis (através do estilo de vida). De acordo com últimos estudos realizados,

os fatores de risco mais relevantes são a obesidade, tabagismo, HAS, diabetes mellitus e dislipidemia. (SANTOS *et al.*, 2001).

Segundo a OMS, os fatores de risco (FR), estão divididos em dois grupos. Sendo que o primeiro está relacionado com o indivíduo (idade, sexo, escolaridade, herança genética); estilo de vida (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e dieta inadequada) e agentes biológicos (hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes e hipercolesterolemia). O segundo grupo está associado, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais (NOBRE, 2006).

Relação entre fatores de risco não modificáveis e Hipertensão Arterial.

Idade e sexo

Associando idade e sexo, a hipertensão arterial ocorre com maior frequência no sexo masculino, porém, devido às mudanças de hábitos das mulheres, essa frequência tem diminuído. As mulheres que fumam e fazem uso de anticoncepcional, com mais de 30 anos, são as mais atingidas. No homem ela aparece depois dos 30 anos e na mulher, após a menopausa. Em ambos os sexos, a frequência da hipertensão cresce com o aumento da idade, sendo que os homens jovens têm pressão arterial mais elevada que as mulheres, porém após a meia idade este quadro se reverte (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

Raça

Pessuto e Carvalho (1998) relatam que a raça negra é a mais atingida, destacando que a maior incidência de hipertensão arterial na raça negra ocorre na faixa etária entre 35 a 44 anos. Mano (2009) confirma ainda que estudos demonstram que além de uma prevalência maior da hipertensão na raça negra, esta possui também, pior evolução e complicações mais graves e frequentes.

Hereditariedade

A genética pode contribuir na determinação dos níveis de pressão arterial de um indivíduo. Diversos estudos familiares demonstraram a agregação familiar da hipertensão arterial, tanto entre irmãos quanto entre pais e filhos (KRIEGER; PEREIRA, 2008).

Relação entre fatores de risco modificáveis e HAS

Obesidade

Segundo Zaitune *et al.* (2006) a prevalência de hipertensão arterial é maior em indivíduos com sobrepeso ou obesos. A relação entre obesidade e hipertensão arterial tem sido relatada em diversos estudos.

Ingestão de sal

O aumento da ingestão de sal tem muito mais probabilidade de elevar a pressão arterial do que o aumento da ingestão de água. A razão disso é que a água pura é normalmente excretada pelos rins quase tão rapidamente quanto é ingerida, enquanto o sal não é excretado com tanta facilidade. Quando existe excesso de sal no organismo, a osmolalidade dos líquidos corporais aumenta o que, por sua vez, estimula o centro da sede, motivando o indivíduo a ingerir quantidades adicionais de água para diluir o sal extracelular até a sua concentração normal, esse processo aumenta o volume de líquido extracelular (Corrêa *et al.* 2006).

Sedentarismo

O sedentarismo é um importante fator de risco na condição de ser um preditor para as DCV. Os pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso (BRASIL, 2006).

Tabagismo

O tabagismo é considerado um fator de risco maior, evitável para o desenvolvimento das DCV. O uso do tabaco além de causar prejuízos à saúde há fontes que evidenciam que o mesmo possa desencadear uma séria de doenças, entre elas as doenças cardiovasculares. O indivíduo exposto ao fumo do cigarro é um forte candidato a desenvolver DCV e o ato de cessar o fumo do tabaco é a medida mais eficaz para melhorar a qualidade de vida e diminuir a incidência das DCV (SANTOS; LIMA, 2009).

Alcoolismo

O álcool é um fator de risco que contribui para o agravamento das DCV. O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente. (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

Outro estudo confirma que o abuso de álcool pode estar associado à pressão alta. O significado de "abuso" pode diferenciar de pessoa para pessoa, dependendo do peso, hábitos alimentares e hereditariedade. De qualquer maneira recomenda-se moderação (CORRÊA *et al.*, 2006).

Estresse

O estresse é definido como a capacidade natural do indivíduo para reagir às situações de perigo, preparando-se para enfrentar ou fugir. Sobtensão, o organismo libera hormônios, como a adrenalina, que alertam o sistema nervoso sobre o perigo, mas também perturbam a estabilidade do organismo. A adrenalina provoca o aumento dos batimentos cardíacos, da resistência periférica total e da pressão arterial, podendo resultar em um ataque cardíaco. Este fator de risco ataca indiscriminadamente qualquer pessoa, mas prevalece com mais intensidade no cidadão de grandes centros urbanos. Preocupações com a família, pressões diárias, excesso de trabalho, risco de desemprego, trânsito, falta de dinheiro, falta de segurança, desilusões amorosas são alguns dos desencadeadores desta reação primitiva e tão danosa (SANTOS, 2004).

Escolaridade

Quanto à variável nível de escolaridade, ficou demonstrado que há uma tendência na queda da média da pressão arterial sistólica e da proporção da hipertensão arterial, conforme o grau de educação aumenta. Talvez isso ocorra devido à influência de outros fatores, como a ocupação e fatores de ordem social. Há uma menor prevalência da doença com o aumento do nível de escolaridade, sendo este dado relevante, já que irá interferir diretamente na assimilação das orientações necessárias ao tratamento (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

5.6 Prevenção da HAS

A SBC sugere nas suas diretrizes para HAS que as estratégias para implementação das medidas preventivas como adotando modelo multidimensional e multiprofissional incorporando níveis de ação que integrem recursos de sociedades científicas, universidades, do setor público, privado e do terceiro setor. Englobando a redução de fatores de riscos usando a vigilância epidemiológica, a promoção de saúde em níveis educacionais, de trabalho e lazer, comunitário, etc. Educando por 'todas as formas de mídia'. Garantindo o acesso, redes e equipamentos de saúde com qualidade e eficiência, estimulando o desenvolvimento e a implantação de programas, promovendo hábitos alimentares saudáveis, atividade física, reduzindo o conteúdo de sódio e gorduras saturadas em alimentos industrializados (SBC, 2011).

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Medidas não farmacológicas:

Mudanças no estilo de vida são recomendadas com entusiasmo na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e económicas dos

indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (AVILA, A. *et al.*)

Tratamento farmacológico:

Para o manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da PA recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular (AVILA, A. *et al.*)

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Terceiro passo: Descrição do Problema

Nosso problema de saúde predominante é a falta de controle da HAS entre outros fatores, pela não aderência ao tratamento, questão presente na maioria dos pacientes que procuram o PSF para aferir suas taxas de PA. Temos um total de 207 pacientes com hipertensão, correspondendo a 16,9 % da população adulta. Outros fatores que influenciam são maus hábitos dietéticos, consumo excessivo de álcool e sedentarismo.

Quadro No. 6 Descritores do Problema: “ Falta de controle da HAS”

DESCRITORES	VALORES	FONTE
Hipertensos cadastrados	188	Registro da equipe
Hipertensos Acompanhados	172	Registro da equipe
Hipertensos controlados	71	Registro da equipe
Hipertensos com sequelas de AVC	7	Registro da equipe
Óbitos por doenças CV	4	Registro da equipe

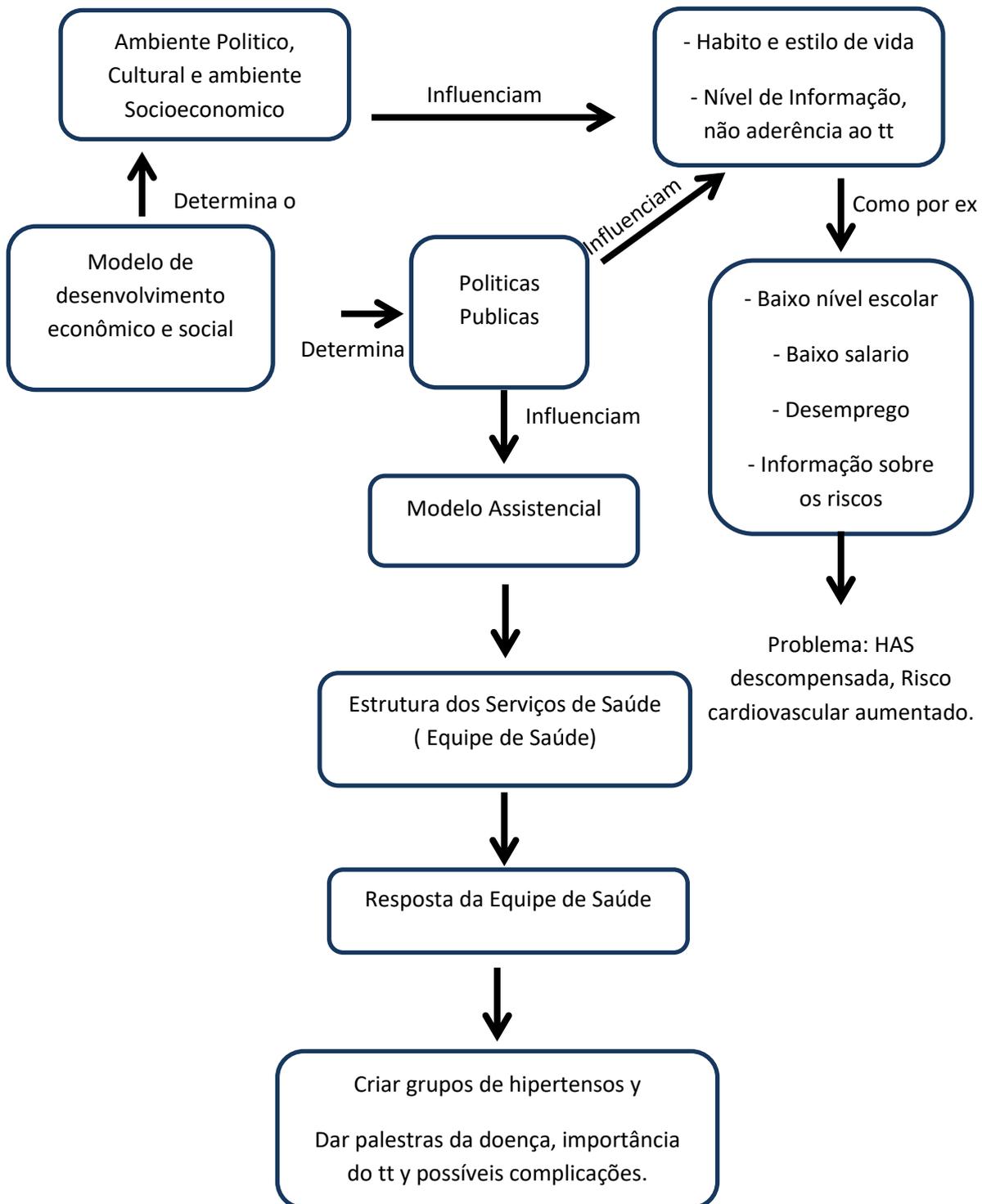
6.2 Quarto passo: Explicação do problema

Nosso problema: Falta de controle da HAS.

Os fatores hereditários estão entre as causas fundamentais da HAS, assim como fatores ambientais. O controle adequado da doença está em relação a muitos fatores, entre eles a aderência ao tratamento, a existência de outras doenças, fatores socioculturais, políticas em saúde, etc.

Na figura 1 abaixo está apresentado um esquema explicativo da falta de controle da HAS.

Figura 1-Esquema explicativo da falta de controle da HAS:



6.3 Quinto passos: Seleção dos “nós críticos”

A identificação das causas de um problema é fundamental. Fazendo uma avaliação detalhada, poderemos identificar entre as várias causas, quais devem ser atacadas para impactar o problema principal e assim realmente transforma-o. Para realizar essa análise utiliza-se o conceito de nó crítico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Problemas considerado ‘nós crítico pela equipe de saúde:

- ✓ Hábitos e estilo de vida inadequada.
- ✓ Falta de informação
- ✓ Estrutura dos serviços de saúde deficiente
- ✓ Processo do trabalho da equipe de saúde inadequado

6.4 Sexto passo: Desenho das operações

Quadro 7: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema.

No critico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Mais Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Diminuir o sedentarismo em 50%, tabagismo, alcoolismo e obesidade em 20%	-Campanha Educativa pela equipe de saúde -Campanha na rádio local	Organizacional para caminhada. Cognitivos, informação estratégica de políticos, recursos audiovisuais, folhetos, etc
Falta de informação	Saber Mais Aumentar o nível de informação dos	Hipertensos mais informados sobre sua	Avaliação do nível de informação dos	Cognitivo-conhecimento sobre estratégia de

	hipertensos e população geral sobre os riscos de manter a PA elevada. Sobre a importância de manter aderência ao to	doença.	hipertensos. Campanha educativa pela equipe de saúde.	comunicação Organização-organizar a agenda Politico-articulação Inter setorial (parceira com o setor educação) e mobilização social
Estrutura dos serviços de saúde deficiente.	Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de hipertensos	Garantia de medicamento e exames previstos nos protocolos para hipertensos	Capacitação de pessoal. Contratação de compras de exames e consultas especializada Compra de medicamento	Políticos +- decisão de recursos para estruturar os serviços Financeiros +- aumento da oferta de exames e consulta
Processo do trabalho da equipe de saúde inadequado	Linha de cuidado Implantar a linha de cuidado para o controle da HAS	Cobertura de 100% dos hipertensos do PFS Lagoa Comprida	Linha de cuidado para a HAS. Protocolos de TT implantados. Equipe de saúde capacitada	Políticos- mais articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional - mais adequação do fluxos

Para confirmar a viabilidade do plano determinaram-se os recursos necessários para o enfrentamento à Falta de controle da HAS no PSF Lagoa comprida.

Identificação dos recursos críticos

Quadro 8: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “Nos” críticos do problema “ Falta de controle da Hipertensão arterial”

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Mais Saúde	Cognitivo: Informação sobre o tema Político: Articulação intersectorial Financeiro- Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Saber Mais	Político: articulação Inter setorial Financeiro: Local, recurso audiovisual, folhetos, radia. Organizativa: organizar agenda.
Linha de Cuidado	Cognitivo: Informação sobre o tema. Financeiro: Local, recursos audiovisuais, folhetos Organizacional: Elaborar a agenda.
Viver Melhor	Cognitivo: Informação sobre o tema. Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Local, recursos audiovisuais, folhetos. Organizacional: Organização da agenda junto com os profissionais.

Autoria própria (2017)

Quadro 9: Propostas de ações para a motivação dos atores:

Operação/Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Mais saúde	Político: Articulação intersetorial.	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar o projeto
	Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos.	Setor de comunicação social		
	Organizacional: Organização da agenda e exercícios.	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
Saber mais	Político: Articulação intersetorial.	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar o projeto
	Financeiro: Local, Recursos audiovisuais, folhetos.	Setor de comunicação social		
	Organizativa: Organizar agenda.	Secretaria de saúde		
Viver melhor	Político: Articulação intersetorial.	Secretaria de saúde	Indiferente	A apresentar o projeto
	Financeiro: Local, Recurso audiovisual, folhetos, rádio.	Secretaria de saúde		
	Organizacional: Organização da agenda junto com os profissionais.	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
Melhorar a estrutura	Financeiro: Local, Recursos audiovisuais, folhetos	Secretaria de saúde		
	Organizacional:	Secretaria de		

	Elaborar a agenda.	saúde		
Linha de cuidado	Financeiro: Local, Recursos audiovisuais, folhetos	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária

Fonte: Autoria Própria (2017).

6.5 Nono passo: Plano operativo

Quadro 10: Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir em um 30% o numero de sedentários, obesos, tabagistas e alcoolistas no prazo de 1 ano	-Programa de caminhada orientada. -campanha educativa na radio local -Palestras nas escolas e micro áreas da população - Criação de clubes de idosos.	Apresentar o projeto	Médico e enfermeira	2 meses para inicio das atividades
Saber Mais Aumentar o nível de informação dos hipertensos sobre sua doença e	Pacientes hipertensos mais informados sobre o tt da doença	Avaliação do nível de informação dos pacientes hipertenso sobre o risco da HAS. -Campanha		Médico; Enfermeira e Agentes Comunitários	Inicio 2 meses e termino 6 meses

complicações		Educativa pela Equipe de Saúde -Campanha na radio local -Programas de Saúde Escolar, Capacitação Dos ACS			Início 15 dias e termino 1 ano Início 3 meses e termino 1 ano Início 6 meses, avaliações semestral Início 2 meses e termino 4 meses
Linha de Cuidado Aumentar o trabalho de prevenção e promoção com os pacientes hipertensos e os de risco.	-Cobertura do 100% dos pacientes que sofrem HAS. -Aumentar o conhecimento sobre os riscos e complicações da HAS	-Linha de cuidado para a HAS. -Cumprir com os protocolos de TT para a HAS. -Controle sistemático dos hipertensos.		A equipe de saúde.	Início 1 mês. Manter no trabalho diário.
Viver Melhor Aumentar ofertas de empregos	-Diminuição do desemprego	Criação da cooperativa da pesca no Rio São	Apresentar o projeto de apoio das associações	Prefeitura	6 meses, 3 meses para início das

	-Aumentar os centros de recreação	Francisco			atividades
--	-----------------------------------	-----------	--	--	------------

Fonte: Autoria própria

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é um dos principais problemas de saúde pública mundial e o Brasil não escapa desta situação, pelo que merece uma consideração prioritária, por ser uma das principais razões pelas quais os pacientes procuram consulta médica ou motiva internações. Com uma imagem de tempestade quieta, a Hipertensão avança no mundo e um número crescente de pessoas que perdem qualidade de vida por essa síndrome que é considerada a doença crônica mais comum em adultos.

Nosso estudo permitiu avaliar a realidade da área de abrangência com relação aos fatores de risco e as complicações da HAS, constatando uma realidade não muito diferente da brasileira. O analfabetismo e condições socioeconômicas desfavoráveis conspiram com uma adequada adesão ao tratamento.

A estratégia de intervenção proposta é fundamental na obtenção de uma melhor qualidade de vida da população da área de abrangência. A implementação deste projeto melhorará a adesão ao tratamento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, o controle da doença, diminuindo assim o surgimento de complicações e mortalidade por causas relacionadas.

Conclusões

- ✓ A elaboração do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam um trabalho coordenado da equipe de saúde para atingir os objetivos traçados.

- ✓ Com a colocação em prática do plano de ação, pode-se esperar mudanças nos hábitos e estilos de vida da população e, portanto, o comportamento desfavorável das doenças crônicas não transmissíveis e em especial a falta de controle da HAS.

- ✓ É necessária a articulação de todos os setores sociais, governamentais e não governamentais para a implementação das ações conjuntas.

REFERÊNCIAS

AVILA, A. *et al.* Jornal Brasileiro de Nefrologia: Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Bras. Nefrol.** vol.32 supl.1 São Paulo Sept. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000500003&script=sci_arttext Acesso em: 10 de fev. 2017.

AZEREDO, V. M. *et al.* Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serviço de Saúde** v.15 n.1 Brasília mar. 2006 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000100003> acesso em 13 de abril. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. Departamento de Atenção Básica, **Caderno de Atenção Básica**, n 15, p 7-46, Brasília, 2006. Disponível em:http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf Acessado em: 7 de jan. 2017

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA Horácio Pereira de; SANTO Max André dosPlanejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CORDIES, J. L. *et al.* Hipertensión Arterial: Definiciones y clasificaciones. Ciudad de la Habana; **Ed Ciencias**, 2010.

CORRÊA, T. D. *et al.* **Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento.** 2006. Disponível em:<http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc91.pdf> . Acesso em: 8 fev. 2017.

INÁCIO, T. B.; MACHADO, M. C. Hipertensão e fatores de risco cardiovascular de um grupo de indivíduos adultos atendidos no ambulatório de especialidades médicas da UNISUL. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** São José do Rio Preto. v. 85, n.1, p.20-25, Jul.2005.

KRIEGER, J. E.; PEREIRA, A. **Hipertensão Arterial –dos fatores de risco clássicos ao perfil de risco individualizado: quais são os caminhos?** 2008. Disponível em: <http://www.medcenter.com/Medscape/LoginSite.aspx?langtype=1046>. Acesso em 10 jan. 2017

NOBRE, M. R. C.; Domingues, R.Z.L.; Silva, A.R.; COLUGNATI, F., F.A.B.; TADDEI, J.A.A.C. Prevalência De Sobrepeso, Obesidade e hábitos de vida Associados ao Risco de Cardiovascular em Alunos do Ensino Fundamental. **Revista da associação Médica Brasileira**. V 52, p.118, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010442302006000200023&script=sci_arttext Acesso em: 10 jan. 2017.

PESSUTO, J; CARVALHO, E. C. **Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial**. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>. Acesso em: 10 de fev. 2017

PINHEIRO, P. **Hipertensão Arterial: sintomas, causas e tratamento**. MD. Disponível em <http://www.mdsaude.com/2009/02/sintomas-e-tratamento-da-hipertensao.html>. Acesso em: 3 jan. 2017.

SANTOS, R. D. *et al.* III Diretriz Brasileira sobre dislipidemias e diretrizes de prevenção da Aterosclerose do departamento da Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol.** v 77, suppl 13,p 1-191, 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2001001500001. Acessado em: 04 fev. 2017.

SANTOS, A. C.; LIMA, C. A. Hipertensão de Difícil Controle: Impacto do Estilo de Vida. **Rev. Bras. Hipertensão**. v. 16, suppl 1, S5-S6, 2009. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-supl1/03-hipertensao.pdf> Acessado em: 7 de fev. 2017

SANTOS, R. **Doenças Cardíacas: um mal que se pode prevenir**. 2004. Disponível em: <http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3977/-1/doencas-cardiacas-um-mal-que-se-pode-prevenir> . Acesso em: 15 fev. 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**, 2010. Disponível em:

<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz>. Acesso em: 13 de abril. 2017.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Prevenção Primária da Hipertensão e dos Fatores de Risco Associados. In: **Diretrizes para hipertensão arterial**, Site da Sociedade Brasileira de Cardiologia, cap. 9, p.: 41-42, 2011. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/11-prevencao.pdf> >. Acesso em: 15 de fev. 2017.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. São Paulo, 13 de fevereiro de 2006. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf . Acessado em 15 de fev. 2017.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas**, São Paulo, Brasil. 2006. Disponível em:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000200006.
Acesso em: 15 de fevl. 2017.