UNIVERDIDADE FEDERAL DE MINAS GERIAS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

JULIO A MARTIN RODRIGUEZ

INTERVENÇÃO NO ALTO ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: UBS ESTRELA DALVA - CONTAGEM - MG

CONTAGEM - MINAS GERAIS

2016

UNIVERDIDADE FEDERAL DE MINAS GERIAS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

JULIO A MARTIN RODRIGUEZ

INTERVENÇÃO NO ALTO ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: UBS ESTRELA DALVA - CONTAGEM - MG

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

Orientador: Prof.ª Me. Roselane da Conceição Lomeo

CONTAGEM - MINAS GERAIS

2016

UNIVERDIDADE FEDERAL DE MINAS GERIAS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

JULIO A MARTIN RODRIGUEZ

INTERVENÇÃO NO ALTO ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: UBS ESTRELA DALVA - CONTAGEM - MG

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

Orientador: Prof.ª Me. Roselane da Conceição Lomeo

Banca Examinador

Prof.ª Me. Roselane da Conceição Lomeo.- Orientadora

– UFMG - Examinadora

Aprovado em _____/_____/_____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à

Meus professores

Minha Família

Minha Orientadora, pela sua paciência e dedicação.

A minha Equipe de Trabalho

A todos aqueles que de alguma forma me ajudaram na realização deste trabalho.

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crônica que afeta grande porção da população brasileira. Na área de abrangência da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Estrela Dalva (Equipe 30 Confisco), Bairro Nacional, Município Contagem, Minas Gerais, foi identificado uma alta prevalência de Hipertensão Arterial na comunidade. O presente teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para reduzir a alta incidência de pacientes com HAS na área de abrangência da UBS. Adotou-se uma metodologia que constou em duas etapas, sendo que na primeira etapa utilizou-se o método de Estimativa Rápida para verificar a situação de saúde da comunidade, com o objetivo de coletar a maior quantidade de dados referentes aos principais problemas de saúde que afetam a comunidade. A segunda etapa utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional para o desenvolvimento do plano de intervenção. Através da intervenção espera-se manter a comunidade informada dos riscos da hipertensão para saúde; que as pessoas se tornem mais conscientes quanto aos cuidados que promovem a própria saúde; e um maior controle dos casos de hipertensão arterial na comunidade.

Palavras Chaves: Hipertensão Arterial, Intervenção, Promoção da saúde.

ABSTRACT

The present project arose from the needs identified by the Family Health Strategy team that operates in the community of Estrela Dalva (Team 30 Confisco), National District, Municipality Contagem, Minas Gerais, to act in the high prevalence of Arterial Hypertension in the local population . The main objective of the intervention was to improve the population's level of information about the disease and its associated risk factors, reducing the high prevalence of arterial hypertension and, consequently, increasing the adherence of hypertensive patients to treatment. To this end, it was necessary to develop actions for health promotion and disease prevention. It was adopted a methodology that consisted of two stages, namely, the Situational Strategic Planning method for the development of the intervention plan, and the Rapid Estimate method to verify the health status of the population, with the objective of collecting the largest amount of Data On major health problems affecting the community.

Key Words: Hypertension, Intervention, Health promotion.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica
ABS- Atenção Básica de saúde
BNDE - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico
CEASA - Centrais de Abastecimento
CINCO - Centro Industrial de Contagem
DCV-Doença Cardiovascular
EUA - Estados Unidos de América
HAS-Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM - Infarto Agudo de Miocárdio
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística
IDHM-Índice de Desenvolvimento Humano
MAPA - Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial
MEV - Mudança de Estilo de Vida
MG- Minas Gerais
MRPA - Medida Residencial de Pressão Arterial
PA-Pressão Arterial
PAS - Pressão Arterial Sistêmica
PIB-Produto Interno Bruto
SES/MG-Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SISVAN-Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
UBS-Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Diagnostico de Hipertensão Arterial Sistêmica	23
Quadro 2	Recomendações para o seguimento	23
Quadro 3	Classificação de Risco Cardiovascular	24
Quadro 4	Priorização do problema	25
Quadro 5	Desenho das operações para os nos críticos	28
Quadro 6	Identificação dos recursos críticos de cada operação	30
Quadro 7	Analise de viabilidade do plano	31
Quadro 8	Elaboração do plano operativo	32
Quadro 9	Gestão do Plano Operação Linha de cuidado	33
Quadro 10	Gestão de plano Operação cuidar melhor	34
Quadro 11	Gestão de plano Operação + saber	34

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 10

1.1 Caracterização do Município..... 10

1.2 Unidade Básica de Saúde/Território / Área de Abrangência..... 14

2. JUSTIFICATIVA..... 15

3. OBJETIVO..... 16

3.1 Objetivo geral..... 16

3.2 Objetivos Específicos..... 16

4. METODOLOGIA..... 17

5. REFERENCIAL TEÓRICO..... 18

5.1 Dados Gerais da Hipertensão Arterial..... 18

5.2 Hipertensão Arterial sob o alvo da Atenção Primária de Saúde.. 21

6. PLANO DE AÇÃO..... 24

6.1 Definição do problema..... 24

6.2 Priorização do problema..... 24

6.3 Descrição do problema..... 26

6.4 Explicação do problema..... 26

6.5 Seleção dos “nós críticos”..... 27

6.6 Desenho das operações..... 28

6.7 Identificação dos recursos críticos..... 30

6.8 Análise de viabilidade do plano..... 31

6.9 Elaboração do plano operativo..... 32

6.10 Gestão do Plano..... 33

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 35

REFERÊNCIAS..... 36

1. INTRODUÇÃO

Os serviços de Saúde têm a finalidade de garantir acesso de qualidade á comunidade. A Atenção Básica de Saúde (ABS), em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema de Saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades relacionadas à saúde da população e organizar respostas adequadas e oportunas, impactando positivamente nas condições de saúde. Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é a atenção às doenças crônicas. As condições de saúde são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias de profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, das famílias e comunidade. Nesse contexto, o Ministério da Saúde desenvolve diretrizes, instrumentos de apoio às equipes de Saúde, metodologias, e esforços para organizar a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta rede visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação (BRASIL, 2014).
Neste estudo será tratada a problemática do alto índice de hipertensão arterial vivenciado pela equipe de saúde da Unidade Básica-UBS Estrela Dalva, do município de Contagem, MG.

1.1 Caracterizações do Município de Contagem

O município de Contagem está situado na região central do estado de Minas Gerais com a terceira maior população do estado, 608.650 habitantes (IBGE, 2010)

A caracterização e os dados historicos do municipio de contagem foram obtidos atraves do site da prefeitura de contageme foram descritos nos paragrafos que seguem. Ao longo do tempo, os limites geográficos do município perderam-se em virtude do seu crescimento horizontal em direção à capital, ocasionando uma intensa conturbação com a capital. Contagem integra a Região Metropolitana de Belo Horizonte, sendo um dos mais importantes municípios dessa aglomeração urbana, principalmente pelo seu grande parque

industrial. Seu sistema viário, planejado para comportar um fluxo intenso de veículos e de carga, é feito através das principais rodovias do país, a BR-381 (Fernão Dias - acesso a São Paulo), BR-262 (acesso a Vitória e Triângulo Mineiro) e a BR-040 (acesso a Brasília e Rio de Janeiro). Na época do Brasil-colônia, a Coroa portuguesa mantinha o controle sobre os territórios ocupados através de postos avançados chamados “postos de registro”. Tais postos fiscalizavam e registravam todo o movimento de pessoas e mercadorias, cargas e tropas. Ali, os viajantes, mercadores de escravos e tropeiros eram obrigados a parar e, enquanto as mercadorias eram registradas, aproveitavam para descansar, aliviar os animais de carga e até fazer negócios. Como as viagens eram longas, tais postos serviam também como referência para abrigo e pernoite. Com o tempo, em torno de alguns postos, surgiam plantações de roças e criação de gado para sobrevivência.

No início do século XVII, nas terras da sesmaria do capitão João de Sousa Souto Maior, um terreno conhecido como Sítio das Abóboras, foi instalado um desses postos de fiscalização. Em 1715, Dom Brás Baltasar refere-se a este posto ao escrever no termo da junta: "quanto ao gado, se levantarão registros como o que está posto nas Abóboras". Em torno desse posto, surgiu um pequeno povoado. A população ergueu uma capela para abrigar o Santo protetor dos viajantes (São Gonçalo do Amarante) e logo surgia o arraial de São Gonçalo de Contagem – uma homenagem ao santo e uma referência à contagem das cabeças de gado, de escravos e mercadorias para serem taxadas.

Em 1854, o arraial foi elevado à categoria de paróquia, separando-se da paróquia do Curral Del-Rei. Em 30 de agosto de 1911, foi elevado à condição de município com o nome de Contagem. Já então, o município compreendia os distritos de Contagem, Campanhã (Venda Nova), Vera Cruz e Vargem da Pantana.

A partir da década de 1930, Contagem passou a ocupar um lugar central no desenvolvimento mineiro. Durante o IV congresso Comercial, Industrial e Agrícola, realizado em Belo Horizonte em 1935, surgiu a proposta de

concentrar atividades industriais mineiras em uma área específica. Essa proposta tinha como objetivo superar o atraso econômico mineiro e representava uma aposta no caminho da industrialização.
Como resultado dessa nova orientação política, em 1941, o governador Israel Pinheiro inaugurou o sistema de distritos industriais que seria gradualmente construído em Minas Gerais ao longo das décadas seguintes. A criação do Parque Industrial, mais tarde denominado Cidade Industrial, em Contagem, nas proximidades da capital, foi a primeira e principal medida resultante dessa nova política.

A Cidade Industrial Juventino Dias, como era chamada, foi instituída pelos decretos lei 770 de 20 de março de 1941 e 778 de 19 de junho de 1941. Todavia, só foi implantada em 1946. A instalação da Itaú, no ramo do cimento, e da Magnesita, no ramo de refratários, funcionou como alavanca para imprimir confiança e credibilidade ao projeto e, ao final dos anos 1950, a cidade industrial havia se transformado no maior núcleo industrial de Minas Gerais.

Em 1970, também por iniciativa do setor público, foi constituído o segundo grande projeto de expansão industrial em Minas. Mais uma vez o foco foi localizado em Contagem. Por força da lei municipal nº 911, de 16 de abril, foi implantado o Centro Industrial de Contagem, mais conhecido pela sigla “CINCO”. O projeto previa a instalação de 100 novas fábricas e a geração de 20 mil novos empregos, com recursos do então BNDE (40%) e da própria Prefeitura de Contagem (60%).

Com anos, em torno dessa base industrial, se desenvolveu uma extensa malha de serviços e equipamentos públicos. Destaca-se criação do entreposto das Centrais de Abastecimento de Minas Gerais S/A (Ceasa Minas) 1974, e o surgimento do El dorado, verdadeiro centro comercial da cidade atualmente. O entreposto do CEASA é o mais diversificado do Brasil e ocupa o segundo lugar nacional em vendas de hortigranjeiros.

A tradição urbano-industrial da cidade deixou suas marcas na formação da paisagem urbana, na cultura, e no caráter da gente de Contagem. Contagem

desponta no cenário brasileiro não apenas pelas lideranças que têm oferecido ao Estado e ao país, mas também por sua contribuição ao patrimônio democrático que os brasileiros têm construído. Basta que se lembre da greve metalúrgica de 1968, um dos símbolos nacionais da resistência ao regime militar. O poder administrativo ampliou as instalações industriais, tornando possível a implantação do CINCO, com o objetivo de expandir seu parque fabril (Tudo sobre Contagem-Guia da cidade.)

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Contagem foi de 0,756 em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi a Educação (com crescimento de 0,160), seguida por Longevidade e por Renda. Os setores que mais aumentaram a participação no período considerado (2002 a 2010) na estrutura do emprego formal do município foram o Comércio (26,7% em 2002 para 30,3% em 2011) e a Construção Civil (4,06% em 2002 para 5,38% em 2011). A que mais perdeu participação foi os Serviços de 34,8% para 31,7%.

No ano de 2010, Contagem alcançou uma taxa de urbanização de 99,7%. Sua taxa de crescimento equipara-se à média metropolitana na última década: 1,15 No % e 1,14%. No penúltimo censo demográfico, do ano de 2000, o município absorvia 12% da população metropolitana, apresentando um ligeiro acréscimo.
Em termos de conformação geopolítica, o município é constituído pelos distritos Sede, e o Parque Industrial, onde se localiza o Distrito Industrial "Cidade Industrial Juventino Dias". Os subdistritos totalizam 28 unidades, a saber: Cidade Industrial, Jardim Industrial, Industrial, Amazonas, Bandeirantes, Água Branca, Cinco, Eldorado, Perobas, Inconfidentes, Jardim Riacho, Riacho, Boa Vista, CEASA, Colorado, Confisco, Laguna, São Joaquim, Tapera, Bom Jesus, Estrela Dalva, Nacional, Bernardo Monteiro, Sede, VM-5, Petrolândia, Nova Contagem, Vargem das Flores. Em relação assistência a saúde, o município possui uma cobertura de 55% da sua população divididos em sete regiões administrativas, também chamadas de distritos sanitários da secretaria municipal de saúde. São eles: Industrial, Eldorado, Ressaca, Nacional, Vargem das Flores, Sede e Petrolândia. O modelo de atenção à saúde que atualmente

vigora é misto. Dos sete distritos sanitários, em quatro (Eldorado, Industrial, Sede e Petrolândia) coexiste as duas estratégias de atenção básica à saúde e os demais, (Nacional, Ressaca e Vargem das Flores) só possuem a estratégia de saúde da família.

Na história de crescimento econômico de Contagem, o Distrito da Cidade Industrial representa a primeira iniciativa planejada de promoção do desenvolvimento do estado mineiro pela industrialização, processo iniciado a partir dos anos de 1940, sendo resultado da forte intervenção do poder público mineiro, dirigida essencialmente para investimentos em setores básicos. Na atualidade, o município integra a matriz produtiva da indústria de transformação mineira, destacando-se nos segmentos de metalúrgica, química, de refratários, máquinas, equipamentos e material elétrico, eletrônico e comunicações. As atividades de serviços e o comércio atacadista despontam como propulsores da economia local nos anos de 2010. A complexidade de sua matriz produtiva reflete-se nos resultados do Produto Interno Bruto (PIB) de 2009 - da ordem de 15,4 bilhões de reais, equivalente a um produto per capita de 24,6 mil reais - assegurando-lhe a 4ª posição na participação do Produto Interno Bruto (PIB) estadual (5,4%) e a 3ª no contexto metropolitano (15,2%) nesse ano (PREFEITURA DE CONTAGEM, 2014).

1.2 Unidade Básica de Saúde/Território / Área de Abrangência

A Unidade Básica de Saúde Estrela Dalva fica localizada no Bairro Nacional, possui uma população de 64516 pessoas (pessoas cadastradas até no final do ano 2013) agrupadas em 13792 famílias cadastradas. A equipe 30 “Confisco”, tem una população de 6480 pessoas agrupadas em 1620 famílias.

O recurso da comunidade está assegurado em 92,5 % de água tratada, 7,6 % de sistema de esgoto, 99,27 % de coleta de lixo e 97,04 % das residências com energia elétrica.

Quanto aos recursos da saúde, a população está provida somente da UBS, pois não possui hospital, clínicas e laboratórios.

Quanto a educação, existem 5 creches. A comunidade tem 10 igrejas, Sistema de telefonia da operadora Oi, TIM, e VIVO .As principais causas de óbito no município são causadas por doenças do aparelho circulatório tanto em homens, quanto em mulheres, seguidas por causas externas e doenças do aparelho respiratório. Este fato, também é realidade no território da UBS Estrela Dalva.

2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Representa um problema grave de saúde no Brasil e no mundo. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35 % da população, é adulta e esse número é crescente. O fato de a HAS apresentar, também, seu curso assintomático, o diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, o que favorece a baixa adesão do paciente ao tratamento prescrito. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, pratica de atividade física, tabagismo, e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (Brasil 2006).

Na área da abrangência da UBS Estrela Dalva, a HAS constitui-se como principal problema de saúde priorizado devido a vários fatores: grande número de hipertensos cadastrados, muitos hipertensos com a doença não controlada, e a presença de doenças associadas, e os fatores de risco e complicações que afetam a 400 pessoas numa prevalência de 21% acima de 15 anos de idade. No município de Contagem a principal causa de óbito são as doenças do aparelho circulatório tanto em homens quanto em mulheres, sendo igual na UBS Estrela Dalva associadas em sua maioria aos casos de HAS.

3 .OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para redução da alta incidência de pacientes com HAS na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Estrela Dalva, Município de Contagem, MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever os fatores determinantes da Hipertensão Arterial na área de abrangência Estrela Dalva Equipe 30 do município Contagem.
- Promover a formação de grupos operativos com usuários que apresentam fatores de risco para Hipertensão Arterial.

4. MÉTODOLOGIA

Para a realização do diagnóstico da situação de saúde utilizou-se o método de estimativa rápida que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, em curto período de tempo e sem altos gastos (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). O objetivo deste método é coletar a maior quantidade de dados possíveis referentes aos principais problemas de saúde que afetam a população da área de abrangência da UBS Estrela Dalva. Este método contribui para aquisição de informações sobre um conjunto de problemas e recursos potenciais para o seu enfrentamento. A partir do conhecimento dos problemas, pode-se apoiar o processo de planejamento participativo, que tem como objetivo envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas.

A obtenção dos dados que constituem os problemas de saúde da população ocorreu a partir de uma sequencia de ações que constam de a equipe de saúde estabelecer as diretrizes para guiar o trabalho, definirem o grupo de pessoas a investigar, elaborar um roteiro para a obtenção de dados e, contatar os líderes comunitários para participarem fornecendo informações relevantes.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional – PES (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010), conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica, seção 2 do módulo de Planejamento e, uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Dados Gerais da Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA ≥140 x 90mmhg). Associa-se frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose que se manifestam predominantemente por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmhg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo, a maioria delas, em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças crônicas vasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil, a prevalência média de HAS auto referida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) em comparação aos homens (19,5%). A relação da frequência de HAS tornou-se mais marcadamente para as mulheres, na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença, ou seja, enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente para quem estudou de 9 a 11 anos. Nessa mesma pesquisa, a frequência de adultos que referiram diagnóstico de HAS esteve entre 12,9% em Palmas e 29,8% no Rio de Janeiro. Ressalta-se que, no sexo masculino as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (23,9%) e em Campo Grande (23,9%) e, entre as mulheres as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (34,7%) e em Recife (30,3%) (BRASIL, 2013).

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (CHOBANIAN, 2004). Na Alemanha a HAS atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu seguido da Espanha com 40% e da Itália, com 38% da população maior de 18 anos hipertensa (SHERMA et al., 2004; MARQUEZ et al. 2007; GRANDI et al. 2006).

Na Alemanha, Cerca de 40% dos usuários da rede da Atenção Primária são portadores de HAS, e destes apenas 18,5% estavam com a PA controlada

(SHARMA et al., 2004). A média europeia de controle de HAS em serviços de Atenção Básica é de 8% e, nos EUA, tem se mantido em torno de 18%, enquanto que, na América Latina e África, há uma variação de 1% a 15% de controle deste problema (GRANDI et al., 2006).

No Canadá, houve uma mudança radical nos últimos 15 anos, pois, em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% não fazia tratamento para esse problema e 16% tinha a pressão arterial controlada (LEENEN et al., 2008). As pessoas com maior número de fatores de risco encontrava-se com melhor tratamento e controle. Um estudo de prevalência e manejo dos hipertensos, realizado na província de Ontário e publicado em maio de 2008 (MOHAN; CAMPBELL, 2008), descreve uma prevalência de 22% da população geral com HAS, e 52% acima de 60 anos. Relata-se que 87% dos hipertensos foram diagnosticados, constituindo-se no local com melhor indicador mundial neste quesito (CAMPBELL et al., 2003). Os dados sobre a qualidade do acompanhamento surpreendem, pois, dos 82% dos pacientes que estavam em tratamento, apenas 66% tinham a HAS controlada.

Os dados apresentados representam o topo mundial na qualidade do acompanhamento dos usuários hipertensos, entretanto, verificou-se que 15,7% dos pacientes fazem tratamento, mas não têm a HAS controlada. Essa importante melhoria no diagnóstico e no tratamento das pessoas com hipertensão é atribuída à implementação de um sistema de Saúde baseado na Atenção Básica e ao *The Canadian Hypertension Education Program*, um programa de educação permanente dirigido aos profissionais da Atenção Básica (CAMPBELL et al., 2003; MCLISTER, 2006; ONYSKO et al., 2006). Os autores acreditam que esse modelo de educação permanente possa ser generalizado para os diversos países, assim como as medidas gerais do controle de fatores de risco que o programa propõe. Mesmo com a melhoria impressionante dos indicadores, os autores comentam que há muito a ser feito e descoberto em relação ao controle e à promoção da saúde de pessoas com HAS, já que um terço desta população mantém a sua hipertensão não controlada ou ainda, não diagnosticada.

Cuba é o segundo país com os melhores indicadores em relação a diagnóstico, acompanhamento e controle da HAS, visto que, em 16 anos, houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde. Esse país apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular na rede de Atenção Básica-AB, o controle da HAS sobe para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres (estas têm menores proporções de diagnóstico e controle), mas não houve diferenças em relação à etnia e à escolaridade (ORDUÑEZ-GARCIA et al., 2006).

Os indicadores cubanos superam os indicadores dos EUA, Inglaterra, Itália, Alemanha, Suécia e Espanha, e os bons resultados são atribuídos a vários fatores. O primeiro refere-se à organização do sistema de Saúde a partir da AB (ALDERMAN, 2006; ORDUÑEZ-GARCIA et al., 2006). O segundo é a implementação de uma política nacional de atenção à saúde, cujo principal objetivo, desde 2001, é diminuir os indicadores de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo de miocárdio (IAM) – os mais altos do planeta naquela época. Essa política foi sustentada por um protocolo de práticas, objetivos e metas a serem alcançadas, um sistema de informação que permite avaliação constante e a participação significativa de profissionais não médicos no processo de acompanhamento dos hipertensos (SHARMA et al., 2004; ORDUÑEZ-GARCIA et al., 2006).

5.2 Hipertensão Arterial sob o alvo da Atenção Primária de Saúde

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são responsabilidades da equipe da Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais e o processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade. Deve levar em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida fundamentais como processo terapêutico e a prevenção da hipertensão. A alimentação adequada,

sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados. Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa, com o envolvimento dos usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão(BRASIL,2013).

Nesse contexto, entende-se que nos serviços de AB um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estudos apontam que em países com redes estruturadas de AB, 90% da população adulta consulta, pelo menos uma vez ao ano, seu médico de família (SHARMA et al., 2004).

Diante dessas dificuldades colocam-se as seguintes questões para reflexão:

• O que acontece nos serviços de AB que não conseguem apresentar indicadores positivos em relação a este problema de saúde?

• Quais os fatores que dificultam o controle da HAS nesses serviços?

• Essas dificuldades são decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias utilizadas na assistência à saúde, na gestão e nos processos educacionais?

A literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais da AB possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (BRASIL, 2013).

Outro fator importante é trabalhar a educação em saúde com a comunidade através de ações que lhes proporcionem informações, segurança, conhecimento sobre a doença e da necessidade de mudanças no estilo de vida que favoreça uma boa qualidade de vida.

Como prevenção de complicações, deve-se fazer o monitoramento da PA com a média de três medidas igual ou maiores a 140/90mmhg. Sendo confirmado o diagnóstico de HAS, a pessoa deverá ser agendada para consulta médica para iniciar o tratamento e o acompanhamento (Ministério da Saúde, SD).

O tratamento e o acompanhamento das pessoas com diagnóstico de HAS estão descritos nos quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 - Diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica

Classificação	**PA Sistólica (mmhg)**	**PA Diastólica (mmhg)**
OTIMA	< 120	< 80
NORMAL	< 130	<85
LIMÍTROFE	130-139	85-89
ESTÁGIO 1	140-159	90-99
ESTÁGIO 2	160-179	100-109
ESTÁGIO 2	< ou igual 180	< ou igual 110
HÁ SISTOLICA ISOLADA	menor ou igual a 140	< 90.

Fonte: DAB/SAS/MS

Quadro 2 - Recomendações Para o Seguimento

PAS mmhg	**PAD mmhg**	**SEGUIMENTO**
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano- Estimular MEV
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses- Insistir em MEV
140-159	90-99	Confirmar em ate 2 meses- Considerar MAPA/MRPA
160-179	100-109	Confirmar em 1 mês-Considerar MAPA/MRPA
>180	>110	Intervenção medicamentosa Imediata - reavaliar em 1 semana

Legenda: MRPA: Medida Residencial de Pressão Arterial - MAPA: Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial - Fonte: DAB/SAS/MS

(Após início do tratamento, reavaliar mensalmente até atingir o valor de PA e depois a cada 3-6 meses)

Quadro 3 - Classificação de Risco Cardiovascular

CATEGORIA	RISCO EVENTO CARDIOVASCULAR MENOR
BAIXO	< 10% em 10 anos
MODERADO	10% - 20% em 10 anos
ALTO	>20% em 10 anos

Fonte: DAB/SAS/MS.

6- PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição do problema:

Depois de reunir a equipe de saúde para discutir os principais problemas de saúde que atingem a população, verificou-se:

1. Elevada incidência e prevalência de Hipertensão Arterial.

2. Alto índice de tabagismo, alcoolismo e consumo de drogas.

3. Elevada incidência e prevalência de Diabetes Mellitus.

4. Número elevado de pacientes em uso de medicamentos para depressão com tratamentos de longa duração.

5.Elevada incidência de gestação na adolescência.

6.2 Priorização do problema

Para dar prioridade a nossos problemas usaremos os seguintes itens:

1. Importância.

2. Urgência do problema.

3. Viabilidade do problema.

4. Capacidade de enfrentamento pela equipe.

5. Recursos necessários para resolver o problema.

Foi realizada a distribuição por pontos dos itens anteriores como apresentado no Quadro **4.**

Quadro 4 – Distribuição dos problemas por prioridade

Condições	**Problemas**				
	Alta incidência e prevalência de HAS	Alto índice de tabaquismo, alcoolismo e consumo de drogas	Elevada incidência e prevalência de DM.	No alto de pacientes em uso de medicamentos antidepressivos de larga duração	Elevada incidência de gestação na adolescência
Importância:					
Baixa	0	0	2	0	0
Média	0	0	0	0	0
Alta	3	2	0	2	1
Urgência:					
Sim	2	2	2	2	2
Não	0	0	0	0	0
Validade:					
Sim	2	0	0	0	0
Não	0	1	1	1	1
Enfrentamento:					
Baixa	0	1	1	1	1
Média	0	0	0	0	0
Alta	3	0	0	0	0

LEGENDA**:. Importância**: Alta:3 Pontos /Media:2 pontos/Baixa:1 pontos/ Nulo:0**Urgência**:Sim: 2 Pontos /Não:1 ponto **Viabilidade:** Sim: 2 Pontos/ Não:1 ponto **Enfrentamento:** Alta: 3 Pontos Media= 2 pontos Baixa= 1 ponto Nulo=0**Recursos**: Alta= 3 Pontos Media= 2 pontos Baixa= 1 ponto Nulo=0

6.3 Descrição do problema

Após a identificação dos problemas, a equipe de saúde estabeleceu as diretrizes do trabalho focado na problemática da alta prevalência da hipertensão arterial na população. Em conjunto foi determinado que a população a ser priorizada para a realização do estudo seria com idade a partir dos 15 anos. Para reforçar o trabalho da equipe foram convidados os líderes comunitários por conhecerem a população e terem grande influência sobre a mesma.

6.4 Explicação do problema

Estima-se que, em média, 32% da população adulta do Brasil seja portadora de hipertensão arterial sistêmica. O diagnóstico tardio e a baixa adesão ao tratamento trazem complicações ao quadro, sobrecarregando e onerando os serviços de saúde. Em Minas Gerais é estimada uma prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos. No município de Contagem estima-se que 84.688 adultos acima de 20 anos sejam portadores de HAS (Perfil Epidemiológico do Município de Contagem, 2011).

A Unidade Básica de saúde (UBS) da família Estrela Dalva Equipe 30 do município Contagem têm 21% de pessoas maiores de 20 anos que apresentam HAS, muitas delas descompensadas da doença, apresentando estilos de vida inadequados, irregularidades no tratamento medicamentoso, com baixa percepção de risco.

O ambiente político, cultural e socioeconômico de uma população interfere nos hábitos e estilos de vida da população. Em se tratando dos costumes da população de Minas Gerais, considerando a dimensão do Estado, os costumes se diferenciam de acordo com a localização das cidades. Portanto, os estilos de vida dependem da região, nível social, costumes, nível educacional e de informação, cultura sanitária. No entanto, as políticas públicas de saúde que irão contribuir com programas adequados para o acompanhamento do tratamento da Hipertensão arterial devem atender aos protocolos do Ministério da Saúde. O pouco conhecimento sobre a hipertensão, seu tratamento

farmacológico e alternativo, hábitos alimentares inadequados podem constituir risco cardiovascular para a população. A comunidade assistida pela UBS Estrela Dalva apresenta um quadro de 400 pessoas com hipertensão com prevalência de 21% de pacientes acima de 20 anos de idade. No município de Contagem a principal causa de óbito são as doenças do aparelho circulatório tanto em homens como em mulheres, situação similar na UBS associado a maioria dos casos de HAS. O fato de a HAS causar danos irreparáveis a saúde de uma pessoa e constituir em fator de risco importante para comprometer o aparelho cardiovascular e o sistema nervoso, torna importante manter um registro do numero de casos de hipertensos, situação que deixa a desejar na UBS.

Através das consultas realizadas na comunidade por demanda espontânea verifica-se cifras elevadas de pressão arterial. No entanto, os mesmos referem que não são hipertensos, por muitas vezes a doença se apresentar assintomática. Para maior agravo, na maioria dos casos, os pacientes têm associados outras doenças ou fatores do risco como são a Diabetes Mellitus, obesidade e dislipidemias, somado ao habito de fumar e outros que dificulta o controle adequado da doença.

6.5 Seleção dos "nós críticos"

Após análise do problema Hipertensão arterial com a equipe de saúde da UBS, foram levantados os nós críticos, sendo:

1. Baixo nível de informação da população sobre a doença.

2. Pouco conhecimento dos fatores do risco associados a HAS.

3. Hábitos e estilos de vida inadequados.

4. Pouca estrutura dos serviços de saúde para enfrentamento dos casos de HAS.

5. Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema.

6.6 Desenho das operações

O Quadro 5 apresenta detalhadamente o desenho das operações para se desenvolver o plano de ação

Quadro 5 – Desenho das operações para os nos críticos

No critico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixo nível de informação	SABER MAIS. Modificar hábitos e estilo de vida. Aumentar o nível de informação da população sobre a doença e os riscos cardiovasculares associados.	População mais informada sobre a doença e seus riscos associados. Diminuir o numero de pacientes sedentários, obesos, tabagistas e alcoólatras.	Elevar o numero de consultas e visitas domiciliares. Avaliação do nível de informação da população sobre a doença e os riscos cardiovasculares associados. Criar grupos para caminhadas e outras atividades físicas. Campanha educativa na radio local. Capacitação dos ACS	Cognitivo. Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação e pedagógicas. Organizacional. Organização da agenda. Politico. Articulação Inter setorial(parceria com o setor educação) e mobilização social.
Pouco conhecimento sobre os fatores de risco associados a hipertensão arterial.	SABER MAIS. Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de risco associados a hipertensão arterial.	População mais informada e maior conhecimento sobre os fatores do risco associados a hipertensão	Avaliação do nível de informação da população sobre os fatores de risco associados a hipertensão arterial.	Cognitivo. Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional.

		arterial.		Organização da agenda. Politico. Articulação Inter setorial e mobilização social.
Hábitos e estilo de vida inadequado.	MAIS SAUDE. Aumentar o nível de informação da população sobre hábitos e estilo de vida saudável.	População com maior conhecimento e informação sobre hábitos e estilo de vida saudável.	Avaliação do nível de informação da população sobre hábitos e estilo de vida saudável.	Cognitivo. Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. organizacional. Organização da agenda. Politico. Articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social
Estrutura do sevicio de saúde	CUIDAR MELHOR. Melhorar a estrutura do sevicio para o atendimento aos pacientes hipertensos e portadores de fatores de risco associados.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para hipertensos e diabéticos.	Capacitação de pessoal, contratação de exames e consultas especializadas, compra de medicamentos.	Políticos. Decisão de aumentar os recursos para estruturar o sevicio Financeiros Aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.
Processo de trabalho da equipe de	LINHA DE CUIDADO. Reorganizar o	Aumentar o numero de casos novos de	Maior número de pacientes avaliados.	Políticos. Decisão de aumentar os

saúde da família inadequado para atender ao problema.	processo de trabalho. Organizar agenda de trabalho. Busca ativa de pacientes hipertensos. Implantar a linha de cuidado para o paciente com hipertensão arterial.	hipertensão arterial. Elevar o numero de pacientes hipertensos controlados. Identificar a população com risco de hipertensão arterial. Agenda organizada. Probabilidade de aumento de casos de pacientes com hipertensão arterial.	Fazer atividades mensalmente com os pacientes hipertensos. Elevar o numero de visitas domiciliares.	recursos para estruturar o sevicio. Financeiro. Aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos. Cognitivo. Elaboração do projeto de adequação.

6.7 Identificação dos recursos críticos

A identificação dos recursos críticos em cada operação é de suma importância para a análise da viabilidade do plano, pois, são os recursos indispensáveis para a execução da operação.

Quadro 6 – Identificação dos recursos críticos

Operação / Projeto	Recursos críticos
+ SABER	Politico. Articulação Inter setorial
CUIDAR MELHOR	Politico. Decisão de aumentar os recursos para estruturar o sevicio. Financeiro. Recursos necessários para estruturação do serviço (custeio e equipamento)
LINHA DE CUIDADO	Politico. Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

6.8 Análise de viabilidade do plano

O objetivo deste passo é a identificação dos atores que controlam os recursos críticos em relação ao problema para definir operações/ações estratégicas e construir a viabilidade do plano.

Quadro 7 – Análise de viabilidade do plano

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ SABER Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial e os fatores de risco associados.	Politico. Articulação com a secretaria de saúde	Secretaria de educação	Favorável	
CUIDAR MELHOR. Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	POLITICO. Decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços. FINANCIERO. Recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos ,exames e consultas Especializadas)	Prefeitura Municipal, Secretário de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	
LINHA DE CUIDADO Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do	POLITICO. Articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretaria municipal de saúde	Favorável	

cuidado.				

6.9 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade é a designação de responsáveis pelos projetos e estabelecer os prazos para a realização das atividades. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabiliza pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas e deve contar com o apoio de outras pessoas. O quadro 8 apresenta a operação do plano operativo .

Quadro 8 – Plano Operativo

Operações	**Resultados**	**Produto**	**Estratégia**	**Responsável**	**Prazo**
Modificar Hábitos de vida	Diminuir o numero de pacientes sedentários, obesos, tabagistas, alcoólicos.	-Elevar o numero de consultas e visitas domiciliar. - Criar grupos para caminhada e outras atividades físicas. - Campanhas de incentivo para o abandono e o não consumo de álcool, tabagismo.	Apresentação do projeto	Medico, ACS, Enfermeira.	6 meses
Elevar o nível de informação sobre Hipertensão Arterial.	População mais informada sobre Hipertensão e suas complicações.	-Palestras e reuniões sobre Hipertensão Arterial -Campanhas Educativas na radio local -Capacitação dos ACS -Grupos Operativos.	Apresentação do projeto	Medico Enfermeira ACS.	2 meses 3 meses 2 meses

					2 meses
Reorganizar o processo de trabalho. Organizar agenda de trabalho. Busca Ativa de pacientes hipertensos.	Aumentar o número de casos novos de hipertensos -Elevar o Número de pacientes hipertensos controlados. -Identificar qual é a população com risco de HAS. -Agenda organizada. -Aumentar o número de pacientes pesquisados de hipertensão Arterial.	-Maior No de pacientes avaliados. -Fazer atividades mensalmente com pacientes hipertensos. -Elevar o número de visitas domiciliares.	Implementar o projeto	Medico Enfermeira ACS	3 meses Cada mês Cada mês

6.10 Gestões do Plano

É um passo muito importante para lograr o êxito do processo de planejamento, pois é preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, e garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O quadro 9 apresenta a Gestão do Plano Operação Linha de cuidado.

Quadro 9 – Gestão do Plano Operação Linha de cuidado

Produtos	Responsável	Prazo	Situação linha
Linha de cuidados	Renata Felicíssima	12 meses	Projeto elaborado é submetido ao fundo nacional de saúde.
Protocolos	Renata Felicíssima	10 meses	Projeto de demanda e estimativa de custo realizada

Pessoal capacitado	Conceição	10 meses	Programa de capacitação elaborado, capacitação com inicio para 3 meses.
Regulação	Coordenação da UBS	12 meses	Projeto de regulação em discussão
Gestão de linha de cuidado	Coordenação da UBS	12 meses	Projeto de gestão da linha de cuidado em discussão

O quadro 10 apresenta a Gestão do Plano Operação cuidar melhor

Quadro 10 - Gestão de plano Operação cuidar melhor

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
Equipamento da rede	Renata Felicíssima	12 meses	Projeto elaborado e submetido ao fundo nacional de saúde
Contratação para exames e consultas de especialistas e medicamentos	Renata Felicíssima	10 meses	Projeto de demanda e estimativa de custo s realizada

O quadro 11 apresenta a Gestão de plano Operação + saber.

Quadro 11 - Gestão de plano Operação + saber

Operação +SABER				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Capacitação de ACS sobre a hipertensão arterial e os fatores de risco associados	Alexandra Barbosa	3 meses	Programa de capacitação. ACS capacitados, curso ainda não iniciado	Redução do numero de ACS

6. Considerações Finais

Considerando que a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para o Acidente Cérebro Vascular e para o Infarto do Miocárdio, as intervenções propostas neste estudo possibilitam alertar e sensibilizar a população sobre a problemática. Evidenciou-se a relevância da equipe inter e multidisciplinar como promotora da saúde da comunidade e a importância do trabalho em equipe para desenvolver as ações propostas pela intervenção.

Espera-se que através do plano de intervenção a alta incidência de pacientes com HAS na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Estrela Dalva seja reduzida e a comunidade se torne mais consciente das ações que geram saúde e melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALDERMAN, M.H. Does blood pressure require a cuban-style revolution. *J.hypertension*, v .24 ,n . 5 , p . 811- 812, 2006.

BRASIL. Ministério de saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica*. n 1 , Brasília, 2006ª.

BRASIL. Ministério de saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica* n. 15, Brasília, 2006[b].

BRASIL. Ministério de saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica*, n.37, Brasília, 2013. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf . Acessado em 17 de junho de 2015.

BRASIL. Ministério de saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. *Caderno de Atenção Básica,* n° 35, Brasília 2014.Disponivel em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf. Acessado em 17 de junho de 2015.

CAMPBELL,N.R.C.et al temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian hypertension education program*. J .hypertension* ,v .21 ,n .8 , p . 1591-1597, 2003.

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, 2010.118p

CHOBANIAN, A .V (org). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure .Washington DC. : national statute sofhealth: 2004 .88 p.

DUCAN, B., SCHMIDT, M.I., GIUGILANI , E .R .J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primaria baseada em evidencias*. 3ed, porto alegre: Artmed, 2006.

GRANDI ,A .M .et al .Longitudinal study on hypertension control in primary care: the insubria study. *American journal hypertension*, usa, v.19, n. 2, p.140 -145, 2006.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 341-353,1999.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. *Órgãos Estaduais de Estatística*, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência -2010. Disponivel em < http // www.ibge.gov.br/home/> Acessado em 18 nov., 2015.

LEENEN, F. H .H. et al. Results of the Ontario survey on the prevalence and control of hypertension. *Canandian Medical Association jornal*, v.178, n.2, p.1441-1445, 2008.

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

MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.

MOHAN,S.; CAMPBELL ,N.R. C. Hypertension management in canada: good News , but important challenges remain. *Canadian medical association journal*, v. 178 , n. 3, p. 1459, 2008.

ORDUÑES-GARCIA, P. et al. success in control of hypertension in alow-resource setting: the Cuban experience. *J. hypertension*, v. 24, n. 5, p. 845-849, 2006.

PREFEITURA DE CONTAGEM. A prefeitura. [S.l.n.d.].Disponível em: <contagem.mg.gov.br >. Acessado em 20 de maio de 2015.

RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, v.377, n.9781, p. 1949 -1961, 2011.

SHERMA, A.M. et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: crossectional study. *J. hypertension*, v. 22, n. 3, p. 479 - 486, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol*., V.95, n.1, supl 1, p. 51, 2010.

Tudo sobre Contagem-Guia da cidade. Disponível em em < http // http://www.encontracontagem.com.br/contagem//> Acessado em 18 nov., 2015.

WILLIAMS, B. The years in hypertension. *Journal of the American college of cardiology*, new york,v. 55, n.1, p. 66-73, 2010.