

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

LLILIAN RAMOS CHIRINO

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA PREVALÊNCIA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA COMUNIDADE CRISTINA C NO
MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2016

LLILIAN RAMOS CHIRINO

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA PREVALÊNCIA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA COMUNIDADE CRISTINA C NO
MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Salime Cristina Hadad.

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2016

LLILIAN RAMOS CHIRINO

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA PREVALÊNCIA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA COMUNIDADE CRISTINA C NO
MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Salime C. Hadad – orientadora

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 28 de fevereiro de 2016.

.

AGRADECIMENTOS

À minha família, que é o apoio que eu preciso para viver cada dia.
Agradeço pelo amor e carinho dados a mim durante toda a minha vida.
Obrigada!

RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde. Alguns fatores de risco para a doença são mais comuns em centros de saúde da família das metrópoles. Como há uma relação direta do estilo de vida com os fatores de risco, perscrutou-se o estilo de vida dos hipertensos da região Cristina C no município Santa Luzia de Minas Gerais, a fim de detectar os fatores de risco para HAS. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para melhor acompanhamento dos usuários Hipertensos e usuários com fatores de risco para a doença. A metodologia foi dividida em três momentos: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Observou-se a viabilidade do plano de ação, como favorável em todos os aspectos e as ações educativas como ferramenta principal. Sua implementação contribuirá com a melhoria da qualidade de vida dos usuários e incidência da doença.

Palavras-chave: Hipertensão, Fatores de risco, ações educativas

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a serious health problem. Some risk factors for the disease are more common in health centers of the family in the metropolises. As there is a direct relationship between lifestyle with the risk factors, peered up the lifestyle of hypertensive Cristina C region in the municipality of Santa Luzia Minas Gerais, in order to detect the risk factors for hypertension. Thus, this study aimed to develop an action plan for better monitoring of hypertensive users and users with risk factors for the disease. The methodology was divided into three phases: completion of the situational diagnosis; literature review and development of an action plan. We observed the viability of the action plan, as favourable in all aspects and educational activities as the main tool. Its implementation will contribute to improving the quality of life of users and incidence of the disease.

Keywords: Hypertension; Risk factors; Educational activities.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1. Rede municipal de Saúde de Santa Luzia.....	6
1.1.1. A Unidade de Saúde SESC	7
1.1.2. Diagnóstico situacional da área Cristina C da ESF SESC.	8
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. OBJETIVOS	11
3.1 Geral.....	11
3.2 Específicos	11
4. METODOLOGIA.....	12
5. REVISÃO DE LITERATURA	13
5.1 Definição, classificação e perfil epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS).....	13
5.2. Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica.....	15
5.3. Diagnóstico de Hipertensão arterial sistêmica	17
5.3.1. Avaliação clínica da Pressão Arterial	17
5.4. Tratamento para a hipertensão arterial sistêmica	19
5.4.1. Tratamento não medicamentoso, abordagem multiprofissional e prevenção primária.....	19
5.5 A hipertensão arterial e Estratégia Saúde da Família	22
6 PLANO DE AÇÃO	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

Santa Luzia é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais (MG), pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). De acordo com dados do IBGE, Santa Luzia tem uma população de 214.830 habitantes. O município possui uma área de 235,327 Km² e densidade demográfica de 862,38 habitantes/Km². Seu extenso território é dividido administrativamente em Sede e distrito de São Benedito (SANTA LUZIA, 2013). Hoje, o município vem sendo administrado pelo prefeito Carlos Alberto Parrillo Calixto (BRASIL, 2015).

O município de Santa Luzia está localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, a 27 km da capital, próximo aos aeroportos da Pampulha e Tancredo Neves (Confins) e do Centro Administrativo do Estado. A cidade é banhada pelo rio das velhas, dispõe de linha férrea e gasoduto subterrâneo (SANTA LUZIA, 2013). Santa Luzia floresceu mais em função do comércio do que da mineração. O município se afirmou ao longo do século XVIII e primeira metade do XIX como polo de abastecimento de gêneros alimentícios (SANTA LUZIA, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Santa Luzia em 2010 era de 0,715, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799) (PNUD, IPEA & FJP, 2013). A renda per capita média de Santa Luzia cresceu 97,2% passando de R\$282,73, em 1991, para R\$386,67, em 2000, e para R\$557,62, em 2010 (PNUD, IPEA & FJP, 2013). Em 2010, 98,7% da população recebia água encanada nos domicílios, 99,9% energia elétrica e 97,2% tinham coleta de lixo (PNUD, IPEA & FJP, 2013). Aproximadamente 89% dos habitantes do município são usuários dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1. Rede municipal de Saúde de Santa Luzia

A rede municipal de saúde, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possui 24 Unidades Básicas de Saúde com 40 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo 19 ESF do Programa Mais Médicos. Atuam na rede de saúde municipal 658 profissionais de saúde prestando assistência à população (BRASIL, 2016).

Além disso, para o atendimento da população estão disponíveis também um Pronto Atendimento (PA) e um Hospital Geral, Hospital Filantrópico São João de Deus, com 75 leitos para internação. Há um Centro de Consultas Especializadas, um Centro Viva Vida Integrado Hiperdia, um Centro de Testagem Anônima (CTA) e uma Farmácia Central. Na área de saúde bucal, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Laboratório de Prótese Odontológica. Na área de saúde mental há um Centro de Saúde Mental, 01 Centro de Atenção Psicossocial adulto (CAPS), 01 CAPS Infanto-juvenil (CNES, 2016).

Os usuários que consultam nas Unidades Básicas de saúde e precisam ser avaliados por outras especialidades são encaminhados mediante um modelo de formulário disponível para cada uma delas, que são: ginecologia, pediatria, cardiologia, dermatologia, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, infectologia, nutricionista, ortopedia, pneumologia, urologia, angiologia e cirurgia geral. Entretanto, dependendo da especialidade é necessário o encaminhamento para o município de Belo Horizonte.

1.1.1. A Unidade de Saúde SESC

A Unidade de Saúde SESC está localizada no bairro Cristina C, a qual se delimita ao norte pelo bairro Cristina A e Cristina B, sudeste na Avenida Brasília e sudoeste pelo bairro Belo Vale.

A unidade é constituída por duas Equipes de Saúde da Família (ESF) a ESF 032 Belo Vale e ESF 033 SESC que até o momento estão incompletas, mas possuem cada uma um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e três Agentes de Controle de Endemias (ACE). A ESF 033 SESC possui somente 01 CS. As equipes trabalham 8 horas diárias, de segunda a sexta feira, sendo que o médico tem uma carga horária de 32 horas semanais e 8 horas para ensino.

A unidade possui bom acesso, oferece bom atendimento aos usuários que procuram os serviços de saúde. Na área da unidade não existem favelas, mas existe um número considerável de moradias em condições precárias, sendo a economia local baseada no comércio. A taxa de alfabetização é de aproximadamente 79%.

A unidade tem boa estrutura física com quatro áreas de consulta, sala de acolhimento, área para triagem, entre outros. As principais atividades que a equipe realiza são: Acolhimento da gestante e do bebê (pré-natal e puericultura), consultas médicas e de enfermagem, curativos, exames preventivos (câncer de colo de útero), grupos de educação em saúde e imunização.

A área de abrangência da ESF 033 SESC, comunidade Cristina C, contém 4.728 pessoas cadastradas, agrupadas em 1.455 famílias. Contudo, apenas 828 pessoas são acompanhadas, dispostas em 234 famílias, em virtude de haver apenas uma ACS nesta área ficando as demais microáreas descobertas.

Estão cadastrados 370 pacientes hipertensos, que serão os sujeitos da intervenção, com disseminação da informação para a população local.

1.1.2. Diagnóstico situacional da área Cristina C da ESF SESC.

Ao fazer o diagnóstico situacional da área da ESF SESC em Santa Luzia, foi identificado um grupo de problemas que afetam à população e que interferem em seu estado de saúde, tanto dos pontos de vista objetivo como do subjetivo.

Os principais problemas identificados foram os seguintes:

1. Grande número de pacientes hipertenso descompensados;
2. Grande número de pacientes diabéticos descompensados;
3. Grande número de pacientes com transtornos nutricionais, obesidade, dislipidemias;
4. Alta prevalência de doenças mentais;
5. Existência de usuários com grande consumo de álcool e alucinógenos.

Para estabelecer o problema a ser alvo do plano de ação, foi utilizado o método matriz de priorização para fazer a análise das situações de saúde. Após essa análise, houve um consenso sobre a prioridade de cada problema, com classificação dos problemas por importância, urgência e capacidade de enfrentamento, uma vez que não seria possível para a equipe resolver todos ao mesmo tempo.

O quadro 1 abaixo, apresenta a relação de problemas identificados e priorizados.

Quadro 1. Equipe SESC - Priorização dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Grande número de pacientes hipertensos descompensados	Alta	7	Parcial	1
Grande número de pacientes diabéticos descompensados	Alta	5	Parcial	2
Grande número de pacientes com transtornos nutricionais, obesidade, dislipidemias	Alta	5	Parcial	2
Alta prevalência de doenças mentais	Alta	5	Parcial	3
Usuários com grande consumo de álcool e alucinógenos	Alta	3	Parcial	3

Fonte: Equipe SESC – Santa Luzia

A alta prevalência de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde detectado na área de abrangência. Observou-se que a HAS não se encontra controlada na população alvo, sendo observada a irregularidade no cumprimento de tratamento, como requer o programa de hipertensão. Além disso, existe um grupo importante de pacientes que não utilizam os serviços do SUS constituindo em subnotificação estatística, e outro grupo de pacientes que não sabem que são hipertensos, e ainda possuem pouca percepção do risco.

Os mais importantes fatores causais de hipertensão incluem o excesso de peso, sedentarismo, consumo excessivos de sódio na dieta, atividade física reduzida, consumo inadequado de frutas, verduras e potássio e a prevalência de ingestão de álcool, complemento inadequado do tratamento, existe um que tem muita influência como o estresse e depressão.

Na reunião de equipe foram discutidos os principais problemas identificados na comunidade, sendo selecionado como problema alvo para o plano de ação o grande número de pacientes hipertensos descompensados.

2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil. 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. É um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, é responsável por pelo menos 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 25% das mortes por doença arterial coronariana, sendo responsável de um número importante de internações em hospitalares (WESCHESFELDER *et al.*, 2012).

A partir do conhecimento dos fatores de riscos da HAS é possível diagnosticá-la precocemente, tratá-la corretamente e identifica-los por faixa etária investindo em estratégias de intervenção para prevenir e minimizar os riscos e evitar complicações.

Na comunidade Cristina C da ESF SESC, no município de Santa Luzia, observou-se durante o diagnóstico situacional uma elevada prevalência de pacientes hipertensos com difícil controle, crescente número de pessoas com fatores de risco para HAS e o abandono do tratamento. Considerando que o controle dos fatores de risco da hipertensão possibilita a redução da incidência desta doença, a ESF SESC identificou a necessidade de elaborar um plano com ações junto aos grupos de risco buscando a modificação de hábitos de risco para saúde, a melhora do quadro de saúde da população adstrita, a redução da morbimortalidade relacionada as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e suas complicações, além de diminuir os custos socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de ação voltado para o enfrentamento da alta prevalência de hipertensão arterial nos pacientes atendidos pela ESF SESC na comunidade Cristina C no Município de Santa Luzia, Minas Gerais.

3.2 Específicos

- Reestruturar as ações da equipe no acompanhamento aos pacientes hipertensos;
- Elaborar ações para estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis e ampliar o conhecimento dos pacientes sobre Hipertensão Arterial e seus riscos.

4. METODOLOGIA

O trabalho buscou elaborar um plano de ação na área da ESF SESC da cidade de Santa Luzia durante o ano de 2015. Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF SESC no município de Santa Luzia por meio da estimativa rápida (ER) com base na metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e na Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (MINAS GERAIS, 2013). Os problemas foram listados e a equipe identificou vários problemas e priorizou como alvo do plano o problema “elevada prevalência de Hipertensão Arterial.

Foi realizada uma revisão de literatura narrativa sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sites do Ministério da Saúde, além do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde disponível na Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação Continuada (NESCON/UFMG).

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação para melhor acompanhamento dos usuários hipertensos e usuários com fatores de risco para a doença na área 033 da ESF SESC.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Definição, classificação e perfil epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é conhecida como a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para complicações mais comuns, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006)

HAS é conceituada como:

[...] uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 1).

Segundo o Ministério da Saúde a “ Hipertensão Arterial é definida com pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p.05).

A medida da pressão arterial (PA) é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS (SBC, SBH, SBN, 2007, p.32).

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, SBH, SBN, 2007), os níveis de PA para pessoas com mais de 18 anos são classificados conforme a Quadro 2.

Quadro 2. Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica em indivíduos maiores de 18 anos.

Classificação da pressão arterial	Pressão arterial sistólica (mmHg)		Pressão arterial diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	< 130	e	< 85
Limítrofe	130 a 139	ou	85 a 89
Estágio 1	140 a 159	ou	90 a 99
Estágio 2	160 a 179	ou	100 a 109
Estágio 3	³ 180	ou	³ 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	e	< 90

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, SBH, SBN, 2010).

A publicação do VII JNC (*Joint National Committee*) em 2003 forneceu uma nova classificação da hipertensão arterial e introduziu o conceito de pré-hipertensão, em que pacientes com PA limítrofe, pacientes que possuem um maior risco de eventos cardiovasculares, pacientes normotensos (Quadro 3) (CHOBANIAN AV, BAKRIS GL, BLACK HR, *et al.*, 2003).

Quadro 3. Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica, segundo o VII Joint National Committee.

Classificação da pressão arterial	Pressão arterial sistólica (mmHg)		Pressão arterial diastólica (mmHg)
Normal	< 120	e	< 80
Pré-hipertensão	120 a 139	ou	80 a 89
Hipertensão estágio 1	140 a 159	ou	90 a 99
Hipertensão estágio 2	³ 160	ou	³ 100

Fonte: Modificado de CHOBANIAN AV, BAKRIS GL, BLACK HR, *et al.* (2003).

A Hipertensão uma doença que na maioria do curso é assintomática, sendo assim muitas vezes, negligenciado o seu diagnóstico e tratamento, o que faz com que a adesão ao tratamento prescrito seja baixa por parte do paciente. Evidenciando assim que um dos principais problemas para o controle da HAS tem sido devido a recusa do paciente em aceitar a condição da doença crônica não ter cura (BRASIL, 2006).

Segundo a Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), no Brasil, a prevalência média de Hipertensão Arterial Sistêmica na população adulta (acima de 18 anos) é de 23,3%, sendo ligeiramente maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7). Em ambos os sexos, os indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais referem o diagnóstico médico de HAS e o diagnóstico se torna mais comum com o avançar da idade, alcançando 50% dos indivíduos na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2011).

Bem como a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, SBH, SBN, 2010) apontam 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. Existindo uma relação direta e linear da PA com a idade, atingindo percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos (MINAS GERAIS, 2013).

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. Déficit 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) (BRASIL, 2013, p.19).

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. 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 (SBC, SBH, SBN, 2010).

5.2. Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica

Os mais importantes fatores causais de hipertensão incluem o excesso de peso, sedentarismo, consumo excessivos de sódio na dieta, atividade física reduzida, consumo inadequado de frutas, verduras e potássio e a prevalência de ingestão de álcool, complemento inadequado do tratamento.

Gênero e etnia

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS (MINAS GERAIS, 2013, p. 26).

Indivíduos do sexo masculino apresentam maior prevalência de HAS que mulheres até os 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, as mulheres apresentam significativo incremento na prevalência de HAS (Mendes EV, 2011), (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010), (Alves Jr AC, 2011), (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011). Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca, especialmente nas mulheres (MINAS GERAIS, 2013, p.26).

Sobrepeso e obesidade

O excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de HAS desde idades jovens (Ministério da Saúde, 2012). Nos EUA, a obesidade contribui em até 75% para os casos de HAS (Ministério da Saúde. SISHIPERDIA, 2013). No presente documento, a definição de obesidade adotará os critérios da OMS, que classifica como indivíduos normais aqueles com índice de massa corporal (IMC) entre 20 e 24,9; como sobrepeso, indivíduos com IMC entre 25 e 29,9 e, como obesos estígios

1,2 e 3, aqueles com IMC respectivamente iguais a 30-34,9, 35-39,9 e igual ou superior a 40 (Ministério da Saúde. SISHIPERDIA, 2013). Para o cálculo do IMC, basta dividir o peso corporal pela altura elevada ao quadrado (MINAS GERAIS, 2013, p.26).

Evidencia que o sobrepeso e obesidade são fatores de risco reais para hipertensão, pois indivíduos nesses grupos etários apresentavam um aumento de 2 e 3,6 vezes o risco de ter hipertensão, respectivamente.

Ingestão de sal

Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada ao desenvolvimento de HAS.13 Indivíduos normotensos com elevada sensibilidade à ingestão de sal apresentaram incidência cinco vezes maior de HAS em 15 anos, quando comparados àqueles com baixa sensibilidade. A população brasileira apresenta padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Ademais, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido bem demonstrado (Ministério da Saúde, 2012), (Health Resources and Services Administration, 2008). Portanto, recomenda-se a redução do consumo de cloreto de sódio para 5-6 g ao dia como forma de prevenção de HAS, devendo ser consideradas para tal as principais fontes alimentares com maior teor de sódio (MINAS GERAIS, 2013, p.27).

Sabe-se que a excreção urinária de sódio apresentou uma correlação positiva e significativa com os níveis de PA em todos os grupos etários. Segundo CIPULLO *et al.* (2010, p.s/n):

Esses achados, raramente descritos em estudos de prevalência de hipertensão, indicam uma associação positiva entre o consumo de sal, excreção de sódio urinário e a prevalência de hipertensão. A disfunção renal, avaliada através do clearance de creatinina < 60/ml/min, foi mais prevalente entre indivíduos hipertensos. De fato, indivíduos hipertensos apresentavam um risco 4,5 vezes maior de disfunção renal, especialmente após os 50 anos de idade. Esse achado sugere uma possível associação entre hipertensão e disfunção renal, independentemente da idade.

Uso excessivo de álcool

Ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral (Grupo Hospitalar Conceição, 2012). O consumo excessivo de etanol (>30 g/dia) se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas, devendo, portanto, ser desestimulado (MINAS GERAIS, 2013, p.28)

Sedentarismo

A atividade física regular reduz a incidência de HAS, bem como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares (DCV), mesmo em indivíduos pré-hipertensos. Maior detalhamento, vide item 1.5.1 Tratamento não medicamentoso (MINAS GERAIS, 2013, p.28).

Fatores socioeconômicos

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil, a HAS é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (MINAS GERAIS, 2013, p.28).

As diferenças socioeconômicas têm um papel importante nas condições de saúde que influenciam diferentes fatores, tais como acesso ao sistema de saúde, grau de informação, entendimento da condição médica e aderência ao tratamento. Diferentes estudos mostraram taxas mais altas de DCV em grupos com nível socioeconômico mais baixo. Entretanto, não houve diferença significativa na prevalência da hipertensão relacionada ao nível socioeconômico no presente estudo, apesar de uma tendência à maior prevalência nas classes C e D/E. É possível que essa seja uma característica distinta de países em desenvolvimento. Indivíduos com nível de escolaridade mais baixo apresentaram uma maior prevalência de hipertensão em todos os grupos etários (CIPULLO et al, 2010, p. s/n).

5.3. Diagnóstico de Hipertensão arterial sistêmica

O diagnóstico da hipertensão é feito a partir da medida da pressão arterial e deve ser realizada em toda avaliação de saúde, por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais de saúde devidamente capacitados. Isso é fundamental não apenas para o diagnóstico, mas também para o acompanhamento do tratamento da pressão arterial (SBC, SBH, SBN, 2010).

No entanto, a medição da pressão em consultório, mesmo realizada com técnica apropriada, pode superestimar a pressão do paciente, o que é conhecida como hipertensão do avental branco, da mesma maneira que ela pode subestimar os valores, ou apresentar a hipertensão mascarada (SBC, SBH, SBN, 2010).

Rotina Diagnóstica e de Seguimento de acordo com a situação clínica presente, recomenda-se que as medidas sejam repetidas em pelo menos duas ou mais visitas. As medições na primeira avaliação devem ser obtidas em ambos os membros superiores. As posições recomendadas na rotina para a medida da pressão arterial são com a pessoa sentada e/ ou deitada (SBC, SBH, SBN, 2010).

5.3.1. Avaliação clínica da Pressão Arterial

Diagnóstico em adultos:

No adulto, a HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados da pressão arterial por medidas casuais. A medida da pressão arterial deve ser realizada em toda a avaliação por médicos e demais profissionais de saúde. O diagnóstico de HAS é baseado na média de duas ou mais medidas aferidas em duas ou mais visitas ao consultório, respeitando-se as recomendações para a aferição da PA (MINAS GERAIS, 2013, p.31).

Quadro 4. Avaliação da Pressão Arterial

Recomendações para seguimento (prazos máximos).*		
Pressão arterial inicial (mmHg)**		
Sistólica	Diastólica	Seguimento
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses
140 – 159	90 – 99	Confirmar em 2 mês
160 – 179	100 - 109	Confirmar em 1 mês
> /-180	>/- 110	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana

FONTE: SBC, SBH e SBN (2010, p.6)

* Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente.

** Se as pressões sistólica ou diastólica forem de categorias diferentes, o seguimento recomendado é definido como de menor tempo.

Quadro 5. Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes e sugestões de conduta, segundo a sua classificação.

Classificação	Percentil para PAS e PAD*	Conduta sugerida (se pertinente)
Normal	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica.
Limítrofe	Percentil 90 ≤ PA < percentil 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg, mesmo que PA < percentil 90 até < percentil 95	Reavaliar em 6 meses.
Hipertensão estágio 1	Percentil 95 ≤ PA ≤ percentil 99 mais 5 mmHg	Usuário assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada, encaminhar para avaliação diagnóstica. Usuário sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica.
Hipertensão estágio 2	PA > percentil 99 mais 5 mmHg	Encaminhar para avaliação diagnóstica.
Hipertensão do avental branco	PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não relacionados à prática clínica	

Onde: PA = pressão arterial; PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica; mmHg = milímetro de mercúrio. * Para idade, sexo e percentil de altura.

Fonte: Extraído da 3ª edição da Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (MINAS GERAIS, 2013, p.37).

Diagnóstico em idosos

Nos idosos, recomenda-se a verificação da pressão arterial na posição sentada, deitada e em pé, já que alterações ateroscleróticas nas regiões dos seios carotídeos podem reduzir a sensibilidade dos barorreceptores, ocasionando maior variabilidade da pressão arterial nos idosos e redução dos reflexos posturais, o que os predispõe à hipotensão ortostática. Uso de

fármacos como diuréticos, antidepressivos, vasodilatadores, betabloqueadores e maior frequência de insuficiência vascular cerebral podem também ocasionar hipotensão ortostática. A pseudo-hipertensão pode surgir em idosos com arteriosclerose pronunciada caracterizada por calcificação da parede arterial e enrijecimento tão pronunciado dos vasos que a insuflação do manguito é insuficiente para colabar a artéria braquial. Para identificação desse fato, utiliza-se a manobra descrita por Osler. Essa consiste em inflar o manguito do aparelho até níveis acima da PAS e concomitantemente palpar a artéria radial. Persistência da palpabilidade sugere rigidez da artéria e indica que o índice obtido pela ausculta não expressaria a verdadeira pressão arterial sistólica, obtida por medida intra-arterial. Esse diagnóstico também é sugerido quando a pressão arterial sistólica está elevada, porém o usuário não apresenta lesão em órgãos-alvos. A suspeita também deve ser lembrada diante de manifestações de hipotensão, após tratamento com medicamento anti-hipertensivo suave em dose baixa ((MINAS GERAIS, 2013, p.34).

5.4. Tratamento para a hipertensão arterial sistêmica

Em decorrência da alta morbimortalidade associada à HAS e dos custos elevados para o seu tratamento (principalmente o custo de suas consequências), torna-se imprescindível um diagnóstico e o tratamento adequados para a modificação da história natural da doença hipertensiva.

5.4.1. Tratamento não medicamentoso, abordagem multiprofissional e prevenção primária.

O tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo à sua dispensa. O tratamento não medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. (OLIVEIRA, 2011) (LOPES & MORAES, 2012).

Está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular.

Medidas de Maior Eficiência A hipertensão arterial primária não tem cura, mas o tratamento previne as complicações. Antes de prescrever a administração de medicamentos, é recomendável adotar medidas que estimulem hábitos de vida saudáveis.

Redução e/ou Controle de Peso

Hipertensos com excesso de peso devem emagrecer. O objetivo é atingir uma circunferência abdominal adequada (inferior a 94 cm nos homens e 80 cm nas

mulheres) e um índice de massa corporal (peso dividido pela a altura ao quadrado = P / H^2) inferior a 25 kg/m². A perda de 10 kg pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg, sendo a medida não-medicamentosa de melhor resultado. Uma dieta com baixa caloria e um aumento do gasto energético com atividades físicas, é fundamental para a perda de peso. (AMODEO; LIMA, 1996).

Padrão Alimentar Adequado

A dieta do hipertenso deverá ser pobre em sal e rica em potássio, magnésio e cálcio. A dieta pobre em sal (hipossódica), deverá restringir a ingestão diária de sal em 6 gramas (2,4 gramas de sódio), ou seja, 4 colheres rasas de café de sal para o preparo dos alimentos (4 gramas de sal), mais 2 gramas de sal próprio dos alimentos (evite: conservas, frios, enlatados, embutidos, molhos prontos, sopas de pacote, queijos amarelos, salgadinhos, etc.) (BRASIL, 2013).

Diminuição do Consumo de Álcool na verdade, bebidas alcoólicas não são recomendadas, mas se o paciente for consumi-las, a orientação é que não ultrapasse 30g de etanol/dia para homen e 15g/dia para mulheres (BRASIL, 2013).

CessaçãO do Hábito de Fumar O tabagismo aumenta muito o risco de complicações cardiovasculares em pacientes portadores de hipertensão arterial, logo, deverá ser abandonado (BRASIL, 2013)

Prática de Atividades Físicas As pessoas sedentárias apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão quando comparadas a pessoas fisicamente ativas. Das diversas intervenções não medicamentosas, o exercício físico está associado a múltiplos benefícios. Bem planejado e orientado de forma correta, quanto a sua duração e intensidade, pode ter um efeito hipotensor importante. Uma única sessão de exercício físico prolongado de baixa ou moderada intensidade provoca queda prolongada na pressão arterial (BRASIL, 2013)

Para tanto, faz-se necessário o trabalho em equipe multiprofissional, que inclui assistentes sociais, comunicadores, enfermeiros, educadores físicos, farmacêuticos, médicos, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem, secretárias e quaisquer profissionais que, segundo a opinião da equipe, possam contribuir para o alcance dos objetivos do grupo. É papel de essas equipes estimular e/ou implementar o tratamento não farmacológico isolado ou associado ao tratamento farmacológico.

5.4.2. Tratamento medicamentoso (níveis 3, 4 e 5 de intervenção)

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Em usuários hipertensos estágio 1, sem fatores de risco ou com baixo risco adicional de doença cardiovascular, o tratamento não medicamentoso isolado por até 6 meses se associa com controle da pressão arterial. Os demais usuários se beneficiam do tratamento não medicamentoso associado ao tratamento medicamentoso a partir do diagnóstico da HAS (Fonte: Extraído da 3ª edição da Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (MINAS GERAIS, 2013, p.53).

Os agentes anti-hipertensivos exercem sua ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da hipertensão arterial. Basicamente, podem ser catalogados em cinco classes.

Classes de anti-hipertensivos

- Diuréticos.
- Inibidores adrenérgicos.
- Vasodilatadores diretos.
- Antagonistas do sistema renina-angiotensina.
- Bloqueadores dos canais de cálcio.(BRASIL, 2006, p.29)

Entre os fármacos mais estudados e que se mostraram benéfico em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores estão os diuréticos em baixas doses. Considerando ainda o baixo custo e extensa experiência de emprego, são recomendados como primeira opção anti-hipertensiva na maioria dos pacientes hipertensos. Devem ser prescritos em monoterapia inicial, especialmente para pacientes com hipertensão arterial em estágio 1 que não responderam às medidas não-medicamentosas (BRASIL, 2006).

Entretanto, a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40% a 50% dos casos. Muitos pacientes necessitam a associação com anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da ECA, beta-bloqueadores, antagonista do cálcio. Para pacientes em estágio 2, pode-se considerar o uso de associações de fármacos anti-hipertensivos como terapia inicial. No Quadro 6 estão descritos os fármacos disponíveis na rede básica do SUS e respectiva posologia (BRASIL, 2006).

Quadro 6. Fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica do SUS.

Grupos e representantes	Dose diária (mg)	Intervalo de dose (h)	Riscos de emprego mais importantes
Diuréticos Tiazídicos Hidroclorotiazida	12,5 – 50	24	Hipocalemia, hiperuricemia
De alça Furosemida	20 – 320	12 – 24	Hipovolemia, hipocalemia
Antagonistas adrenérgicos Bloqueadores beta Propranolol	80 – 320	6 – 12	Em predispostos: broncoespasmo, doença arterial periférica, bradiarritmias
Antagonistas do SRA Inibidores da ECA Captopril Enalapril	80 – 320 12,5 – 150 5 – 40	6 – 12 12 – 24	Tosse, hipercalemia

Fonte: Hipertensão Arterial - Cadernos da Atenção Básica, Ministério da Saúde (2006)

A abordagem terapêutica do hipertenso

Estudos de desfechos clinicamente relevantes demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013), betabloqueadores (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013) inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) (Secretaria de Estado de Saúde de Minas, 2013) Gerais bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (BRA) (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013) e com antagonistas dos canais de cálcio (ACC) (Secretaria de Estado de Saúde de Minas, 2013) Gerais embora a maioria dos estudos utilizem associação de anti-hipertensivos. O controle da PA, independentemente da classe medicamentosa, associa-se com diminuição de morbimortalidade cardiovascular Fonte: Extraído da 3ª edição da Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (MINAS GERAIS, 2013, p.54).

5.5 A hipertensão arterial e Estratégia Saúde da Família

Para tanto o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família (ESF) aos portadores de HAS visa à efetivação da integralidade em saúde no sentido de possibilitar uma atuação em saúde mais contextualizada, resolutive na perspectiva da coresponsabilização de trabalhadores, usuários e suas famílias. As ações devem ser comuns a todos no planejamento e na promoção à saúde (ações educativas em relação à mudança do estilo de vida, fatores de risco e produção de material educativo), no treinamento de profissionais, no encaminhamento a outros profissionais, quando for necessário, nas ações assistenciais individuais e em grupo, na participação em projeto de pesquisa e no gerenciamento do programa. Assim ESF propõe-se a superar práticas estritamente curativas, fragmentadas, em que predominam a preocupação e a realização de procedimentos, utilização de equipamentos e reprodução de normas preestabelecidas, como o cuidado em si, que muitas vezes não atendem às necessidades de saúde das famílias e usuários (CAMARGO et al., 2013, p.866).

É indiscutível que a ESF contribui para a melhoria do acesso da comunidade aos serviços básicos de saúde. Além disso, tem modificado lentamente o modelo de atenção ao aproximar o serviço de saúde da população e introduzir noções de prevenção e promoção da saúde da família.

6 PLANO DE AÇÃO

A HAS por ser uma doença assintomática, deve ser pesquisada e investigada sistematicamente pelos profissionais das equipes de saúde.

Na ESF SESC, para este trabalho foi colocado como problema prioritário os seguintes determinantes da doença:

- Educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial;
- Uso incorreto de os medicamentos, pois a cada consulta eram prescritos novos medicamentos;
- Ausência de um tratamento com orientações dietéticas para mudança de hábitos alimentares;
- Falta de conhecimento da doença;

Para operação/projeto do Problema “Alta prevalência de pacientes hipertensos descompensados” foram selecionados os nós críticos abaixo:

- 1- Hábitos alimentares inadequados;
- 2- Educação insuficiente sobre hipertensão.
- 3- Falta de conhecimentos sobre a doença;
- 4- Carência assistencial da saúde;
- 5- Uso incorreto das medicações.

Quadro 7. Desenho de operações para os “nós críticos do problema” “Grande prevalência de pacientes hipertensos descompensados”

No crítico	Operação/pr objeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábito Alimentar inadequado	"Viver mais" Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir o número de pessoas sedentárias, tabagistas e obesas no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada; Campanha educativa na rádio local; Programa “alimento Saudável”.	Organizacional → organizar as caminhadas; Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc
Educação insuficiente sobre hipertensão	"Saber mais" Propor reuniões entre os usuários para tratar de assuntos relacionados à alimentação saudável	Diminuição dos valores das taxas de referência;	Programa orientação sobre os alimentos ideais; Projeto de criação da Horta com cultivo de hortaliças;	Cognitivo → conhecimento sobre o tema, elaboração e gestão de projetos para estimular novos hábitos alimentares; Político → mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial e aprovação do projeto da horta; Financeiro → financiamento do projeto da horta

Falta de conhecimentos sobre a doença	"Saber prevenir" Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de ser hipertenso	População mais informada sobre riscos a que os hipertensos estão expostos	Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão; Campanha educativa na rádio local; Capacitação dos ACS sobre a hipertensão.	Cognitivo →conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional →organização da agenda da equipe; Político → parceria da equipe, articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Carência assistencial da saúde	"Linha de Cuidado positiva" Implantar a linha de cuidado com hipertensão incluindo os mecanismos de referência e contra-referência.	Cobertura de 80% da população hipertensa	Implantação de Linha de cuidado Para hipertensos -Protocolos; assistenciais e -Regulação Recursos humanos capacitado; "Gestão da linha de cuidado".	Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político →articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais, decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro →recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Organizacional →adequação de fluxos (Referência e contrarreferência).
Uso incorreto das medicações	"Dose certa" Incluir o tema medicamento para hipertensão na unidade e visita domiciliar	População mais informada sobre como utilizar medicamentos para hipertensos	Programa de orientação sobre como e quando tomar medicamentos pelos ACS	Cognitivo →elaboração de projeto da dose certa; Político →articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional →adequação do tema na visita domiciliar.

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 8. Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos”: “Grande prevalência de pacientes hipertensos descompensados”

Operação/ Projeto	Recursos críticos
"Viver mais"	Político →conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial; Financeiro →para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
"Saber mais"	Político → mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial e aprovação do projeto da horta; Financeiro →financiamento do projeto da horta
"Saber prevenir"	Políticos→ parceria da equipe de saúde, articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Organizacionais→a organização da agenda da equipe.
"Linha de Cuidado positiva"	Político →articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais, decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro →recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
"Dose certa"	Político →articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 9. Análise de viabilidade do plano de ação.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
"Viver mais" Modificar hábitos de vida.	Político →conseguir o espaço na rádio local; Financeiro →para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.;	Setor de comunicação social Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
"Saber mais" Propor reuniões	Político →mobilização em torno das	Secretários de Saúde,	Favorável	Apresentar o

entre os usuários para tratar de assuntos relacionados à alimentação saudável	questões; Financeiro → financiamento do projeto de criação da Horta com cultivo de hortaliças;	Planejamento, Ação Social, Educação, Cultura e Lazer, Sociedade Civil, Defesa Social, Judiciário		projeto; Apoio dos envolvidos.
"Saber prevenir" Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de ser hipertenso	Político → articulação com a Secretaria de Educação	Secretaria de Educação	Favorável	
"Linha de cuidado positiva" Implantar a linha de cuidado com hipertensão incluindo os mecanismos de referência e Contrarreferência.	Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros → recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas).	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede
"Dose certa" Incluir o tema medicamento para hipertensão na unidade e visita domiciliar	Político → articulação entre os setores assistenciais da saúde e equipe multidisciplinar	Secretário Municipal de Saúde, profissionais do NASF, ACS	Favorável	

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 10. Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo

<p>"Viver mais" Modificar hábitos de vida.</p>	<p>Diminuir o número de pessoas sedentárias, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano.</p>	<p>Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; programa "alimento saudável".</p>	<p>Apresentar o Projeto Apoio da equipe multidisciplinar.</p>	<p>Gerente Médico Enfermeiro</p>	<p>03 meses para iniciar as atividades</p>
<p>"Saber mais" Propor reuniões entre os usuários para tratar de assuntos relacionados à alimentação saudável</p>	<p>Diminuição dos valores das taxas de referência;</p>	<p>Programa orientação sobre os alimentos ideais: Projeto de criação da Horta com cultivo de hortaliças;</p>	<p>Apresentar o projeto Apoio das associações.</p>	<p>Médico Enfermeiro</p>	<p>Apresentar o projeto em três meses; início das atividades: nove meses; três meses para início das atividades</p>
<p>"Saber prevenir" Brindar informação na população sobre os riscos de ser hipertenso</p>	<p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de ser hipertenso</p>	<p>População mais informada sobre riscos a que os hipertensos estão expostos</p>	<p>Apresentar o projeto Apoio da equipe multidisciplinar.</p>	<p>Médico Enfermeiro</p>	<p>Início em quatro meses e término em seis meses; avaliações a cada semestre;</p>
<p>"Linha de cuidado positiva" Implantar a linha de cuidado com hipertensão incluindo os mecanismos de referência e Contrarreferência.</p>	<p>Pacientes com melhor qualidade de vida</p>	<p>Cobertura de 80% da população hipertensa</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede</p>	<p>Médico Enfermeiro e Técnica de enfermagem</p>	<p>Início em quatro meses e finalização em oito meses.</p>
<p>"Dose certa"</p>	<p>População mais</p>	<p>Programa de</p>		<p>Médico, Enfermeiro</p>	<p>Início em três meses</p>

Incluir o tema medicamento para hipertensão na unidade e visita domiciliar	informada sobre como utilizar medicamentos para hipertensos	orientação sobre como e quando tomar medicamentos pelos ACS		iro, Técnica de enfermagem e ACS	e finalização em 12 meses
--	---	---	--	----------------------------------	---------------------------

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 11. Gestão do plano “Grande prevalência de paciente hipertensos descompensados”

Acompanhamento das operações/projeto					
Operação "Viver mais"					
Coordenação: Educador físico e nutricionista					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada Orientada e orientação sobre alimentos	Educador físico e Nutricionista	03 meses	Programa a ser implantado	Disponibilidade dos usuários para o plantio e cuidado	03 meses
Campanha educativa na rádio local	Gerente	03 meses	A ser definido	Formato e duração do programa definidos; Conteúdo definidos; Falta definição de horário pela emissora Local.	03 meses
Projeto “Caminhada”	Educador físico	03 meses	Projeto ainda em discussão com o setor.	Disponibilidade dos usuários para o plantio e cuidado	03 meses
Operação "Saber mais"					
Coordenação: Enfermeiro					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Projeto "Hortaliças"	Assistência social	05 meses	Famílias-alvo do Projeto identificadas;		

			Projeto definido e elaborado (construção da horta)		
ACS ligado	Enfermeiro e médico	2 meses	Parceiros identificados e sensibilizados; Fase de elaboração de Projetos.		
Operação "Saber prevenir" Coordenação: José Ribeiro dos Santos – Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
"Campanha educativa na rádio local.	Gerente e Enfermeiro	05 meses	Projeto elaborado	Falta definição de horário pela emissora local.	03 meses
Capacitação dos ACS Sobre a hipertensão.	Médico	03 meses	Parceiros identificados e sensibilizados	Formato e duração do programa definidos; conteúdos definidos	01 mês
Operação "Linha de Cuidado positiva" Coordenação: Enfermeiro e médico					
Produtos	Responsável		Prazo Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Protocolo de cuidado para hipertensos "Gestão da linha de cuidado".	Médico Enfermeiro Técnica de enfermagem e ACS	02 meses	Programa de capacitação elaborado;	Formato e duração do programa definidos; conteúdos definidos	01 mês
Operação "Dose certa" Coordenação: Enfermeiro e ACS					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo

Programa de orientação sobre como e quando tomar medicamentos pelos ACS	ACS	03 meses	Projeção de início das visitas para o mês seguinte	Formato e duração do programa definidos; conteúdos definidos	
Produção do material	Médico Enfermeiro	02 meses	Projeto elaborado		

Fonte: Autoria Própria (2015)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica representa um grave problema de saúde. Isso não se deve apenas à elevada prevalência, mas também a grande parcela de indivíduos hipertensos não diagnosticados e tratados inadequadamente, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. Conclui-se que a elaboração deste plano de ação para orientação da população da área de Cristina C foi extremamente importante para organização das ações da equipe multiprofissional, juntamente com os parceiros.

Evidencia-se a necessidade de melhorar as práticas relativas à gestão do serviço por todos os atores envolvidos no processo - médico, agentes, auxiliar, enfermeiros e usuários. Essa melhora consiste na habilidade de avaliar os problemas encontrados e prover os recursos necessários a fim de garantir a integralidade da atenção, por meio de redes assistenciais, respeitando-se a interdependência entre atores e organizações, uma vez que nenhuma delas possui a totalidade dos recursos necessários para a resolução dos problemas de uma população em seu ciclo de vida.

O plano buscou apontar ações que possibilitassem a modificação dos hábitos e estilo de vida da população, aumentassem o nível de informação sobre a Hipertensão Arterial não só entre os pacientes e familiares, mas também entre a população em geral, aliado a reestruturação dos serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.

A equipe espera como principal resultado, um controle satisfatório da doença e redução dos novos casos de Hipertensão Arterial dentro da área de abrangência. Vale ressaltar que a não adesão do paciente ao tratamento e o desconhecimento dos fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica tem constituído como um grande desafio para os profissionais de saúde envolvidos, demonstrando-se a necessidade da implementação e execução de ações mais efetivas nas atividades educativas, contribuindo à promoção de saúde e prevenção da doença.

REFERÊNCIAS

AMODEO, C.; LIMA, N, K, C. Tratamento Não-Medicamentoso da Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Medicina. Ribeirão Preto – SP, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em 07 de março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.152p. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/76/553a24a6b0a01.pdf>>. Acesso em 07 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em 08 de março de 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília [online], 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=>>>. Acesso em: outubro de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em jan. 2016.

CAMARGO, R. A. A. de; ANJOS, F. R. dos; AMARAL, M. F. do. Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. **Rev Min Enferm.** 2013 out/dez; 17(4): 864-872. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/892>>. Acesso em 08 de março de 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 23 julho 2015.

CHOBANIAN AV, BAKRIS GL, BLACK HR, ET AL. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. **JAMA.** 2003;289(19):2560-2571. Disponível em: <<http://hyper.ahajournals.org/content/42/6/1206.long>>. Acesso em 08 mar. 2016.

CIPULLO, J.P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 94, n. 4, p. 519-526, Apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2010000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de março de 2016.

LOPES, L.O.; MORAES, E.D. Tratamento não-medicamentoso para hipertensão arterial. Pós-graduação de Enfermagem em Cardiologia do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL. 2012. Disponível em: <https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682941.pdf>. Acesso em 08 de março de 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica;** Belo Horizonte 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf>. Acesso em outubro 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD; INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS – IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano No Brasil. Perfil Municipal – **Santa Luzia/MG.** Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/santa-luzia_mg>. Acesso em 17/03/15.

SANTA LUZIA. Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Cultura, 2013. Disponível em: <http://www.santaluzia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/01/PMC-Santa-Luzia-MG-Vers%C3%A3o-Final-2.pdf-oficial.pdf>. Acesso em 17/03/15.

SANTOS FPA, NERY AA, MATUMOTO S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev Escola Enferm USP.** 2013;47:107-14.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept.

2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2007001500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 mar. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO - SBH; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2010001700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso jan. 2016.

WESCHENFELDER MAGRINI, D.; GUE MARTINI, J.. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enferm. glob. Murcia**, v. 11, n. 26, abr. 2012 . Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695412012000200022&lng=es&nrm=iso>.