

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

VIRGEN MARIA LICOR CRUZ

**CONTROLE INADEQUADO DE HIPERTENSOS COM FATORES DE
RISCO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF V MUNICÍPIO CAPITAO
ENEAS-MG.**

CAPITAO ENEAS/ MG

2016

VIRGEN MARIA LICOR CRUZ

**CONTROLE INADEQUADO DE HIPERTENSOS COM FATORES DE
RISCO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF V MUNICÍPIO CAPITAO
ENEAS-MG.**

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

Orientadora: Prof. Thabata Coaglio Lucas

CAPITAO ENEAS/ MG

2016

VIRGEN MARIA LICOR CRUZ

**CONTROLE INADEQUADO DE HIPERTENSOS COM FATORES DE
RISCO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF V MUNICÍPIO CAPITAOL
ENEAS-MG.**

Banca examinadora

Examinador 1: Thabata Coaglio Lucas, Orientadora (UFVJM)

Examinador 2: Gabriela de Casia Ribeiro, Examinadora (UFVJM)

Aprovado em Belo Horizonte em: -----2016.

DEDICATÓRIA

A minha família, pais, esposo, filhos. Eles serão responsáveis pelo sucesso obtido e cada degrau avançado, pelo tempo de nossas vidas. Durante todos esses anos vocês foram para mim um grande exemplo de força, de coragem, perseverança e energia infinita para que nunca desistir ante ao primeiro obstáculo encontrado. Vocês são e sempre serão heróis e, simplesmente, aquele aquém mais amou. Obrigada por estarem sempre me acompanhando. Vocês ensinaram-me lições para toda a vida.

AGRADECIMENTOS

À meus colegas de trabalho do posto de saúde de Santana da Serra, por fazer de este ano de trabalho uma experiência muito interessante e boa na minha formação.

As professoras Ana Cristina Couto Amorim e Renata, por toda a orientação e conhecimento transmitido.

A este irmão país do Brasil por me dar a oportunidade de compartilhar suas experiências na saúde.

A professora Thabata Coaglio Lucas por me ajudar para fazer as correções necessárias do meu trabalho.

A os pacientes da comunidade de Santana da Serra por me ter paciência e compreensão sobre todo na hora da comunicação, muito obrigada.....

“O futuro pertence a aquele que acredita na beleza dos seus sonhos”

Eleanor Roosevelt

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica ou pressão alta é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações como obesidade. Cerca de 20% da população brasileira é portadora de hipertensão arterial sistêmica, sendo que 50% da população com obesidade têm a doença. A Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde de Santana Da Serra , do município de Capitão Eneas de Minas Gerais é responsável por 526 famílias, o que representa uma população de 1644 pessoas. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção a fim de promover o controle adequado dos hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde de Santana da Serra do município Capitão Eneas–Minas Gerais. De acordo com o diagnóstico situacional da área de abrangência dessa equipe, identificou-se como problema principal para enfrentamento o elevado número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica cujos nós críticos são: hábitos e estilos de vida dos pacientes, nível de informação da população, estrutura dos serviços de saúde, processo de trabalho da equipe de saúde do trabalho inadequado para enfrentar o problema. Espera-se com este trabalho de intervenção, com a participação da população, do setor da educação e da equipe de saúde da Unidade de Saúde de Santana da Serra , do município Capitão Eneas aumentar o controle ou adesão dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, reduzindo a morbimortalidade na área. Para a gestão do plano realizaram-se reuniões mensais com a equipe da saúde para avaliação das operações propostas após 6 meses do início do projeto. Considera-se que o método utilizado surtirá efeito a partir do momento que a população se conscientizar que adesão tratamento e prevenção e o melhor plano de intervenção no processo de controle de morbimortalidade da doença.

Palavras-chave: Hipertensão, Morbimortalidade. Doença.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension or high blood pressure is a disease characterized by elevated blood pressure levels. It is a metabolic syndrome usually accompanied by other changes such as obesity. About 20% of the Brazilian population has systemic arterial hypertension, and 50% of the populations with obesity have the disease. The Family Health Team of the Santana of the Serra Unit in the municipality of Capitaó Eneas-Minas Gerais is responsible for 526 families, representing a population of 1644 people. This study aims to elaborate an intervention plan in order to promote the adequate control of the hypertensive patients residing in the area of coverage of the New Health Unit of the municipality of Capitaó Eneas -Minas Gerais. According to the situational diagnosis of the area covered by this team, it was identified as a main problem to address the high number of patients with systemic arterial hypertension whose critical nodes are: habits and lifestyles of patients, level of information of the population, Structure of health services work team health work process inadequate to address the problem. This work is expected to increase the control or adherence of patients with systemic arterial hypertension, with the participation of the population, the education sector and the health team of the Santana of the Serra Health Unit, in the municipality of Capitaó Eneas a, reducing morbimortality in the area. For the management of the plan, monthly meetings were held with the health team to evaluate the proposed operations 6 months after the start of the project. It is considered that the method used will take effect from the moment the population becomes aware that adherence treatment and prevention and the best intervention plan in the process of controlling the disease morbimortality.

Key words: Hypertension. Morbimortality. Disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Equipe de saúde da família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica

SUMÁRIO

1-Introdução.....	6
2-Juatificativa.....	15
3-Objetivos gerais e específicos.....	17
4-Metodologia.....	18
5-Referencial Teórico.....	20
6-Proposta de intervenção.....	27
7-Considerações finais.....	38
8-Revisões bibliográficas.....	40

1. INTRODUÇÃO

O Município de Capitão Enéas surgiu quando uma expedição organizada pelo Capitão Antônio Gonçalves Figueira buscava ligar Montes Claros ao rio Gorutuba e aos currais da Bahia. A expedição alcançava a região próxima a Serra do Catuni, às margens de uma pequena lagoa, (IBGE, 2012). Ali, o capitão e seus homens montaram acampamento e ergueram uma cruz, marcando o futuro município de Brejo das Almas, atual Francisco Sá. (IBGE, 2012).

A chamada Burarama de Minas, distrito de Francisco Sá, em 03 de março de 1962 foi emancipada, (IBGE, 2012). Da legalização encarregou-se o Deputado Jorge Vargas, que junto ao governador José de Magalhães Pinto não teve dificuldade de fazer aprovar o Projeto de Lei No 2.189/65, na Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais. Tal projeto que se fez lei, publicado no “Minas Gerais” de 15 de setembro de 1965, autorizou definitivamente a mudança do nome Burarama de Minas para “Capitão Enéas” , (IBGE, 2012).

Capitão Enéas localiza-se ao Norte de Minas Gerais, na área do alto-médio São Francisco, a 471 km de Belo Horizonte, 58 km de Montes Claros, via asfalto (BR 122/BR 135). Limita-se com os municípios de Montes Claros, Francisco Sá, Janaúba e São João da Ponte, via de acesso na qual se encontra em processo de pavimentação e sua área total é de 971, 583 km² (IBGE, 2012).

O clima predominantemente na região é o tropical semi árido, quente e seco, com temperaturas que chegam aos 40º graus, (IBGE, 2012).

Seu bioma é o serrado, e por apresentar características semelhantes ao Nordeste, o Norte de Minas foi incluído no polígono das secas. O município é constituído de 2 distritos: Caçarema e Santana da Serra; 2 povoados: Orion e Virgilândia; e por 7 comunidades rurais: Serrote e Mocambo, Barra do Córrego, Barreiro de Dentro, Malhada Real, Poção, e Poço do Pedro. Capitão Enéas possui uma população estimada de 14.372 habitantes, sendo que 7.203 são do sexo masculino e 7.003 do sexo feminino, (Sociedade Brasileira de Cardiologia 2016). A população da área urbana corresponde a 11.520 habitantes, o equivalente a 81,09% do número total,

e na zona rural são 2.686, que corresponde a 18,91%. A densidade demográfica do município é 14,62 hab./km². (IBGE, 2012).

No que se refere à estrutura sanitária, a rede geral de abastecimento de água é predominante, sendo esta proveniente da COPASA. As instalações sanitárias estão ligadas à fossa séptica (74,6%), rede geral de esgoto (20,01%) e céu aberto (5,39%) em 100% das residências, (IBGE, 2012). O lixo é coletado em 78,78%, sendo o restante queimado, enterrado ou mesmo a céu aberto. O índice de iluminação pública proveniente da Cemig é de 97,89%.

A população é predominante rural e tem como sua maior fonte de renda a lavoura e pecuária, sendo essas para comercialização e consumo próprio.

A morbimortalidade da população está relacionada, sobretudo, com doenças crônico-degenerativas. A maioria da população é portadora de cardiopatias relacionada a doença de Chagas.

As principais atividades econômicas desenvolvidas são a agropecuária. As atividades industriais estão ligadas à indústria metalúrgica do grupo RIMA, empresa de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), Mar luvas e Calçados de Segurança LTDA, responsáveis por gerar emprego e renda no município.

Além dessas atividades, a população dispõe de fontes de renda provenientes de atividades comerciais e do exercício de funções públicas. E as famílias vulneráveis são assistidas por programas sociais do Governo. A renda per capita média mensal da população economicamente ativa de 10 anos ou mais de idade é de R\$ 510,00 (IBGE, 2010). Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego foram realizadas 587 admissões de trabalhadores formais com carteira assinada em 2012 (IBGE (2012)).

O crescimento populacional esperado para a população de Capitão Enéas é de 1,1%, segundo o Censo IBGE, 2010. A estrutura etária do município mostra uma inversão da tendência até então vigente da população jovem crescente em relação à população adulta e idosa, revelando-se o padrão mundial, cuja base da pirâmide está cada vez menor e o ápice crescente (IBGE 2010). O quadro 1 apresenta a distribuição da população por faixa etária no ano de 2012.

O quadro no 1 mostra que a maior quantidade de população encontra se entre os grupos de idades de 20 – 29 com um total de 2437 pessoas prevalecendo o sexo masculino, seguido de a faixa etária de 30 – 39 com um total de 1878 pessoas predominando neste rango de idade o sexo feminino, em resumem temos uma população de 14206 pessoas predominando o sexo masculino.Com predomínio alem de uma população geralmente jovem.

Quadro 1 - Distribuição da População por Faixa Etária. Capitão Enéas, 2012

Faixas Etarias	Homens	Mulheres	Total
0-4	590	570	1160
5-9	726	705	1431
10-19	833	807	1640
15-19	871	779	1650
20-29	1252	1185	2437
30-39	910	968	1878
40-49	854	774	1628
50-59	562	552	1114
60-69	332	351	683
70-79	196	214	410
80 +	77	98	175
total	7203	7003	14206

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas.

Quanto à escolarização, o município apresenta taxa de analfabetismo da população acima de 15 anos superior a 18,3%, segundo dados divulgados pelo IBGE em 2010, o que equivale a cerca de 1820 pessoas, (IBGE, 2012). A rede pública de ensino é composta por 17 instituições, sendo 12 escolas Municipais dentre elas 06 CEMEIS (Centro Educacional Municipal de Ensino Infantil) e 05 estaduais que fazem parte da área de abrangência das Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF) que cobrem todo o município de Capitão Enéas.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é paritário e ativo, representado pelos usuários de saúde, presidente o secretário municipal de saúde. As reuniões são realizadas mensalmente na sede da Secretaria Municipal de Saúde, para discutir, votar e deliberar assuntos da Saúde, com registro das reuniões em ata. Eventualmente os conselheiros são convocados para reunião extraordinária. O CMS apresenta-se até o atual momento sem uma sede própria, ou seja, a inexistência de uma sala com secretária, computador, impressora, armários, mesas e cadeiras para uma melhor representatividade e acolhimento para seus representantes. No que se refere ao Fundo Municipal de Saúde, no ano 2012 o município recebeu um total de 2 236 610, 30 reais distribuídos nos diferentes programas (Sociedade Brasileira de Cardiologia 2016).

Quanto ao Sistema de Referência e Contra referência as Redes de Média e Alta Complexidade do município fazem parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde, onde são atendidas as consultas especializadas. O Consorcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Francisco Sá (CISMFS) fundado em 1996 agregando 06 municípios: Botumirim, Capitão Enéas, Cristália, Francisco Sá, Grão Mogol e Josenópolis. Em relação a outros recursos da comunidade contamos com uma clinica chamada A Santa Casa, com serviço de urgência complementado com o SAMU, para internação hospitalaria não contamos com hospitais, utiliza clinicas conveniadas da cidade de Francisco Sá. O hospital possui um laboratório clinico para estudos científicos e práticos.

Em relação às escolas existem duas escolas municipais estaduais, creches; chamadas CEMI, são dois municipais; igrechas no total 09, 04 catolicas e 05 evangélicas.

O vínculo empregatício dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do município ocorre por meio de contrato de trabalho, cuja renovação ocorre a cada 06 meses, sendo a carga horária de 40 h semanais. O quadro de profissionais da APS conta atualmente com 9 médicos, 8 dentistas, 14 enfermeiros, 5 técnicos de saúde bucal, 4 técnicos de enfermagem e 44 ACS.

No que se refere aos serviços existentes o município possui: luz elétrica em todas as residências; água não potável sendo que a maior parte possui abastecimento por rede pública. Existem outras fontes como: nascentes, rios e poços artesianos.

No que se refere à Unidade Básica de Saúde (UBS) ela é composta por 29 profissionais sendo: 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar de consultório dentário, 08 agentes comunitários de saúde, 03 fisioterapeutas, 01 recepcionista, 02 motoristas, 03 auxiliares de serviço geral e 01 psicólogo.

Vale ressaltar que tanto o psicólogo quanto os fisioterapeutas estão disponíveis uma vez por semana na sede da ESF e em seus respectivos pontos de apoio. O horário de trabalho: a maioria compre carga horária de 8 h diária, totalizando 40 h semanais.

Cabe ressaltar ainda que a comunidade é de difícil acesso devido à localização, encontrasse ubicada em lugar bem intrincado em zona rural , e a UBS encontra se insertada na Avenida Padre Silvestre , s/nro, Distrito de Santana da Serra \ Capitão Eneas .Os meios de transporte são a traves de ônibus e transporte particulares , motos, a traves de uma estrada de terra de condições precárias, sem asfalto.

No que se refere aos recursos materiais, à área de abrangência da ESF V é composta por 01 UBS-Sede e 02 demais como pontos de apoio, ambas possuem: 01 recepção, 02 banheiros para pacientes, 01 almoxarifado, 01 sala de reunião, 01 posto de coleta, 01 sala de preparo, 01 sala ginecológica, 01 consultório médico, 01 sala de curativo, 01 sala de odontologia, 01 sala de vacina, 02 salas para esterilização, 01 lavanderia, 01 dml, 01 farmácia, 02 banheiros para profissionais e 01 copa.

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF V Santana da Serra, realizado no ano de 2016, foram identificados os seguintes problemas, por ordem de priorização:

- 1- Inadequado controle de pacientes hipertensos com fatores de risco associados.
- 2- Alta incidência de doenças infecciosas transmitidas por o consumo de água não tratada.
- 3- Incidência de captações tardias das gestantes.
- 4- Numero elevado de pacientes com uso de medicamentos para depressão com tratamentos de longa duração e que não assistem a controle.

Quanto às doenças crônicas degenerativas, podemos apreciar no quadro numero 2 como se comportam em o município Capitão Eneas.Sendo mais frequente a Hipertensão Arterial Sistêmica nas idades por acima de 15 anos,seguida das Hiperlipoproteinemias , com mais frequência também depois dos 15 anos de idade, vai seguida da Diabetes Mellitus,Chagas,e doenças Cardiovasculares com maior frequência sobre os 15 anos de idade da população,alem da Doença Renal Crônica e Doença Cerebrovascular nesse ordem,mantendo se mais frequente nas idades por acima dos 15 anos.

Quadro 2 : Distribuição das principais doenças crônico degenerativas da cidade de Capitão Enéas/MG(2012) .

Doenças Crônicas	Hiperlipoproteinemias	Doença Cardio Vascular	Doença de Chagas	Diabetes Mellitus	Acidente Cérebro Vascular	Hipertensão Arterial	Doença Renal Crônica
0-4 anos			3				2
15 e mais	46	30	38	41	5	343	16
Total	46	30	41	41	5	343	18

Fonte: SIAB.EXE

O quadro numero 3 representa os principais problemas encontrados em o ESF no V, Walter Jose Abreu, pertenciente a área de saúde de Santana da Serra, Município Capitão Eneas\MG.Mostrando que a Hipertensão arterial e uma doença de alta incidência , mesmo assim a alta incidência de doenças trasmisiveis pelo consumo de água não tratada , outro dos problemas que precisamos tratar com uma incidência media mais não menos importante e a atenção pré-natal tardia e a crescente quantidade de pacientes com tratamento com remédios para depressão,vamos manejar um de cada uno dos nossos problemas estabelecendo um plano de ação y atuando junto a comunidade e as direções pertinentes.

Quadro 3: Principais problemas encontrados no ESF no V , Walter Jose Abreu de Santana da Serra/MG.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Inadequado controle de pacientes hipertensos com presença de fatores de risco associados.	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de doenças infecciosas transmitidas por o consumo de água não tratada.	Alta	5	Parcial	2
Incidência de captações tardias das gestantes.	Media	4	Parcial	3
Número elevado de pacientes em uso de medicamentos para	Media	4	Parcial	4

depressão com tratamentos de longa duração e que não assistem a controle.				
---	--	--	--	--

Dessa forma como observado no Quadro 3 a equipe selecionou como problema prioritário para enfrentamento, *o inadequado controle de pacientes hipertensos com presença de fatores de risco associados.*

A equipe selecionou como “*Nós Críticos*” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual tem possibilidade de ação mais direta e que pode ter um importante impacto sobre o problema priorizado.

- 1- Hábitos e estilos de vida dos pacientes.
- 2- Nível de informação.
- 3- Estrutura dos serviços de saúde.
- 4- Processo de trabalho da equipe de saúde.
- 5- Falta de estratificação de risco

2. JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde (ESF no V, de Santana da Serra), realizou um diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo *o inadequado controle de pacientes hipertensos com fatores de risco associados*, o problema priorizado.

Tal escolha pode ser justificada devido à alta incidência de pacientes com pressão arterial alta que apresentam os seguintes fatores de risco associados: *dislipidemias, tabaquismo, sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares inadequados*.

O acompanhamento efetivo dos usuários é um dos requisitos mais difíceis de concretizar na educação em Saúde, seja pela distância física entre os usuários e os serviços de saúde, seja pelas dificuldades referidas pelos profissionais para alcançar esses pacientes em sua residência ou, ainda, pela pouca compreensão dos pacientes acerca da HAS. Ainda são fortemente atrelados a fatores de vulnerabilidade social, como baixa escolaridade e desvinculação da equipe de saúde (SOUZA *et al.*, 2014).

Alem desta avaliação podemos notar que a população não tem uma consciência coletiva em relação a os níveis elevados de pressão arterial e o que isso pode ocasionar no organismo. É necessário que criemos em nossos pacientes uma conscientização de sua própria saúde para que os mesmos se sintam capazes e estimulados em cuidar dela. A educação ao paciente pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro.

Cabe ressaltar ainda que, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um grave problema de saúde pública, com uma prevalência de 20 a 25% na população maior de 18 anos, o que aumenta com a idade. Esta síndrome é uma das mais importantes causas da morbidade e mortalidade universal, e um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva (SOUZA *et al.*, 2014).

Ação desenvolvida na atenção primária podem ser muito efetivas para a manutenção de um bom nível de saúde, formação de grupos para ações educativas, seguimento regular, garantir o fornecimento da medicação, acompanhamento pela

equipe multidisciplinar, modificar os fatores de risco, aumentar o nível de informação da população sobre a importância de manter normais os níveis de pressão arterial para evitar assim danos em órgãos como cérebro, rins, olhos e coração.

E de vital importância manter a compensação da pressão arterial dos pacientes para evitar assim um incremento da mortalidade pelas doenças cardiovasculares e cerebrovasculares que são umas das primeiras causas de morte não só na nossa comunidade si não em Brasil e o resto do mundo.

A equipe após análise da situação levantada considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

Elaborar um projeto de intervenção para o adequado controle de pacientes hipertensos com fatores de risco associados presentes na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Santana da Serra\Capitão Enéas\Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar de visitas domiciliares a fim de facilitar o alcance dos hipertensos em suas residências;
- Aumentar o numero de consultas de demanda agendada para acompanhamento de pacientes portadores de HAS;
- Realizar grupos de educação em saúde para pacientes com HAS
- Trabalhar sobre os fatores de risco modificáveis.
- Identificar os fatores de risco dos indivíduos diagnosticados com Hipertensão Arterial.

4.0 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. (BOTELHO 2014).

A partir da seleção e análise de determinados critérios. Na UBS o problema identificado foi (Elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial). Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção de dados. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano.

Identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Também for realizada uma revisão bibliográfica em periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na base de dados Scientific Electronic Library Online

(Sci ELO). Foram utilizados os seguintes descritores: *Hipertensão, Fatores de risco, Promoção da saúde*.

5.0 REFERENCIAL TEORICO

A HAS é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações como obesidade. Cerca de 20% da população brasileira é portadora de HAS, sendo que 50% da população com obesidade têm a doença. Hoje a HAS é a principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016).

A prevalência de HA no Brasil varia de acordo com a população estudada e o método de avaliação.

A HAS aumenta significativamente o risco de Cardiopatia Isquêmica, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVE), Doença Arterial Periférica e outras Doenças Cardiovasculares (DCV) incluindo Insuficiência Cardíaca, Aneurisma da Aorta, Aterosclerose e Embolia Pulmonar. A HAS constitui ainda um fator de risco para a Insuficiência Renal Crônica e para os transtornos cognitivos como perturbações da memória e períodos de confusão e mesmo Demência, (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016).

Numa análise de 40 estudos transversais e de coorte incluídos mostraram tendência à diminuição da prevalência nas últimas três décadas, de 36,1% para 31,0%.¹⁰ Estudo com 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras observou prevalência de HA em 35,8%, com predomínio entre homens (40,1% VS 32,2%). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016).

. Dados do VIGITEL (2006 a 2014) indicam que a prevalência de HA autorreferida entre indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais, variou de 23% a 25%, respectivamente, sem diferenças em todo o período analisado, inclusive por sexo. Entre adultos com 18 a 29 anos, o índice foi 2,8%; de 30 a 59 anos, 20,6%; de 60 a 64 anos, 44,4%; de 65 a 74 anos, 52,7%; e ≥ 75 anos, 55%. O Sudeste foi a região com maior prevalência de HA autorreferida (23,3%), seguido pelo Sul (22,9%) e Centro-Oeste (21,2%). Nordeste e Norte apresentaram as menores taxas, 19,4% e 14,5%, respectivamente.¹²

Em 2014, a PNS mediu a PA de moradores selecionados em domicílios sorteados, utilizando aparelhos semiautomáticos digitais, calibrados. Foram realizadas três medidas de PA, com intervalos de dois minutos, considerando-se a média das duas últimas, inseridas em *smartphone*. A prevalência geral de PA $\geq 140/90$ mmhg foi 22,3%, com predomínio entre os homens (25,3% VS 19,5%), variando de 26,7% no Rio de Janeiro a 13,2% no Amazonas, com predomínio na área urbana em relação à rural (21,7% VS 19,8%).

A maioria dos casos de HAS não apresenta uma causa aparente facilmente identificável, sendo conhecida como hipertensão essencial. Uma pequena proporção dos casos de HAS é devida a causas muito bem estabelecidas, que precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou curar a HAS. É a chamada hipertensão secundária. No nível de atenção básica, a equipe de saúde deve estar preparada para diagnosticar, orientar e tratar os casos de hipertensão essencial, que são a maioria. Por outro lado, os casos suspeitos de hipertensão secundária deverão ser encaminhados aos especialistas.

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS apontam significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013, (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A definição mais aceita hoje em dia sobre hipertensão é a seguinte: Normotensos: pressões menores ou iguais a 120/80 mmhg; Pré-hipertensos: Pressões entre 121/81 – 139/89 mmhg. E, hipertenso grau: Pressões entre 140/90 – 159/99 mmhg hipertenso grau II: Pressões maiores ou iguais a 160/100 mmhg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Uma vez feito o diagnóstico da hipertensão, todos os doentes devem se submeter a mudanças de estilo de vida antes de se iniciar terapia com medicamentos. As principais mudanças são: redução de peso; iniciar exercícios físicos; abandonar cigarro, reduzir o consumo de álcool, reduzir consumo de sal, reduzir consumo de gordura saturada, aumentar consumo de frutas e vegetais.

Sabe-se que, dificilmente uma pessoa com níveis pressóricos muito altos (maior que 160/100 mmHg) atinge o controle da hipertensão sem a ajuda dos remédios. Todavia, nas hipertensões leves, há casos em que apenas com controle do peso, dieta apropriada e prática regular de exercícios conseguem-se o controle da pressão arterial. O problema é que, a maioria dos pacientes não aceitam mudança nos hábitos de vida e acabam tendo que utilizar medicamentos para controlar a PA.

O controle dos fatores de risco pode contribuir para melhorar a incidência de HAS sem ter que levar a um tratamento medicamentoso. Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada ao:

- a) Aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos;
- b) Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada ao: i) aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos; ii) aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8%.¹⁹ Meta-análise de estudos realizados no Brasil incluindo 13.978 indivíduos idosos mostrou 68% de HA. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016).
- c) A prevalência de HAS autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior em mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%), mas não nos brancos (22,1%). O estudo Corações do Brasil observou a seguinte distribuição: 11,1% na população indígena, 10% na amarela, 26,3% na pardo-mulata; 29,4% na branca e 34,8% na negra. ²¹ O estudo ELSA-Brasil mostrou prevalências de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros.¹¹, Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016) .

No Brasil, dados do VIGITEL de 2014 revelaram, entre 2006 e 2014, aumento da prevalência de excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$), 52,5% VS 43%. No mesmo período, obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em

indivíduos de 35 a 64 anos e mulheres (18,2% VS 17,9%), mas estável entre 2012 e 2014 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016)

Além disso, no Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), obtidos em 55.970 domicílios, mostraram disponibilidade domiciliar de 4,7 g de sódio /pessoa/dia (ajustado para consumo de 2.000 Kcal), excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia), menor na área urbana da região Sudeste, e maior nos domicílios rurais da região Norte.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016).

O consumo excessivo de sódio, um dos principais FR para HA, associa-se a eventos CV e renais. No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), obtidos em 55.970 domicílios, mostraram disponibilidade domiciliar de 4,7 g de sódio /pessoa/dia (ajustado para consumo de 2.000 Kcal), excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia), menor na área urbana da região Sudeste, e maior nos domicílios rurais da região Norte.

O impacto da dieta rica em sódio estimada na pesquisa do VIGITEL de 2014 indica que apenas 15,5% das pessoas entrevistadas reconhecem conteúdo alto ou muito alto de sal nos alimentos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Ingestão de álcool

Consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de formas consistente. Meta-análise de 2012, incluindo 16 estudos com 33.904 homens e 19.372 mulheres comparou a intensidade de consumo entre abstêmios e bebedores. 25 Em mulheres houve efeito protetor com dose inferior a 10g de álcool/dia e risco de HA com consumo de 30-40g de álcool/dia. Em homens, o risco aumentado de HA tornou-se consistente a partir de 31g de álcool/dia.

Dados do VIGITEL, 2006 a 2013, mostram que consumo abusivo de álcool – ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias - tem se mantido estável na população adulta, cerca de 16,4%, sendo 24,2% em homens e 9,7%

em mulheres. Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os mais jovens e aumentou com o nível de escolaridade. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016).

Estudo de base populacional em Cuiabá, MT, (n = 1.298 adultos ≥ 18 anos) revelou prevalência geral de sedentarismo de 75,8% (33,6% no lazer; 19,9% no trabalho; 22,3% em ambos). Observou-se associação significativa entre HA e idade, sexo masculino, sobrepeso, adiposidade central, sedentarismo nos momentos de folga e durante o trabalho, escolaridade inferior a oito anos e renda *per capita* < 3 salários mínimos. 26

No que se refere aos fatores socioeconômicos, sabe-se que, adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HA autorreferida (31,1%).(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016).

A proporção diminuiu naqueles que completam o ensino fundamental (16,7%), mas, em relação às pessoas com superior completo, o índice foi 18,2%.26. No entanto, dados do estudo ELSA Brasil, realizado com funcionários de seis universidades e hospitais universitários do Brasil com maior nível de escolaridade, apresentaram uma prevalência de HA de 35,8%, sendo maior entre homens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016).

Aqueles pacientes que já chegam ao médico com PA alta e sinais de lesão de algum órgão alvo devem iniciar tratamento medicamentoso logo, uma vez que o fato indica hipertensão de longa data. Obviamente, as mudanças de estilo de vida também estão indicadas neste grupo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A PA deve ser medida em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde devidamente capacitados.

Recomenda-se, pelo menos, a medição da PA a cada dois anos para os adultos com $PA \leq 120/80$ mmHg, e anualmente para aqueles com $PA > 120/80$ mmHg e $< 140/90$ mmHg.1 A medição da PA pode ser feita com esfigmomanômetros manuais, semiautomáticos ou automáticos.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016).

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016).

Medidas não medicamentosas têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a média e longo prazo a bordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos CV e renais.

Para períodos de 12 a 24 meses, as reduções observadas foram de -2,29 (-3,81 a -0,76) mmHg e de -1,00 (-3,22 a 1,22) mmHg, respectivamente para PAS e PAD. O impacto direto dessas medidas sobre o risco de desfechos CV incerto, os estudos são pequenos e breves e os efeitos sobre outros FR poderiam contribuir para a proteção CV. A decisão terapêutica deve basear-se não apenas no nível da PA, mas considerar também a presença de FR, LOA e/ou DCV estabelecida. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Para hipertensos sem controle adequado da PA, recomendam-se avaliações médicas mensais, com o objetivo de alcançar a meta pressórica recomendada o mais breve possível mediante ajustes terapêuticos sequenciais. Sempre que possível, o controle pressórico deve ser confirmado com medições de PA obtidas fora do consultório, seja pelo MAPA de 24 horas ou por medidas residenciais da PA. Em idosos e naqueles com elevações muito significativas da PA, convém reduzir os níveis pressóricos de forma mais cautelosa, progressiva, cabendo um julgamento caso a caso, conforme as condições gerais do paciente, a presença de comorbidades e de medicação concomitante.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016).

O tratamento não medicamentoso (TNM) da HAS envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros.

O sucesso do tratamento da HAS com medidas nutricionais depende da adoção de um plano alimentar saudável e sustentável. A utilização de dietas radicais resulta em abandono do tratamento. O foco em apenas um único nutriente ou alimento tem perdido espaço para a análise de o padrão alimentar total, que permite avaliar o sinergismo entre os nutrientes/alimentos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Sendo assim, a informação sobre o conhecimento da doença pela população, seu tratamento e controle devem ser priorizados.

6.0 PROPOSTA DE INTERVENCAO

O problema abordado no presente trabalho é o *inadequado controle dos pacientes Hipertensos com fatores de risco associados*.

Os principais nós críticos a ser enfrentados para a solução do problema selecionado são: *os hábitos e estilos de vida dos pacientes, o nível de informação sobre a doença e suas complicações, a estrutura dos serviços de saúde, o processo de trabalho da equipe de saúde e a falta de estratificação de risco*

Quadro 1- Operações sobre o “nó crítico” hábitos e estilos de vida dos pacientes relacionado ao problema elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica com fatores de risco associados”, na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, Walter Jose Abreu, Capitão Eneas, MG.

No crítico -1	Hábitos e estilos de vida
Operação	Educação em saúde
Projetos	Grupos operativos
Resultados esperados	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre hábitos e estilos de vida saudáveis e a pratica de exercício físico sistemático.
Produtos esperados	Avaliação do nível de conhecimento dos pacientes sobre hábitos e estilos de vida saudáveis, campanha educativa na rádio local, capacitação dos ACS.
Atores sociais/responsabilidades	Medico enfermeira, estes dois profissionais conduziram com ajuda mutua os grupos operativos.
Recursos necessários	Estrutural: Espaço físico da unidade Cognitivo: Palestras, Informações, Dinâmicas. Financeiro: Não houve. Político: Articulação com a Secretaria de Saúde.
Recursos críticos	Informação em saúde
Controle de recursos críticos \ Viabilidade	Ator que controla: Médico e enfermeira Motivação: Favorável.

Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura municipal.
Responsáveis	Virgen Maria (Medico) e Prisilla (enfermeira).
Cronograma\Prazo	Início em 4 meses (setembro 2016) e termino em 6 meses (marco 2017). Avaliações a cada semestre.
Gestão, acompanhamento e avaliação	O projeto será gerido pelo Medico, Enfermeira, e Agentes comunitários de saúde. Os profissionais farão o acompanhamento constante dos pacientes participantes, com agendamento de consultas programadas atreladas aos encontros de grupos. Para avaliação do projeto será realizada no ultimo encontro uma entrevista com os participantes de modo que um analise qualitativo dos pontos positivos e negativos seja mesurados.

Quadro 2- Operações sobre o “não crítico” nível de informação relacionado ao problema Elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica com fatores de risco associados; na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família , Walter Jose Abreu, Capitão Eneas, MG.

No critico - 2	Nível de informação
Operação	Educação em saúde
Projetos	Grupos operativos.
Resultados esperados	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre o manejo de suas doenças, demonstrando a importância do controle na melhora da qualidade de vida e redução da morbimortalidade.
Produtos esperados	Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial, campanha educativa na rádio local, capacitação dos ACS.
Atores sociais\responsabilidades	Médico enfermeira, estes dois profissionais conduziram com a participação dos grupos operativos.
Recursos necessários	Estrutural: Espaços físicos da unidade além consulta médica e da enfermagem. Cognitivo: Palestras, Informações, Dinâmicas. Financeiro: Não houve. Político: Articulação com a Secretaria de Saúde.
Recursos críticos	Informação em saúde
Controle de recursos críticos \ Viabilidade	Ator que controla: Médico e enfermeira

	Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura municipal. Para ser avaliada em 6 meses como Maximo.
Responsáveis	Médico e Enfermeira
Cronograma\Prazo	Realizar grupos operativos de 15 em 15 dias por 6 meses abordando temas sobre HAS,fatores de risco, causas, tratamento e conseqüências.
Gestão, acompanhamento e avaliação	O projeto será gerido pelo Medico, Enfermeira, e Agentes Comunitários de Saúde, com acompanhamento constante dos pacientes participantes, com agendamento de consultas programadas atreladas a os encontros de grupos, para avaliação do projeto será realizada uma análise dos pontos positivos e negativos que serão mesurados.

Quadro nº 3 - Operações sobre o “não crítico” estrutura dos serviços de saúde relacionados ao problema Elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica com fatores de risco associados; na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, Walter Jose Abreu, Capitão Eneas, MG.

No crítico - 3	Estrutura dos serviços de saúde.
Operação	Estruturação dos serviços de saúde.
Projetos	Melhorar a estrutura dos serviços para atendimento de hipertensos.
Resultados esperados	Proporcionar ofertas de consultas médicas, de acordo com a estratificação de risco, garantia da disponibilidade de medicamentos para os hipertensos cadastrados, garantir o apoio diagnóstico.
Produtos esperados	Capacitação do pessoal, contratação de compra de exames e consultas especializadas, compra de medicamentos.
Atores sociais/responsabilidades	Prefeitos municipais e a secretaria de saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: Elaboração adequada Financeiro: Aumento de ofertas de exames. Político: Decisão dos recursos para estruturar os serviços.
Recursos críticos	Financeiro: Recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamento)
Controle de recursos críticos \ Viabilidade	Ator que controla: Prefeito Municipal,

	Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de estruturação dos serviços de saúde para a secretaria de saúde ,em um tempo maximo de 8 meses .
Responsáveis	Secretaria Municipal de Saúde
Cronograma\Prazo	Quatro meses para a apresentação do projeto (Setembro 2016) e 8 meses pra a aprovação e liberação de recursos (Maio 2017).Quatro meses para compra de equipamentos(Setembro 2017), inicio em quatro meses(Janeiro 2018), e finalização em 8 meses (setembro 2018).
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Coordenação. Após Seis meses do inicio do projeto. Assim avaliamos os pontos positivos e negativos dos resultados obtidos.

Quadro 4 - Operações sobre o “não crítico” processo de trabalho da equipe de saúde relacionado ao problema Elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica com fatores de risco associados; na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, Walter Jose Abreu, Capitão Eneas, MG.

No crítico - 4	Processo de trabalho da Equipe de Saúde.
Operação	Linha de cuidado.
Projetos	Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção a pacientes Hipertensos com fatores de risco associados..
Resultados esperados	Cobertura de 80% da população acima de 15 anos.
Produtos esperados	Linha de cuidado para atenção a Hipertensos com fatores de risco associados, protocolos implantados, recursos humanos capacitados, regulação implantada, gestão de linha de cuidado.
Atores sociais\responsabilidades	Secretaria Municipal de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Consulta medica salão de reuniões do PSF, espaços físicos estruturais. Cognitivo: Dinâmicas, informações , palestras, informações por meios audiovisuais. Financeiro: Recursos necessários para a reestruturação dos equipes de saúde. Político: Articulação entre os setores assistenciais de saúde.

Recursos críticos	Político: Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais.
Controle de recursos críticos \ Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Não necessária.
Responsáveis	Secretaria de Saúde Municipal.
Cronograma\Prazo	Início em três meses (Agosto 2016) e finalização em um ano(Agosto 2017).
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Coordenação. Após seis meses do início do projeto, tempo justo para que os pontos positivos e negativos sejam medidos.

Quadro 5 - Operações sobre o “não crítico” falta de estratificação de risco relacionado ao problema; Elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica com fatores de risco associados; na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, Walter Jose Abreu, Capitão Eneas, MG.

No crítico - 5	Falta de estratificação de risco
Operação	Linha de quidado
Projetos	Facilitar estratificação de risco.
Resultados esperados	Estratificar todos os hipertensos cadastrados.
Produtos esperados	Controle adequado do Hipertenso de acordo com seu nível de risco;
Atores sociais\responsabilidades	Medico e enfermeira, a responsabilidade destes profissionais e a de avaliar as características clinicas e de risco necessário, solicitar os exames requeridos.
Recursos necessários	Estrutural: Estrutura física da unidade, consultórios médicos e da enfermagem. Cognitivo: Diagnostico e compreensão de exames. Financeiro: Exames laboratoriais referencialmente para atenção secundariam. Político: Estabelecer apoio da Secretaria de Saúde.
Recursos críticos	Consulta medica e exames laboratoriais.
Controle de recursos críticos \ Viabilidade	Ator que controla: Medica Motivação: Media.
Ação estratégica de motivação	Reunião com os profissionais da equipe explicando a importância de se estratificar os Hipertensos com fatores de risco associados para

	Ihe dispensar o melhor cuidado em saúde.
Responsáveis	Medica
Cronograma\Prazo	Estratificar pelo menos em 50 % dos Hipertensos cadastrados no prazo de quatro meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	O projeto terá a gestão do medico e a enfermeira da unidade, os pacientes terão consultas marcadas, exames necessários, pacientes com alto risco Cardiovascular terão acompanhamento conjunto da Viva Vida (possui especialidades como cardiologia, endocrinologia, nefrologia), pacientes com meio risco terão um plano e cuidado elaborado pela equipe da unidade visando o controle da doença e os fatores de risco, a avaliação do projeto será feita pela melhora do controle de pacientes e a diminuição dos fatores de risco associados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com este trabalho de intervenção, com a participação da população, do setor da educação e da Equipe ESF da UBS Unidade de Saúde Santana Da Serra, do município Capitão Enéas /MG, reduzir em seis meses o número de pacientes hipertensos com fatores de risco associados na área de abrangência. Para a gestão do plano se realizarão reuniões mensais com a equipe da saúde, onde todos os membros da equipe falam suas sugestões e principais dificuldades para a realização do plano, para avaliação das operações propostas após seis meses do início do projeto.

A partir deste trabalho os profissionais assumiram o conceito da equidade e perceberam a importância de se estratificar o risco dos Hipertensos da comunidade e lhes proporcionar o manejo adequado. Além disso, o projeto propicia dentro do manejo individual fortalecer a relação destes pacientes com a unidade (criando um plano de acompanhamento) individual, com agendamento de consultas programadas, abordagem individual dos fatores de risco, dinamização da terapêutica, e referencialmente destes pacientes para atenção secundária para uma abordagem especializada e mais pormenorizada pelo programa Viva Vida.

Outro resultado importante foi perceber que grande parte dos portadores de Hipertensão apresentam fatores de risco associados despertando uma consciência crítica a os profissionais da unidade para um olhar mais geral e abrangente de todos os fatores de risco que poderiam se somar para o aumento da mortalidade cardiovascular desses sujeitos.

A educação em saúde na atenção básica, especialmente na estratégia de saúde da família é um dos principais elementos da promoção de saúde. Através das atividades educativas básicas sem altas demandas de recursos materiais, mudanças de importante magnitude podem ser alcançadas na evolução de doenças crônicas como a Hipertensão. Para isso além da necessidade de mudança de paradigma biomédico e incorporação de novos conceitos saúde-doença, é necessário que os usuários da saúde sejam coprodutores de um processo educativo para alcançar mudança no estilo de vida.

Atividades educativas devem ser dirigidas não só para o paciente hipertenso mais também para sua família e amigos e ser focadas na redução dos níveis de pressão arterial, controle de outros fatores de risco cardiovascular, uso regular dos medicamentos anti-hipertensivo, cessação do tabagismo e abuso do álcool já que a hipertensão arterial é uma doença crônica, que tem controle e pode ser prevenida com ações de promoção, prevenção, controlando os fatores de risco e com um tratamento adequado.

Este projeto acrescentou conhecimentos e experiências ao meu exercício como profissional de saúde. Ao construir um trabalho que melhorasse o dia a dia da unidade e o manejo\ referencialmente dos doentes crônicos além que aprendi a exercitar a capacidade de elaboração de gestão de projetos, coisa que e nova para mim sendo medica cubana. Outro aspeto importante foi o ganho de conhecimentos a cerca do manejo dos fatores de risco na atenção primaria, do controle e tratamento dos pacientes Hipertensos e sobre todo trabalhar em base a diminuir os fatores de risco associados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHORNY, A. H. Planificación em saúde: vieja ideas em nuevas ropajes. Cuardenos médicos y sociais, Argentina, v.73, p.23-44, 1998.

GIOVANELLA L. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison_Himmelfard C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 311(5):507-20, 2014.

Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. La Erratum in: Lancet.361(9362):1060, 2003.

Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 107(3Supl.3):1-83 .2016.

Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2015: update a report from the American Heart Association. Circulation;131:e29-e322, 2015.

Erratum in: Circulation;133(8):e417, 2016. Circulation. 131(24):e535. 2015.

. Weber MA, Schiffrin EL, White WA, Mann S, Lindholm LH, Venerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. J Hypertens. 2014;32(1):3-15.

Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension; Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Blood Press. 2013;22(4):193-278.

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. [VI Brazilian Guidelines on Hypertension]. *Arq Bras Cardiol.* 95(1 Suppl):1-51. 2010.

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al; Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*;31(7):1281-357,2013.

Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2015: update a report from the Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Rev Bras Hipertens*;17(1):4-62, 2010.

American Heart Association. *Circulation.* 2015;131:e29-e322. Erratum in: *Circulation.* 133(8):e417, 2016.

Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension; Task Force for the management of arterialhypertension of the European Society of Cardiology. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Blood Press.* 22(4):193-278,2013.

Weber MA, Schiffrin EL, White WA, Mann S, Lindholm LH, Venerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Hypertens.* 2014;32(1):3-15. nct360(9349):1903-13, 2002.