

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

FRANCISCO DUGLAS AVALO GONZALEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DOS
PACIENTES HIPERTENSOS DA COMUNIDADE VERANEIO NO
MUNICÍPIO DE SANTANA DO PARAISO – MINAS GERAIS**

GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS

2016

FRANCISCO DUGLAS AVALO GONZALEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DOS
PACIENTES HIPERTENSOS DA COMUNIDADE VERANEIO NO
MUNICÍPIO DE SANTANA DO PARAISO – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS

2016

FRANCISCO DUGLAS AVALO GONZALEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DOS
PACIENTES HIPERTENSOS DA COMUNIDADE VERANEIO NO
MUNICÍPIO DE SANTANA DO PARAISO – MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 22 de junho de 2016.

DEDICATÓRIA

Ao povo brasileiro, por aceitar a ideia do “Programa Mais Médicos” que nos permite compartilhar com ele nosso dia a dia.

A meus pais e familiares queridos.

A meus amigos e colegas.

AGRADECIMENTOS

Primeira e infinitamente quero agradecer a DEUS por nos dar a esperança de vida.

À minha tutora professora Fernanda Magalhães Duarte Rocha, pela ajuda e compreensão.

À professora Maria Rizioneide Negreiros de Araújo e equipe pelo apoio para concluir este projeto.

À Professora Maria Dolôres Soares Madureira pelas valiosas orientações e importante ajuda.

À minha equipe de saúde que compartilha a realização deste trabalho.

A meus colegas Mirian Lopez Manfredi, Liubcha Pulgar Nunez e Roberto Estevan Marques Solis, pelo apoio incondicional.

Muitas das coisas mais importantes do mundo foram conseguidas por pessoas que continuaram tentando quando parecia não haver mais nenhuma esperança de sucesso.

Dale Carnegie.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica apresenta uma alta incidência e prevalência que têm aumentado nas últimas décadas e é responsável por taxas elevadas de morbimortalidade devido às complicações ao longo de seu curso. É considerada a mais frequente das doenças cardiovasculares, constituindo-se no principal fator de risco para algumas complicações como, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e doença renal crônica terminal. A abordagem individual e a abordagem coletiva, uma reforçando a outra, possibilitam a obtenção de resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam à hipertensão arterial. Para tanto, é importante que os profissionais de saúde construam novas práticas e estabeleçam estratégias para a promoção e prevenção da saúde. Este trabalho propõe elaborar um projeto de intervenção para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Veraneio no município de Santana do Paraíso. A realização deste trabalho aconteceu em três momentos interligados: diagnóstico situacional de saúde, revisão da literatura e elaboração do projeto de intervenção. Trabalhar-se-á com a população alvo constituída pelos hipertensos cadastrados e incidentes nos quais são avaliados os principais fatores de riscos modificáveis para elaborar o cronograma de atividades de promoção e prevenção; realizar-se-á a caracterização da doença de forma individual e coletiva verificando o cumprimento do protocolo que permite a elaboração do projeto de educação permanente para a equipe de saúde assim como a realização das atividades educativas de prevenção com a população hipertensa e a realização de atividades de promoção dirigida à população geral na área de abrangência. Este projeto constitui uma valiosa ferramenta para efetuar a prevenção primária, secundária e terciária e desta maneira controlar os riscos e diminuir a morbimortalidade dos pacientes hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão. Intervenção. Atenção primária à saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

Hypertension has a high incidence and prevalence that have increased in recent decades and is responsible for high morbidity and mortality rates due to complications over its course. It is considered the most common cardiovascular disease, being the main risk factor for some complications such as stroke, myocardial infarction and chronic ESRD. The individual approach and collective approach, one reinforcing the other, enable obtain more consistent and lasting results of the factors that lead to high blood pressure. Therefore, it is important that health professionals build new practices and establish strategies for the promotion and health prevention. This work proposes to prepare an intervention project for the control of systemic hypertension in the area covered by the Health Team Family Vacation in the city of Santana do Paraiso. The realization of this work happened in three moments intertwined: Situational diagnosis of health, literature review and intervention design. Working with the target population consists of the registered hypertensive and incidents in which are assessed the key factors of modifiable risk to prepare the schedule of promotion and prevention activities; there will be the characterization of the disease individually and collectively verifying compliance with the protocol that allows the development of continuing education project for the health team as well as the realization of educational prevention activities with the hypertensive population and conducting activities promotion targeted to the general population in the catchment area. This project is a valuable tool to make the primary prevention, secondary and tertiary and thus control the risks and decrease morbidity and mortality in hypertensive patients.

Keywords: Hypertension. Intervention. Primary health care. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Identificação do município	11
1.2 Sistema local de saúde.....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVO	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO DE LITERATURA	21
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Definição dos problemas.....	25
6.2 Priorização de problemas.....	25
6.3 Descrição do problema selecionado	26
6.4 Explicação do problema	26
6.5 Seleção dos “nós críticos”	27
6.6 Desenho das operações	27
6.7 Identificação dos recursos críticos	29
6.8 Análise de viabilidade do plano	30
6.9 Elaboração do plano operativo	31
6.10 Gestão do plano	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de Santana do Paraíso está localizado no leste mineiro, na microrregião do Vale do Aço, juntamente com Ipatinga, Coronel Fabriciano, Timóteo e mais 22 cidades do Colar Metropolitano; integra a microrregião do Vale do Aço, dentro da macrorregião do Vale do Rio Doce e a mesorregião da Mata e Rio Doce (IBGE, 2016).

A região central do município situa-se no trecho entre o entroncamento da MG 232 com a Estrada Municipal 402 e o entroncamento da MG 232 com a Estrada Municipal 103 que dá acesso ao bairro Residencial Paraíso. Interligando os bairros e povoados, existem 28 estradas municipais que se encontram em perfeitas condições de tráfego (GOULART, 2011).

A área central do município é constituída por oito bairros: Centro, Oliveira, Alto de Santana, São José, Josefino Anísio de Oliveira, Veraneio, Vale do Paraíso e Residencial Paraíso. Outros bairros fora da área central: Chácara Paraíso, Águas Claras, Ipaba, Industrial, Parque Caravelas, Parque Veneza e Cidade Nova.

Histórico da criação do município

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), as pessoas faziam o percurso entre os municípios de Ferros e Calado (atual cidade de Coronel Fabriciano) em lombo de animais, atravessando matas, subindo e descendo serras. Conta a história que os tropeiros e viajantes solitários, no trajeto entre os dois municípios, encontravam nas cachoeiras de Taquaraçu (atual Santana do Paraíso) seu ponto de parada para descanso.

[...] Taquaraçu era usada como pousada porque a natureza ali oferecia o que tinha de mais belo, além da água abundante das cachoeiras. Com o passar dos tempos um vilarejo acabou se formando no local e seu nome batizado como Santana do Paraíso, em homenagem à paisagem natural belíssima e a Nossa Senhora de Santana, escolhida como padroeira do vilarejo pelos párocos locais (IBGE, 2016, sp.).

O povoado de Santana do Paraíso do Taquaraçu tornou-se distrito em 1892, sendo transferido para o município de Mesquita em 1923 e emancipando em 1992.

Aspectos geográficos e demográficos

Localiza-se a nordeste da capital de Minas Gerais, distando desta cerca de 237 quilômetros. Possui uma extensão territorial de 276, 067 km² e é formado por dez comunidades rurais, doze comunidades urbanas e um distrito industrial.

De acordo com o censo realizado em 2010, neste ano sua população era de 27.258 habitantes com densidade demográfica de 98,76 hab/km². É o 162º município mais populoso do estado de Minas Gerais e o quarto de sua microrregião, perdendo para Belo Oriente, Coronel Fabriciano, Ipatinga e Timóteo. Juntamente com estas três últimas cidades citadas forma a Região Metropolitana do Vale do Aço, composta ainda pelos 22 municípios do colar metropolitano (IBGE, 2016).

Aspectos socioeconômicos

De acordo com o IBGE (2016) o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 era de 0,685, índice considerado como médio se comparado com os outros municípios mineiros. O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* em 2013 era de 15.451,23 reais. O município conta com doze estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os principais setores econômicos de Santana do Paraíso são a Indústria e o Serviço, além do turismo (MINAS GERAIS, sd.).

Algumas festas tradicionais, como a Festa de Santana, contribuem para que a cidade torne-se mais conhecida. Esta festa é realizada nos meses de junho e julho e é famosa por sua fogueira que mede em torno de 14 metros; atrai um público de aproximadamente 12 mil pessoas. Além disso, o município possui alguns atrativos naturais, como cachoeiras (do Engenho, de Cima, Bela Vista, da Batinga) e pequenos rios que atraem turistas para a prática de esportes radicais (SANTANA DO PARAISO, 2011).

1.2 Sistema local de saúde

O Conselho Municipal de Saúde está integrado por: oito representantes da população; quatro representantes dos trabalhadores da área da saúde; quatro representantes das instituições prestadoras de serviços na área de saúde. Todos os representantes têm os seus suplentes. O conselho reúne-se na segunda terça feira de cada mês.

O município conta com dez equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Toda a população do município está coberta na atenção primária à saúde pelo Sistema único de saúde (SUS). Esta cobertura de 100% é realizada pelas equipes de saúde da família e pelas unidades básicas de saúde onde há um médico clínico geral.

O Sistema de Referência e Contrarreferência dá-se por meio da ESF, NASF e hospitais próximos ao município, como: Hospital Márcio Cunha e Hospital Municipal de Ipatinga.

O município apenas oferece serviços na Atenção Primária à Saúde, possuindo uma rede ampla para a atenção primária à saúde, incluindo onze Unidades Básicas de Saúde e laboratórios de análises clínicas, um NASF, um CAPS e uma Farmácia de Minas. Uma Academia de Saúde, na modalidade I, está por ser implantada.

Os atendimentos de Alta e Média Complexidade são realizados por meio de serviços de saúde pactuados com outros municípios, utilizando o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), além dos hospitais de Ipatinga já citados.

Recursos da comunidade

O município conta com múltiplas e diferentes igrejas, tanto católicas como protestantes, creches e escolas públicas e privadas, rede elétrica e serviço de telefonia fixa e móvel. O abastecimento de água é feito pelo serviço de rede pública de água previamente clorada e tratada. Temos ainda em nossa comunidade serviços de correio, agências bancárias, muitas lojas, comércios de alimentos, entre outros. Conta com um aeroporto que é muito importante para a região.

Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica de Saúde Centro encontra-se localizada na zona central do município, acessível a toda população, funcionando no horário de 7 às 18 horas.

Na UBS são oferecidos à população diferentes serviços de saúde, como: consultas especializadas, laboratório e farmácia públicos.

Área de abrangência

A área de abrangência da equipe de saúde da família Veraneio é formada por sete microáreas e ocupa o bairro Veraneio na zona central da cabeceira do município.

Limita-se ao norte com a área de abrangência da Unidade de Saúde da Família “Centro” e ao sudeste com a área da Unidade de Saúde da Família “Residencial”.

As principais fontes de emprego são: serviços públicos, indústria de cimento, indústria florestal e pequenos comércios.

A equipe de saúde da família Veraneio é composta por: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem para cuidados gerais, uma técnica de enfermagem de ESF que entre outras funções tem o atendimento domiciliar, uma técnica de enfermagem em função do programa de imunização e sete agentes comunitários de saúde (ACS).

Estão cadastradas pela equipe de saúde Veraneio 788 famílias, totalizando 2.528 pessoas.

No quadro 1, a seguir, estão apresentados alguns dados que ajudam a caracterizar o perfil da população da nossa área de abrangência. Como mostra o quadro, são 376 pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), 98 com diabetes *mellitus* (DM) e 59 pessoas que apresentam HAS e DM concomitantemente.

Quadro 1- Perfil da população da área de abrangência da equipe de saúde

	Número de pessoas
Mulheres de 25 a 64 anos	322
Crianças menores de 5 anos	104
Pacientes acamados	009
Pacientes com câncer	019
Gestantes	013
Cadeirante	003
Pessoas com transtornos mentais	005
Alcoolismo	028
Famílias Programa Bolsa Família com acompanhamento	097
Pessoas do Programa Bolsa Família com acompanhamento	196
Pessoas com HAS	376
Pessoas com DM	098
Pessoas com HAS + DM	059

Do ponto de vista sociocultural, contamos com uma área de assentamento cigano o que contribui para o processo de imigração e emigração.

Aspectos do dia a dia da equipe de saúde

A equipe de saúde foi favorecida pela habilitação de nossa Unidade de Saúde da Família Veraneio, localizada na Rua Belo Horizonte, Bairro Veraneio, município Santana do Paraíso. Inicialmente trabalhávamos numa unidade perto da nossa, mas atualmente ficamos numa unidade provisória em casa alugada onde fazemos o atendimento geral, atendendo as pessoas com acesso universal e igualitário; todos têm direito ao atendimento quando precisam, seguindo as pautas do acolhimento; oferecendo-se consultas de urgência, de demanda espontânea, agendadas de cuidados continuados.

Nossas prioridades são os programas de saúde específicos como puericultura, atenção pré-natal, atenção integral às mulheres e aos homens, imunização, acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como Diabetes *Mellitus* (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e outras doenças como a Hanseníase, Tuberculose e doenças de transmissão sexual.

Realiza-se a cobertura médica necessária em todo o território. Considero que a atenção à saúde ainda é desenvolvida de forma parcial, pois existem deficiências quanto a: atenção ao trabalhador, saúde escolar, atenção integral aos idosos,

programas de controle das doenças transmissíveis e atividades de promoção da saúde de modo geral.

O trabalho diário é ótimo e podemos cumprir o horário estabelecido para cada consulta e com a quantidade de pacientes agendados para cada dia. Predomina a demanda espontânea; o cumprimento dos programas está afetado de maneira geral, portanto a atenção aos usuários é direcionada quase sempre às patologias agudas, às doenças crônicas descompensadas e não ao atendimento preventivo desejado.

A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na atenção à saúde, mas na maioria das vezes confrontam-se dificuldades com a atenção na urgência e emergência, uma vez que a Unidade não possui o equipamento necessário para atenção destas situações.

Contamos com serviço de transporte sanitário ou transporte alternativo garantido pela cooperativa de transporte do município; dessa forma os pacientes que necessitam de pronto atendimento, situações de urgência e emergência são encaminhados para o centro de referência que é o hospital de Ipatinga, cidade vizinha.

A Unidade Veraneio também conta com um serviço de odontologia que funciona de segunda a sexta feira e uma vez na semana conta com atendimento de ginecologia e obstetrícia. As consultas de outras especialidades, como fonoaudiologia, pediatria, psiquiatria, psicologia e realização de eletrocardiograma, são feitas na Unidade Básica de Saúde Centro, perto da nossa Unidade.

Na área de abrangência da ESF Veraneio, as principais causas de morbimortalidade estão relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e hiperlipidemia), doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo (gastrite e úlcera) e parasitose intestinal.

2 JUSTIFICATIVA

Embora evidências tenham demonstrado que modificações de hábitos e estilo de vida são fundamentais na prevenção e controle da hipertensão, “esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado” (BRASIL, 2006, p.7). Portanto, torna-se essencial que se invista na educação em saúde e na mobilização da pessoa e da coletividade para que se desenvolvam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2011).

A abordagem individual e a abordagem coletiva, uma reforçando a outra, possibilitam a obtenção de resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam à hipertensão arterial. Para tanto, é importante que os profissionais de saúde construam novas práticas e estabeleçam estratégias para a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p.17), a abordagem efetiva da pessoa com doenças crônicas, como a HAS, “envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade”.

A HAS na maior parte do seu curso não apresenta sintomas, o que contribui para que o seu diagnóstico precoce e o tratamento adequado sejam frequentemente negligenciados e para que a adesão da pessoa ao tratamento seja baixa (BRASIL, 2014).

No município de Santana do Paraíso e em nossa unidade de saúde identificamos, por meio das consultas realizadas, muitos pacientes com HAS; alguns estavam sendo acompanhados e outros que desconheciam que tinham HAS. Este é um problema de saúde que requer atenção imediata e planejamento de ações concretas para diminuir a demanda espontânea, e mediante ações educativas provocar melhoras no estilo de vida de nossos pacientes e a participação no tratamento.

Para isso, fizemos, juntamente com os demais membros da equipe, uma análise dos principais problemas de saúde e priorizamos o elevado índice de pacientes com

inadequado controle da HAS para realizar um projeto de intervenção e dar solução a ele, contando com recursos da própria unidade de saúde.

Este trabalho se justifica, portanto, pela alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na comunidade e pelos seus riscos de compensação aumentados e suas complicações.

2 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Veraneio no município de Santana do Paraíso.

4 METODOLOGIA

O Projeto de Intervenção visa o controle da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Veraneio, no município de Santana do Paraíso.

A realização deste trabalho aconteceu em três momentos interligados: diagnóstico situacional de saúde, revisão da literatura e elaboração do projeto de intervenção.

Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional de saúde a partir de informações fornecidas pelos agentes comunitários de saúde que aportaram dados oportunos da população; além disso, foram utilizadas informações dos prontuários individuais da UBS dos pacientes cadastrados, assim como das atividades de consultas, visitas domiciliares e grupos operacionais como o grupo de HIPERDIA.

O segundo momento consistiu em uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Para a obtenção dos trabalhos científicos que apoiam a elaboração do projeto, foram utilizados *sites* como Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e base de dados do Ministério da Saúde. Para esse levantamento de publicações sobre o tema, foram utilizados os descritores: Hipertensão arterial, Intervenção, Atenção primária à saúde e Educação em saúde.

Para o desenvolvimento projeto de intervenção, utilizamos o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do módulo de Iniciação à metodologia: textos científicos e a seção 2 do módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os passos desenvolvidos para elaborar o projeto de intervenção foram: definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão.

5 REVISÃO DE LITERATURA

As doenças cónicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude no Brasil, correspondendo a 72% das causas de mortes (BRASIL, 2011). Entre elas, a hipertensão arterial sistêmica apresenta uma incidência e prevalência que têm aumentado nas últimas décadas e é responsável por taxas elevadas de morbimortalidade devido às suas complicações ao longo de seu curso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil estima-se que 17 milhões de pessoas sejam hipertensas, sendo que 35% dessas pessoas tenham 40 anos e mais, embora cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam hipertensas (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica é considerada a mais frequente das doenças cardiovasculares, constituindo-se no principal fator de risco para algumas complicações como, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Considera-se HAS quando os valores da Pressão Arterial (PA) são iguais ou maiores que 140 mmHg, para PA sistólica, e/ou maiores que 90 mmHg para PA diastólica, em pelo menos duas ocasiões distintas. A aferição da PA deve ser realizada em toda avaliação feita por médicos de diversas especialidades e demais profissionais da saúde habilitados para tal procedimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010 *apud* MORAES; SOUZA; MIRANDA, 2013).

A aferição ambulatorial com esfigmomanômetro tem sido a mais amplamente utilizada. Considerando a variabilidade individual da medida da pressão arterial, recomenda-se que, para se diagnosticar a hipertensão arterial, devem-se obter duas ou mais aferições em pelo menos duas ou mais durante um período de uma ou mais semanas (BRASIL, 2010).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1), a hipertensão arterial sistêmica é:

[...] uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

A HAS é um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo, uma vez que sua prevalência é alta e seu controle atinge e baixas taxas, embora. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para a ocorrência do acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio. Apesar de apresentar alta prevalência, ainda existe uma grande porcentagem de pessoas que desconhecem serem portadores da HAS, o que interfere no seu controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Dos pacientes que sabem do diagnóstico, cerca de 40% fazem o tratamento. Além disso, apenas uma pequena parcela dos pacientes está com os níveis de pressão arterial devidamente controlada (nos EUA, em torno de 34%) (PEDROSA; DRAGER, 2010).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) cita inquéritos populacionais realizados nos últimos 20 anos em algumas cidades brasileiras que identificaram uma prevalência de HAS superior a 30%. Nesses estudos encontraram-se uma prevalência média de 32,5%, sendo que essa aumenta para mais de 50% entre pessoas de 60 a 69 anos e 75% acima de 70 anos.

Pedrosa e Drager (2010) enfatizam que em mulheres, a prevalência da HAS apresenta um aumento significativo após os 50 anos, sendo esta mudança relacionada de forma direta com a menopausa. Nesse sentido, Zanesco e Zaros (2009) afirmam que se comparando a incidência de hipertensão arterial entre gêneros, percebe-se que as mulheres, antes da menopausa, apresentam menor prevalência do que os homens, entretanto, após a menopausa observa-se uma significativa elevação nos valores pressóricos e na prevalência de hipertensão arterial. Acredita-se que essa maior prevalência em mulheres pós-menopausa deve-se à deficiência de estrógenos, às alterações do perfil lipídico, ao ganho de peso e à falta de atividades físicas.

Com relação à etnia, a HAS em mulheres afrodescendentes é mais prevalente, sendo que o risco de hipertensão chega até 130% comparando-se com mulheres não afrodescendentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Etnia, idade, sexo e predisposição genética são fatores de risco não modificáveis, entretanto outros fatores são modificáveis, como são o uso sal, o consumo excessivo de bebida alcoólica, a obesidade e o sedentarismo; as intervenções nestes fatores reduzem o risco para hipertensão. Outros fatores, embora possam ser modificáveis como os ambientais e socioeconômicos, de modo geral, fogem à capacidade de resolução da equipe de saúde (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.9), reafirmando que a hipertensão arterial sistêmica é um problema grave de saúde pública, mundial e brasileiro, afirma ser a mesma responsável pelo “por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal”. O diagnóstico precoce, tratamento adequado e controle da HAS reduzem significativamente as suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica, entre outras.

Para Malta *et al.* (2014) *apud* Andrade *et al.* (2015), embora a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tenha reduzido no Brasil nos anos de 1996 a 2007, essas doenças ainda representaram a principal causa de óbito na população brasileira em 2011. Em 2000, a doença cardíaca hipertensiva estava na 16ª posição no *ranking* mundial de mortalidade, passando em 2012 para a 10ª posição.

Estudos epidemiológicos e ensaios clínicos têm demonstrado que o tratamento da hipertensão arterial reduz drasticamente a morbimortalidade cardiovascular (BRASIL, 2006). Para Moraes, Souza e Miranda (2013), o reconhecimento precoce da hipertensão arterial, abordagem terapêutica adequada e medidas preventivas são essenciais para a redução da morbimortalidade da população.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença geralmente assintomática o contribui para o seu controle. Para Carvalho *et al.* (2012), a adesão ao tratamento da

hipertensão depende do conhecimento da pessoa sobre a sua condição de saúde e o seu grau de comprometimento com o tratamento, da equipe de saúde por meio de ações planejadas e esclarecedoras e do apoio da família.

A implementação de medidas educativas na atenção básica à saúde, como o estímulo à alimentação adequada e às atividades físicas orientadas, cessação ou redução do tabagismo e do consumo de álcool, disponibilização de medicamentos específicos, além de “medidas regulatórias como a proibição da propaganda do tabaco, ambientes livres de tabaco, acordo com a indústria alimentícia para diminuição do teor de sódio nos alimentos processados, entre outras, são essenciais” para se prevenir as complicações da hipertensão arterial (ANDRADE *et al.*, 2015; ZANESCO; ZAROS, 2009).

Sousa e Lopes (2014) destacam que um dos maiores desafios no atendimento das pessoas hipertensas é a adesão à terapia prescrita pela equipe de saúde.

Um dos maiores entraves ao controle da hipertensão arterial sistêmica tem sido a falta de adesão da pessoa ao tratamento no que se refere aos medicamentos e às mudanças necessárias de hábitos que geralmente não são bem aceitas. Portanto, as pessoas e a comunidade devem ser orientadas quanto aos fatores de risco que contribuem para o aumento da pressão e suas complicações para que “possam optar conscientemente por uma vida mais saudável” (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012, p.1367).

A abordagem da equipe de saúde é de fundamental no controle e tratamento da hipertensão e na prevenção de suas complicações, exigindo um processo participativo e contínuo de motivação para que a pessoa adira ao tratamento. É importante contar nesse processo com todos os membros da equipe de saúde e com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Dentre as ações comuns à equipe multiprofissional, incluem-se: “ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo”, capacitação dos profissionais, utilização da referência e contrarreferência quando necessário, ações individuais e em grupo e o gerenciamento dessas ações (BRASIL, 2006, p.24).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Logo que iniciamos o nosso trabalho na ESF Veraneio, observamos que a população apresentava muitos problemas de saúde, os quais foram identificados por meio do diagnóstico situacional de saúde e que deverão ser priorizados para se intervir. Os mesmos são:

- Elevado índice de pessoas com inadequado controle da hipertensão arterial sistêmica;
- Elevado índice de pessoas com transtornos mentais, principalmente a depressão, sem existir uma estrutura municipal para o atendimento;
- Elevado índice de pessoas com outras DCNT como diabetes mellitus, hipercolesterolemia e doenças osseoarticulares;
- Elevado índice de enfermidades respiratórias infecciosas;
- Ausência no município de uma unidade de pronto atendimento;
- Elevado consumo de psicotrópicos;
- Alto índice de gravidez na adolescência.

6.2 Priorização de problemas

Definidos os problemas de saúde, foram utilizados alguns critérios para auxiliar na ordem de prioridades: importância do problema, sua urgência, a capacidade da equipe para enfrenta-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 2 - Priorização dos problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado índice de pessoas com inadequado controle da hipertensão arterial sistêmica	Alta	8	Parcial	1
Elevado índice em pacientes com transtornos mentais	Alta	7	Parcial	2
Alta incidência de doenças crônicas	Alta	6	Parcial	3
Elevado índice de enfermidades respiratórias	Alta	6	Parcial	4
Ausência no município de uma unidade de pronto atendimento	Alta	7	Parcial	7
Elevado consumo de psicotrópicos	Alta	6	Parcial	5
Alto índice de gravidez na adolescência	Media	5	Parcial	6

Demos prioridades aos problemas e concluímos que nosso principal problema é o “elevado índice de pessoas com inadequado controle da hipertensão arterial sistêmica” na área de abrangência da ESF Veraneio.

6.3 Descrição do problema selecionado

Em nosso município de Santana do Paraíso temos uma alta incidência e prevalência de pacientes com Hipertensão arterial, constituindo como a primeira causa de morbidade em pessoas adultas e uma das primeiras causas associadas à mortalidade em outras doenças.

Para descrição do problema selecionado, a equipe de saúde utilizou alguns dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dados produzidos pela própria equipe, principalmente pelas informações fornecidas por agentes comunitários de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram consideradas variáveis e indicadores da frequência de fatores de risco como: tabagismo, obesidade, hábitos alimentares inadequados, alcoolismo e dislipidemia associada aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica descompensada. Os indicadores selecionados nos deram uma ideia das ações a serem realizadas. Para facilitar o processo de descrição, a equipe considerou os dados de pacientes hipertensos cadastrados, descompensados ou não.

6.4 Explicação do problema

As doenças crônicas não transmissíveis e entre elas a hipertensão arterial sistêmica são causas frequentes de mortalidade em nossa população, por não conhecer ou não levar em conta as complicações que podem ocorrer se não se tem um bom atendimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A atenção aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica fica limitada sem um bom controle dos fatores de riscos como: sedentarismo, tabaquismo, uso excessivo de álcool, má hábitos de alimentação, podemos ter melhores resultados e

controlar essa doença. Algumas pessoas ainda não sabem que padecem de hipertensão arterial sistêmica, pois não apresentam sintomas e continuam com hábitos de vida inadequados, o contribui para seu prognóstico e tratamento. Por outro lado, as ações educativas desenvolvidas pela equipe de saúde são incipientes.

6.5 Seleção dos “nós críticos”

Os principais “nós críticos” do problema selecionado são:

- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Baixo nível de conhecimento da população sobre dos fatores de riscos da HAS. Dificuldades de entendimento das orientações por baixa escolaridade e alto índice de analfabetismo dos pacientes e cuidadores.
- Processo de trabalho da equipe: orientações inadequadas para as pessoas com fatores de risco.
- Estrutura dos serviços de saúde. Insuficiente preparação dos agentes comunitários de saúde sobre o tema para atividades educativas.

Se fizermos um adequado controle de todos os fatores de riscos que afetam a população e principalmente os pacientes com risco de hipertensão arterial sistêmica, tais como: sedentarismo, tabaquismo, uso excessivo de álcool, má hábitos de alimentação, poderemos ter melhores resultados e controlar esta doença.

6.6 Desenho das operações

Esse sexto passo objetiva descrever as operações para enfrentar os “nós críticos” do problema, definir seus produtos e resultados e os recursos para a realização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O desenho de operações para os nós críticos do problema elevada prevalência da hipertensão arterial sistêmica está expresso no quadro 3.

Quadro 3 - Desenho de operações para os nós críticos do problema elevada prevalência da Hipertensão arterial.

“Nós críticos”	Operações	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Vida saudável Modificar os estilos de vida inadequados	Diminuir em um 20 % práticas de alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabaquismo e alcoolismo. Lograr a cobertura médica de toda da população com hábitos e estilos de vida inadequados.	Programa de saúde na rádio de Município. Palestras aos grupos vulneráveis da população com doenças crônicas não transmissíveis, e população de risco.	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, NASF), recursos audiovisuais.
Baixo nível de conhecimento dos fatores de riscos	Aumente seu conhecimento Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos da HAS	População com mais conhecimento sobre os riscos da HAS e as complicações da mesma.	Campanha educativa na rádio local do município. Campanhas educativas no jornal local. Trabalho sistemático com o grupo de pacientes com HAS.	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. Cognitivo: Sobre as estratégias de comunicação. Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político: Articulação Intersetorial e mobilização social. Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (ESF, NASF), recursos audiovisuais.
Estrutura dos serviços de saúde	Melhor acompanhamento Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos hipertensos.	Assegurar as consultas especializadas e garantir a contrarreferência das mesmas oportunamente, Garantir exames previstos para 100% da população com HAS. Garantir medicamentos anti-hipertensivos a 100 % dos pacientes, quando necessários. Garantir a permanência dos profissionais de saúde nas ESF para atendimento continuado destes pacientes, e evitar complicações.	Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Exigir a contrarreferência escrita dos especialistas. Contratação no município de profissionais especializados e médicos suficientes para conseguir o acompanhamento aos 100% da população em questão. Compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura dos pacientes com HAS.	Políticos: Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financeiro: Financiamento para a contratação dos profissionais especializados atender toda a população e médicos para todas as ESF; compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura dos pacientes com HAS. Cognitivo: Elaboração da adequação
Processo de trabalho da Equipe Saúde da Família	Linha de cuidado Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Cobertura médica aos 100% de população com riscos de HAS.	Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de desenvolver HAS. Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado	Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: Adequação de fluxos de pesquisa e atendimento de pacientes com risco de HAS. Referência e contrarreferências

6.7 Identificação dos recursos críticos

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), este passo visa relacionar os recursos críticos necessários à execução das operações.

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema elevada prevalência da Hipertensão Arterial.

Operações	Recursos
Vida saudável	Econômico ou financeiro: utilizamos folhetos educativos, propaganda escrita, recursos audiovisuais. Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais especialistas e não especialistas
Aumente seu conhecimento	Econômico ou financeiro: Utilizamos folhetos educativos, propaganda escrita. Financiamento dos projetos. Político: Articulação intersetorial e mobilização social. Organizacional: Dispor de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).
Melhor acompanhamento	Políticos: melhorar a estruturação dos serviços de saúde com aumento dos recursos destinados. Financiamento. Dar cobertura a todos os pacientes com HAS com a compra de medicamentos al 100% Contratação dos profissionais especializados e médicos de ESF suficientes para cobrir todas as necessidades.
Linha de cuidado	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais especialistas e não especialistas

6.8 Análise de viabilidade do plano

As propostas para viabilizar a execução das operações estão descritas no quadro 5.

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação de realização do projeto de intervenção.

Operações	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Vida saudável Modificar estilos de vida inadequados	Econômico ou financeiro: conseguir na rádio local espaços radiais. Elaboração de folhetos educativos. Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Setor de comunicação social Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar o Projeto de intervenção. Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
Aumente seu conhecimento Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos da HAS.	Econômico ou financeiro: conseguir na rádio local espaços radiais. Elaboração de folhetos educativos. Financiamento dos projetos. Político: Mobilização social e articulação intersetorial. Organizacional: Adequação de um espaço físico e recursos disponíveis.	Perfeito municipal Secretário Municipal de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar o Projeto de intervenção. Apresentar o Projeto de intervenção.
Melhor acompanhamento Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos hipertensos.	Políticos: aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financeiros: financiamento para contratação dos profissionais especializados e médicos de ESF suficientes, e compra dos medicamentos para conseguir 100% de cobertura e para exames.	Perfeito municipal Secretário Municipal de Saúde.	Favorável Favorável	Programação das atividades de atenção diferenciada aos pacientes hipertensos
Linha de cuidado Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Político: articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o Projeto de intervenção.

6.9 Elaboração do plano operativo

O quadro 6 apresenta as ações operativas que particularizam este projeto.

Quadro 6 - Plano Operativo para realização do projeto de intervenção na área de abrangência da ESF Veraneio.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Vida saudável Modificar estilos de vida inadequados	Diminuir em 20 % o sedentarismo, obesidade, tabaquismo, alcoolismo, a mala pratica de alimentação. Cobertura médica a 100% da população, principalmente com hábitos e estilos de vida inadequados.	Programa de caminhada orientada, saúde na rádio de local, Palestras aos grupos vulneráveis da população com HAS. Orientação nutricional.	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.	Medico Enfermeira Núcleo de Apoio à Família.	Início em três meses.
Aumente seu conhecimento Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos da HAS	População de risco e com doenças crônicas não transmissíveis com mais conhecimento das mesmas.	Campanhas educativas no jornal local. Campanha educativa na rádio local do município. Trabalho com o grupo de pacientes com HAS de forma sistemática.	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.	Médico Enfermeira Equipe de Saúde da Família.	Início em três meses a seis.
Melhor acompanhamento Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos pacientes com HAS.	Garantir a permanência dos profissionais de saúde para atendimento continuado. Assegurar as consultas especializadas e garantir a contrarreferência. Garantir exames previstos e medicamentos necessários para 100% da população com HAS.	Capacitação sistemática e permanente dos profissionais de saúde. Contratação no município de profissionais especializados e médicos suficientes para conseguir o acompanhamento de 100% da população em questão. Exigir a contrarreferência escrita dos especialistas. Compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura dos pacientes com.	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.	Diretor de Atenção Básica do Município Secretário de saúde Secretário de saúde Diretor de Atenção Básica do Município	Início em três meses
Linha de cuidado Para melhorar a efetividade das pacientes organizando o processo de trabalho.	Cobertura aos 100% de população com riscos de doenças crônicas não transmissíveis (HAS).	Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de doenças crônicas não transmissíveis (HTA). Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados para a gestão de linha de cuidado.	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.	Equipe de Saúde da Família Diretor de atenção Básica do município.	Início em três meses

6.10 Gestão do plano

Para o êxito do processo de planejamento contamos com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados que nos ajudaria a desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações. Antes devemos indicar as correções de rumo necessárias para todos os envolvidos, em especial a equipe de saúde.

O processo iniciado com a atualização do cadastro feito pelos ACS dos pacientes hipertenso na área de abrangência se nutre com os pacientes diagnosticados no dia a dia. As técnicas de enfermagem garantem o acolhimento dos pacientes e com a verificação dos sinais vitais nos alertam sobre os pacientes descompensados ou pacientes que provavelmente indicam o início do protocolo da doença.

As consultas agendadas para cuidados continuados ou de demanda espontânea, assim como os atendimentos individuais nos grupos operativos com pacientes hipertensos nos permitem a identificação dos fatores de riscos, estadar a doença, prognosticar o curso da mesma com ações de prevenção secundárias e terciárias. O tratamento oportuno das possíveis agravantes ajudaria a diminuir a mortalidade causada pela hipertensão arterial e suas complicações.

Devemos ter em conta que o sistema de gestão garante a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Todos os implicados no projeto constituem peças importantes e cada qual com funções determinadas que garantam o cumprimento do processo de trabalho nas diferentes etapas.

O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita a gestão, tendo em conta que existem fatores a ser executados ou mediados por membros que não são da equipe de saúde, mas têm um fundamental desempenho pela responsabilidade no município.

Para articular todas as variáveis devemos cumprir com cada meta proposta que ajudariam a enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso, expressado no

cumprimento de cada objetivo específico, que garantem a integridade da finalidade deste trabalho.

Este projeto tem as características de ser dinâmico e contínuo, além de se nutrir das ideias de todos os envolvidos no projeto. Os encontros sistemáticos com os pacientes hipertensos permitirão a avaliação continuada e a evolução do plano.

O quadro 7 apresenta a situação atual das operações avaliadas pelo plano de gestão e o acompanhamento do plano operacional.

Quadro 7 - Plano de Gestão.

Coordenação: Dr.: Francisco Duglas Avalo González					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Cadastro dos pacientes com HAS. Adesão dos pacientes incidentes com HAS.	Médico Enfermeira Equipe do NASF	Cumprido	Atualização mensal	Realizar atualização da população.	Um mês.
Identificação dos fatores de riscos. Avaliação e estratificação da doença. Interconsultas a pacientes complicados.	Equipe de Saúde	Realizado.	Atualização bimensal.	Realizada a atualização do preenchimento da ficha familiar e do prontuário individual.	Dois meses
Educação permanente com a equipe de saúde.	Médico. Enfermeira	Em andamento.	Mensal.	Atualização de temas relacionados com HAS.	Um mês.
Controle da medicação.	Enfermeira Médico	Três meses	Mensal	Controle estrito pela farmacêutica e equipe.	Dois meses.
Realização de atividades educativas de prevenção nos grupos de HIPERDIA. Realização de atividades de promoção em saúde na área de abrangência. Palestras para os grupos vulneráveis.	Equipe de Saúde. NASF	Três meses.	Em andamento.	Realiza-se ajustes no cronograma de grupos de HIPERDIA por microáreas.	Dois meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero que a hipertensão arterial é um dos principais problemas de saúde em nossa área de abrangência e que o projeto de intervenção constitui uma ferramenta útil para diminuir a incidência da HAS e a prevalência de suas complicações na minha área de atendimento. Também posso avaliar que os pacientes não estão sensibilizados com sua patologia e que desconhecem a magnitude deste problema desde o ponto de vista pessoal e social.

A intervenção possibilitará agir sobre os riscos que podem ser controlados, tais como os hábitos alimentares, hábitos tóxicos, estado nutricional, entre outros. Portanto, espera-se melhorar o estilo e modo de vida do grupo de hipertensos e da população em geral.

A equipe poderá enfrentar os problemas de maneira mais sistemática e seguir passo a passo as ações que devem ser resolvidas no tempo previsto para dar garantia à saúde da população. Deve-se ainda estabelecer uma excelente relação com todos os fatores que podem atuar de forma mediata e assim aproveitar as oportunidades que são oferecidas pelos diferentes setores do município.

Este projeto constitui uma valiosa ferramenta para efetuar a prevenção primária, secundária e terciária da HAS e desta maneira controlar os riscos e diminuir a morbimortalidade dos pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. A. *et al.*. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n.2, p.297-304, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.

CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, R. W. D.; SILVA, J. E. G.; CUNHA, C. P.. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1885-1892, 2012.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S .L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2013. 140p.

GOULART, J. **Localização**. 2011. Prefeitura de Santana do Paraíso. Disponível em: < http://www.santanadoparaiso.mg.gov.br/Materia_especifica/6498/Localizacao >

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2016. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=315895&search=|santana-do-paraiso> >. Acesso em: 16 abr. 2016.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M.. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.5, p.1357-1363, 2012.

MALTA, D. C. *et al.*. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.23, n.4, p.99-608, 2014.

MINAS GERAIS. **Santana do Paraíso**. sd. Disponível em: <<http://www.minasgeraismg.net/cidades/santana-do-paraiso>>.

MORAES, N. S.; SOUZA, J. A. G.; MIRANDA, R. D.. Hipertensão arterial, diabetes mellitus e síndrome metabólica: do conceito à terapêutica. **Rev Bras Hipertens**, v.20, n.3, p.110-117, 2013.

PEDROSA, R. P.; DRAGER, L. F. **Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica**, 2010. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1430/diagnostico_e_classificacao_da_hipertensao_arterial_sistemica.htm>. Acesso em: 14 jun. 2016.

SANTANA DO PARAISO. Prefeitura Municipal de Santana do Paraíso. **Turismo**. 2011. Disponível em: <http://www.santanadoparaiso.mg.gov.br/Materia_especifica/6551/Beleza-natural>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

ZANESCO, A.; ZAROS, P. R.. Exercício físico e menopausa. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.31, n.5, p.254-261, 2009.