

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

**HECTOR GINES DELISLE MONTENEGRO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MINIMIZAR O IMPACTO DA ALTA  
PREVALENCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
EQUIPE PADRE GERALDO CORREA DA SILVA LOUREIRO**

**UBERABA - MG**

**2016**

**HECTOR GINES DELISLE MONTENGRO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MINIMIZAR O IMPACTO DA ALTA  
PREVALENCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
EQUIPE PADRE GERALDO CORREA DA SILVA LOUREIRO**

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.

Orientador: Professor João Klínio Cavalcante

**UBERABA - MG**

**2016**

## DEDICATÓRIA

A minha mãe Virgem Maria Montenegro Moracen, que sempre soube me guiar pelo caminho do bem, que Deus lhe tenha na glória.

A minha família, pelo apoio e incentivo moral nas minhas longas jornadas de estudos.

## **AGRADECIMENTOS**

A meu orientador, professor Dr. João Klínio Cavalcante, pela dedicação e paciência.

Ao programa Mais Médicos para o Brasil, pela oportunidade de ser médico intercambista.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, é a doença crônica não transmissível com mais morbidade no mundo e no Brasil, sendo assim sempre fica no topo dos problemas graves da saúde pública e, cuja abordagem é de responsabilidade de todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). No município de Cruzeiro da Fortaleza, a Hipertensão arterial é um problema desafiador para a atenção primária de saúde, devido a uma prevalência alta em relação à média dos municípios da região e também porque um controle inadequado dos níveis pressóricos causa, direta ou indiretamente, danos à saúde do indivíduo, agravando comorbidades preexistentes: além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Desse modo, o presente estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção que contribuísse para o controle adequado da pressão arterial no município de Cruzeiro da Fortaleza/MG. Para isso, adotou-se como metodologia a revisão de literatura sobre o tema Hipertensão Arterial, a fim de identificar estudos que apontassem ações, no atendimento da atenção primária, que pudessem contribuir para esse fim. Sendo assim, o caminho estratégico mais satisfatório para atenuar o impacto da alta prevalência da HAS ainda se debruça nas ações multidisciplinares e intersetoriais de prevenção e promoção da saúde, nos níveis individual, familiar e coletivo.

**Palavras-Chave:** Hipertensão Arterial. Saúde Primária. Plano de Ação. Intervenção.

## ABSTRAC

Systemic arterial hypertension (SAH) is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure - BP (BP  $\geq$ 140 x 90 mmHg). It is associated, often, the functional and / or structural changes in target organs (heart, brain, kidneys and blood vessels) and metabolic changes, increasing the risk of fatal and non-fatal cardiovascular events, is not transmissible chronic disease with more morbidity in the world and Brazil knot, so always on top of the serious problems of public health and whose approach is the responsibility of all levels of care in the Unified health System (SUS). In the city of Cruzeiro da Fortaleza, arterial hypertension is a challenging problem for the primary health care due to a high prevalence in relation to media municipalities in the region and because inadequate control of blood pressure levels cause, directly or indirectly, damage individual health, exacerbating preexisting comorbidities: besides being a direct cause of hypertensive heart disease, a risk factor for diseases resulting from atherosclerosis and thrombosis, manifested predominantly from ischemic heart disease, cerebrovascular, peripheral vascular and renal. Thus, this study aimed to develop an intervention project to contribute to the adequate control of blood pressure in Cruzeiro of Fortaleza / MG city. For this, it was adopted as the methodology literature review on the topic Arterial Hypertension in order to identify studies that pointed actions in the care of primary care, which could contribute to this end. Therefore, the most suitable strategic way to mitigate the impact of the high prevalence of hypertension still focuses on multidisciplinary actions and Intersectoriality prevention and health promotion, the individual, family and collective levels.

**Keywords:** Hypertension. Primary Health. Action Plan. Intervention.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS – Atenção Primária à Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

## **SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1- História e descrição do município.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2- Caracterização do sistema de educação.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3- Aspectos demográficos.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4- Aspectos Ambientais.....</b>	<b>12</b>
<b>1.5- Aspectos socioeconômicos.....</b>	<b>13</b>
<b>1.6- Aspectos epidemiológicos.....</b>	<b>15</b>
<b>1.6.1- Morbimortalidade.....</b>	<b>15</b>
<b>1.6.2- Indicadores de cobertura.....</b>	<b>16</b>
<b>1.7- Recursos de saúde.....</b>	<b>16</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>19</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
<b>5 BASES CONCEITUAIS.....</b>	<b>26</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 História e descrição do município

O município de Cruzeiro da Fortaleza é um dos municípios mais novos do estado Minas Gerais fica na microrregião de Patrocínio que por sua vez pertence à mesorregião do Alto Paranaíba.

A origem da cidade se deu com um vilarejo à margem direita do Ribeirão Fortaleza. Na praça Santa Cruz estava erguido o Cruzeiro, ao lado de uma capela, onde as pessoas se reuniam para suas preces. Esse vilarejo estava na fazenda de Antônio Luiz da Silva Leite, que mais tarde doou o terreno, hoje patrimônio municipal. O topônimo da cidade originou-se justamente por causa desse cruzeiro, juntamente com o nome do ribeirão que banha o município, o Ribeirão Fortaleza.

A região onde se localiza o município pertenceu a Patrocínio, que tinha entre seus distritos o de Cruzeiro da Fortaleza, criado em 1911. Em 1962, o distrito obteve sua emancipação política. O município constitui-se da cidade sede e do distrito de Brejo Bonito, além de vários pequenos povoados. Dentre as festas religiosas tradicionais destacam-se as de Nossa Senhora de Fátima, Sagrado Coração de Jesus, São Benedito, São Sebastião e Nossa Senhora do Rosário.

A festa Regional do Queijo é um dos eventos mais importantes da cidade. Durante a sua realização, ocorrem shows artísticos, desfiles, cavalhadas, maratonas e a eleição da Rainha do Queijo. Cruzeiro da Fortaleza apresenta como atrativo turístico o rio Fortaleza, represa Bela Vista, artesanato, culinária típica e áreas preservadas do cerrado.

A situação da Saúde em Cruzeiro da Fortaleza, apesar de ainda possuir notórias limitações, avançou consideravelmente nos últimos anos. Ampliaram-se, notadamente, os recursos para o setor, permitindo investimentos de monta em infraestrutura e na melhoria salarial dos trabalhadores, bem como em educação permanente e capacitações dos trabalhadores. Houve um esforço considerável em ampliar a participação dos trabalhadores e usuários na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), através dos órgãos colegiados de gestão, do planejamento participativo, da intensa atividade do Conselho Municipal de Saúde que se traduziu, muitas vezes, em tensão e conflito com o órgão executor.

O município, em 2013 contava com 3986 habitantes, a Equipe de Saúde da Família (ESF) Padre Geraldo conta com 2127 moradores na sua área de abrangência, dividida em 5 microáreas, cada uma atendida de forma individual por um agente comunitário de saúde (ACS) que facilita de forma direta a ligação entre os pacientes e a UBS. A microárea número 5 constitui-se por dois pequenos assentamentos de casas rurais e fazendas próximos à cidade.

O município Cruzeiro da Fortaleza fica localizado a uma distância aproximada de 430 km da capital Belo Horizonte, conta com área total de 185,505 km<sup>2</sup> e uma densidade populacional de 21,21 hab./km<sup>2</sup>. Na tabela 1 consta a quantidade de domicílios e população por cada localidade.

Tabela 1. Distribuição populacional e de residências do município Cruzeiro da Fortaleza, ano 2010.

Localidade	Quantidade de casas	Habitantes	Casas vagas	Casas habitadas
Santana	33	62	15	18
Brejo Bonito	604	1500	-	-
Barreiro	12	08	05	07
Córrego Dantas	12	25	06	07
Fortaleza A. Faz	39	67	13	26
Barra	05	19	01	04
São Lazaro "Jacu"	43	83	18	25
Fortaleza	17	53	09	8
Açudinho	85	169	30	55
Pitas	22	43	09	13
Cruz. Fortaleza	847	1951	175	672
Total	1719	3980	266	817

Fonte: SIAB

## 1.2 Caracterização do sistema de educação

O sistema municipal de ensino possui sala de pré-escola funcionando em duas escolas municipais, com o total de 151 alunos de 2º e 3º períodos. Existe uma creche (Creche Criança Feliz) mantida pela Prefeitura Municipal em convênio firmado com a Secretaria do Trabalho e Ação Social (SETAS).

O município conta com 05 unidades de ensino fundamental na rede municipal, e com 01 unidade de ensino médio da rede estadual. A capacidade de vagas da rede estadual é de 288 alunos e da Rede Municipal é de 960 alunos. As escolas municipais se localizam no perímetro urbano e zona rural, e a estadual no perímetro urbano. Somente as escolas municipais rurais são multisseriadas. Esta situação,

inicialmente provisória, tornou-se permanente e tem se constituído no principal óbice ao desenvolvimento e melhoria de ensino na rede municipal. O ensino médio é oferecido no período noturno. A Prefeitura auxilia o estudante no custeio do transporte. A evasão escolar no município é de 7%.

Os alunos que frequentam curso superior (Técnico Profissionalizante, Educação Continuada, Pós-graduação, Mestrado, Doutorado), deslocam-se para outros centros, pois o município não oferece cursos nessa área. Estes alunos recebem incentivo como transporte, bolsas de estudo e outros.

Há, ainda, a presença da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), atuando junto a alunos com necessidades especiais e o Núcleo Avançado de Educação Supletiva (NAES), promovendo a alfabetização e educação de jovens e adultos.

A taxa de Analfabetismo no município é de 9,24 % o que infere uma taxa de alfabetização de 91,76 %. No estado Minas Gerais a taxa é 7,66 % e no Brasil é de 9,02 % (IBGE, 2010).

### 1.3 Aspectos demográficos

A taxa de crescimento anual estimada para o período de 2006-2012 foi de 1,9%. No ano de 2012 existiam 1280 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), representando 61,3% da população feminina total (IBGE, 2010).

Não existem moradores abaixo da linha da pobreza no município. O programa Bolsa Família atende a 122 famílias, e outras 311 famílias identificadas como de risco estão no cadastro único familiar, e recebem ajuda de custo com as contas de água, energia entre outras.

Na tabela 2 podemos observar que entre os 2127 habitantes da área de abrangência da UBS Padre Geraldo Correa da Silva Loureiro, 1083 (50,92%) são homens e 1044 (49,08%) são mulheres, distribuídos por faixa, também podemos verificar uma proporção de idosos de 15,89 %, muito acima da média nacional do Brasil que segundo IBGE (2010) é de 10, 8%.

Tabela 2: Distribuição da população segundo a faixa etária, na área de abrangência da equipe de Saúde da Família Padre Geraldo da Silva Loureiro, 2014.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	%
< 1	15	12	27	1,26
1 a 4	61	38	99	4,65
5 a 6	30	18	48	2,25
7 a 9	45	49	94	4,41
10 a 14	86	77	163	7,66
15 a 19	80	97	177	8,32
20 a 39	316	312	628	29,52
40 a 49	162	131	293	13,77
50 a 59	128	132	260	12,22
> 60	160	178	338	15,89
Total	1083	1044	2127	100,00

Fonte: SIAB

#### 1.4 Aspectos Ambientais

No que se refere ao saneamento ambiental grande parte da comunidade vive em moradias com boas condições estruturais, e quase a totalidade da população tem rede de esgoto ou fossa séptica. A tabela 3 mostra os detalhes por microáreas.

Tabela 3: Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade e microárea, área de abrangência PSF Pe. Geraldo, município Cruzeiro da Fortaleza, 2014.

Modalidade de instalação sanitária	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Rede geral de Esgoto	158	147	150	134	5	594
Fossa Séptica	3	6	9	11	80	109
Sem instalação sanitária	-	-	-	-	1	1
Total	161	153	159	145	86	704

Fonte: SIAB

Percebe-se que a rede geral de esgoto é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos.

No que se refere ao destino final do lixo, a situação também é favorável, como evidenciado na tabela 4.

Tabela 4: Destino final do lixo das famílias na área de abrangência do PSF Pe. Geraldo, município Cruzeiro da Fortaleza, 2014.

Destino final do Lixo	Nº de Famílias	%
Coletado	647	91,90
Queimado/ Enterrado	55	7,82
Céu aberto	02	0,28
Total	704	100,00

Fonte: SIAB

Em relação ao abastecimento de água podemos constatar que há um predomínio de rede com água tratada, com 611 famílias com sistema de rede (86,79 %) e 93 famílias com poço ou nascente (13,21 %) conforme apresentado na tabela 5.

Tabela 5: Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade e microárea, na área de abrangência do PSF Pe. Geraldo, município Cruzeiro da Fortaleza, 2014.

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Rede geral	159	148	152	136	16	611
Poço ou nascente	2	5	7	9	70	93
Total de Famílias	161	153	159	145	86	704

Fonte: SIAB

### 1.5 Aspectos socioeconômicos

O município tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.8, uma renda média domiciliar per capita de R\$ 708,96. Conta com uma taxa de urbanização de 86,5 % (Soares, 2010).

A atividade econômica de maior expressão no município é a agropecuária. Entre as culturas mais importantes destaca-se o arroz, café, milho e feijão. Mais de 60 % da população empregada vive, basicamente, do trabalho da terra. O milho, em área cultivada e em valor de produção, é o principal recurso da agricultura local. Destacam-se ainda no quadro agrícola do município as plantações de mandioca e cana de açúcar. As pastagens ocupam a maior parte das terras municipais e abrigam um rebanho bovino de aproximadamente 14.689 cabeças. A maior parte das propriedades ainda é de um gado predominante cruzado, mais voltado para a produção de leite do que para o corte e, conseqüentemente, devido a sua alta produção de leite também tem uma grande produção de queijo, razão pela qual o município recebeu, há muitos anos atrás, o apelido de “A terra do Queijo” ao qual também deve seu nome a maior festa anual da cidade “Festa do Queijo”.

A outra parte da população trabalha na economia informal ou nos postos de trabalho de servidor público da prefeitura. Na Tabela 6, verifica-se a quantidade da população por tipo de trabalho segundo levantamento realizado pelos ACS por ocasião da atualização do cadastro das famílias, relativo às atividades da população economicamente ativa (10 anos e mais).

É válido aclarar que essas pessoas aqui representadas no mercado de trabalho principalmente os que não tem carteira assinada, em uma determinada época do ano ficam desempregadas devido à entressafra dos diferentes cultivos.

Tabela 6: Atividades da população com mais de 10 anos de idade, área de abrangência do PSF Pe. Geraldo, município Cruzeiro da Fortaleza, 2014.

População de 10 a 14 anos	163	100 %
10 a 14 anos trabalhando	11	6,7 %
População maior de 14 anos	1696	100%
Maiores de 14 anos estudantes	209	12,3
Maiores de 14 anos empregados com carteira assinada	345	20,3
Maiores de 14 anos empregados na economia informal	387	22,8
Maiores de 14 anos Autônomos	88	5,1
Desempregados	150	8,8
Aposentados	356	20,9
Outras Situações	161	9,4

Fonte: SIAB

## 1.6 Aspectos epidemiológicos

### 1.6.1 Morbimortalidade

O município não conta com hospital, porém encontra-se integrado ao sistema de saúde em rede regional para realizar encaminhamentos para internação hospitalar, nas cidades de Patos de Minas e Patrocínio, assim como para consultas especializadas.

Em 2013, ocorreram 142 hospitalizações de usuários da área de abrangência da Equipe Padre Geraldo Correa da Silva Loureiro sendo 29 por gravidez, parto e puerpério; 28 por doenças do aparelho circulatório; 39 por doenças do aparelho respiratório; 7 por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas; 8 por neoplasias e 31 por demais causas (SMS, 2013).

Os dados de morbidade referida estão apresentados na Tabela 7, a seguir.

Tabela 7: Morbidade referida segundo a microárea na área de abrangência da equipe do PSF Pe. Geraldo, município Cruzeiro da Fortaleza, 2013.

Morbidade Referida	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Alcoolismo	-	1	1	-	3	5
Doença de Chagas	3	2	6	1	4	16
Deficiência	3	4	7	5	7	26
Epilepsia	1	0	3	1	2	7
Diabetes Mellitus	14	16	19	16	18	83

Hipertensão arterial	85	91	101	87	72	436
Hanseníase	-	-	-	1	-	1

Fonte: Coordenação de Epidemiologia da SMS/Cruzeiro da Fortaleza.2013

Na Tabela 8, apresentamos os dados de mortalidade por faixa etária da população da área de abrangência da equipe do PSF Pe. Geraldo, no ano de 2013.

Tabela 8: Mortalidade proporcional por faixa etária, na área de abrangência da equipe do PSF Pe. Geraldo, município Cruzeiro da Fortaleza, 2013.

Faixa etária	Número
Menos de 1 ano	02
1 a 4 anos	0
5 a 14 anos	0
15 a 49 anos	06
50 a 59 anos	09
60 anos e +	07
TOTAL	23

Fonte: Secretaria de Saúde de Cruzeiro da Fortaleza

As causas de óbito de residentes na área de abrangência da equipe do PSF Pe. Geraldo, município Cruzeiro da Fortaleza em 2013 foram: doenças do aparelho circulatório (n=10); doenças do aparelho respiratório (n=4); causas externas (n=2); neoplasias (n=7) (SMS, 2013).

#### 1.6.2 Indicadores de cobertura

No município, a população usuária do SUS é de aproximadamente 92 %. Durante o ano de 2013, foram realizadas: 1692 consultas médicas, com média mensal de 141 consultas; 1987 atendimentos individuais de enfermeiro; 422 curativos; 178 injeções; 54 consultas de pré-natal (médico e enfermeiro).

Como pode-se constatar nos dados da Tabela 7, a Hipertensão Arterial é a doença mais frequentemente relatada pela população adstrita. No ano de 2013, não foi possível alcançar as 3 consultas para cada pessoa com hipertensão na área, devido, principalmente, à falta de profissional médico. Já no ano de 2014, devido a presença de médico na ESF, espera-se atingir a meta.

## 1.7 Recursos de saúde

O Fundo Municipal de Saúde foi criado pela lei 449/92, tendo contabilidade e personalidade jurídica própria, e possui regimento interno atualizado. O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, autônomo, com funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; é paritário, e a última nomeação dos membros se deu em 21 de outubro 2009.

Tabela 9. Orçamento da Saúde do Município de Cruzeiro da Fortaleza – MG, 2004-7

<b>Dados e Indicadores</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	151,35	249,39	316,21	383,63
Despesa com recursos próprios por habitante	103,44	171,71	234,68	253,46
Transferências SUS por habitante	44,01	47,65	46,08	59,30
% despesa com pessoal/despesa total	64,5	52,8	47,5	48,6
% despesa com investimentos/despesa total	0,3	4,3	9,1	4,6
% transferências SUS/despesa total com saúde	29,1	19,1	14,6	15,5
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	12,9	17,8	22,7	18,6
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica /despesa total	11,6	14,9	17,8	18,6
Despesa total com saúde	602.964,00	1.029.485,00	1.328.727,94	1.442.451,83
Despesa com recursos próprios	412.119,00	708.806,00	986.139,66	953.000,41
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	3.193.511,00	3.984.301,00	4.348.966,61	5.122.365,69
Transferências SUS	175.354,00	196.714,00	193.646,43	222.961,90
Despesa com pessoal	389.179,00	543.208,00	631.179,26	701.386,46

Fonte: SIOPS

Na Tabela 9, encontramos informações sobre o orçamento municipal. O orçamento destinado à saúde é discutido e aprovado por esta mesma instância. O Conselho participa das Audiências Públicas anuais para as referidas prestações de contas da saúde.

A UBS Padre Geraldo Correa da Silva Loureiro foi inaugurada em 11 de março do 2003, fruto da luta social da população do município e como uma necessidade do sistema de saúde municipal para se integrar com as políticas de saúde regionais, estaduais e federais. Desta forma, busca estruturar serviços de

saúde que priorizem ações de promoção, prevenção e educação em saúde em relação às ações curativas.

A UBS oferece cobertura a 100 % da população da área de abrangência. A equipe possui, atualmente, 1 médico do “Programa Mais Médicos”, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 4 ACS, todos com carga horária de 40 horas semanais. Também está alocada uma equipe de NASF integrada por 1 farmacêutico, 1 psicóloga, 1 nutricionista e 1 fisioterapeuta, todos com carga horária de 30 horas semanais.

A sede da equipe foi planejada e construída para este fim, localizada no centro da cidade. Tem uma área destinada à recepção que é bastante ampla e conta com 24 cadeiras, onde acontece o acolhimento e primeiro contato com o paciente, buscando o atendimento humanizado. O prédio também conta com uma sala de vacinação, consultório médico, consultório de enfermagem, uma sala de curativos, uma sala para os ACS, uma despensa e uma pequena copa. Destaca-se a falta de locais específicos para pequenas cirurgias e reuniões da equipe. Como a recepção é bastante ampla, a equipe utiliza para suas reuniões.

As reuniões com a comunidade e os grupos operativos são realizadas no salão da Associação de Alcoólicos Anônimos e no Country Clube. Este último possui instalação muito ampla, utilizada quando há necessidade de convocação de um número maior de participantes para uma atividade.

No que se refere aos serviços de saúde, como descrito anteriormente, existem duas UBS (cada uma funcionando com uma ESF) e um centro de pronto atendimento. Existem também um local adaptado que possui serviço de fisioterapia; uma farmácia estadual, embora o estoque de medicamentos seja limitado. Outros medicamentos podem ser adquiridos em uma farmácia particular que encontra parceria com o governo federal (Programa Farmácia Popular) para fornecimento de medicamentos de forma gratuita ou com preços reduzidos para as doenças crônicas não transmissíveis. Todos os serviços estão conectados entre si; a porta de entrada é o PSF onde os pacientes são atendidos em horário diurno com a demanda espontânea. Se algum paciente necessitar permanecer em observação, ele será encaminhado ao centro de pronto atendimento. Quando o pronto atendimento atende algum paciente com uma condição de saúde emergencial, o médico faz a indicação para acompanhamento pelo médico do PSF, para prevenir ou diminuir o

acontecimento de novos quadros de agudização. Quando um paciente precisa de atendimento especializado, é feito encaminhamento através do Tratamento Fora do Domicilio (TFD), se não for urgência, ou via sistema do SUS-Fácil, quando é um quadro urgente, e desta forma é garantido o atendimento médico especializado na rede secundária e terciária de saúde

A UBS também encaminha aos serviços de fisioterapia, (onde funciona 2 vezes por semana um grupo de atividade física), nutrição e psicologia.

A prefeitura local refere que não tem recursos financeiros no seu orçamento para manter plantão 24 horas, mas disponibiliza serviço de ambulância nesse horário para transporte de atendimento de urgência até a cidade vizinha, Serra do Salitre, à 20 km.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre os pacientes da comunidade, pelo grande número de idosos e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências. A equipe elegeu o problema da HAS, considerando importante fazer um projeto de intervenção para evitar e/ou minimizar as complicações derivadas da HAS.

Atualmente a Hipertensão Arterial é a doença crônica com maior prevalência nesta área, fazendo-se necessário um projeto de intervenção que aprimore o combate às causas e aos fatores de risco, assim como o diagnóstico e tratamento adequado, com o intuito de diminuir as complicações como Infarto agudo do miocárdio (IAM), Ictus Cerebral (tanto Isquêmico como Hemorrágico), Doença Renal Crônica, Retinopatia Hipertensiva entre outras.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local existem recursos humano e materiais para realizar um Projeto de Intervenção que se mostre viável para o enfrentamento do problema.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Elaborar um Projeto de Intervenção que ajude a minimizar o impacto negativo da alta prevalência da Hipertensão Arterial na área de abrangência da UBS Padre Geraldo Correia da Silva Loureiro.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

3.2.1- Contribuir para diminuição do sedentarismo e conseqüentemente o sobrepeso e obesidade.

3.2.2- Aumentar o nível de informação da população sobre os danos à saúde que provoca um controle inadequado dos níveis pressóricos.

## 4 METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica, que vai sustentar a posterior elaboração do Plano de Ação para a UBS Padre Geraldo Correia da Silva Loureiro, cujo enfrentamento do problema é a HAS.

Para esta revisão, optou-se pelos seguintes critérios de inclusão: publicações nos idiomas em espanhol e português, utilizando as palavras-chave “Hipertensão Arterial Sistêmica”, “Atenção Primária” e “Atendimento ao Paciente com Hipertensão Arterial”. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

O Planejamento Estratégico e Situacional, sistematizado originalmente pelo Economista chileno Carlos Matus diz respeito à gestão de governo e à arte de governar: “Fica claro que uma coisa é planejar e outra coisa é fazer, por tanto em todo planejamento Estratégico Situacional deve-se deixar um espaço para reagir em situações imprevistas” (MATUS, 2004, p.7).

Da anterior citação podemos inferir que se tentarmos submeter o ritmo do desenvolvimento do trabalho da ESF à vontade da demanda espontânea ficaremos eternamente navegando em um mar sem fim, por tanto devemos imediatamente pensar que guiar o ritmo de trabalho em situações complexas exige exercer a prática do planejamento estratégico até seu último grau. Para atingir este objetivo será necessário entender e ultrapassar muitos preconceitos em relação à atividade de planejamento no setor da saúde pública.

### 4.1 Os problemas de saúde da área de abrangência do PSF Padre Geraldo Correa da Silva Loureiro

A partir do diagnóstico situacional, foram identificados os seguintes problemas:

- Alta prevalência de Hipertensão Arterial;
- Baixa Assistência a lactantes a consulta de puericultura;
- Desemprego;
- Saúde Mental;
- Ausência de funcionamento da UPA no horário de 19 h até 07 h;

- Baixa detecção de novos casos de Diabetes mellitus.

Após a identificação dos problemas, tornou-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.).

A equipe de PSF Padre Geraldo Correa da Silva Loureiro em conjunto com integrantes da equipe do NASF reuniu-se para fazer análise sobre os problemas fundamentais que atingem atualmente a população adstrita à nossa área de abrangência.

Para a definição da prioridade destes problemas detectados foi realizada uma planilha onde foram listados e analisados os problemas segundo os critérios seguintes:

- Atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a **importância** do problema selecionado;
- Distribuindo pontos segundo a sua **urgência** de 1 até 10 pontos, onde 1 ponto significa o nível mais baixo de e 10 pontos o nível mais alto;
- Distribuindo pontos segundo o **interesse** por resolver o problema de 1 até 10 pontos, onde 1 ponto significa o nível mais baixo de e 10 pontos o nível mais alto;
- Distribuindo pontos segundo a sua urgência de 1 até 10 pontos, onde 1 ponto significa o nível mais baixo de e 10 pontos o nível mais alto;
- Distribuindo pontos segundo a **resolutividade por parte da equipe** de 1 até 10 pontos, onde 1 ponto significa o nível mais baixo de e 10 pontos o nível mais alto.

Cada participante da análise teve oportunidade para expressar sua pontuação para cada critério dos problemas e, posteriormente, mediante cálculo da média de pontuações, que, por sua vez, deu um valor final de pontuação que permitiu estabelecer uma ordem de priorização dos problemas identificados. A seguir mostramos a tabela com os resultados.

Tabela 10: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe do PSF Padre Geraldo Correa da Silva Loureiro.

Principais Problemas	Importância (alta, média, baixa)	Urgencia (1 até 10 pts.)	Interesse (1 até 10 pts.)	Resolutividade por parte da equipe (1 até 10 pts.)	Pontuação Final	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão Arterial	Alta	9.3	10	7.5	26.8	1
Baixa detecção de novos casos de Diabetes mellitus	Alta	9.8	9.8	7.1	26.7	2
Assistência Baixa de lactantes a consulta de puericultura	Alta	7.8	7.8	7.5	23.1	3
Saúde Mental	Alta	9.8	9.8	2.2	21.8	4
Ausência de funcionamento da UPA no horário de 19 hrs até 07 hrs	Alta	10	10	1	21	5
Desemprego	Media	6.2	8.6	1	14.9	6

Pode-se verificar que o problema que ficou em primeiro lugar logo após a priorização dos problemas foi a **Alta Prevalência de Hipertensão Arterial**.

#### 4.1 Descritores do Problema Escolhido

Pode-se apreciar que o problema que ficou em primeiro lugar logo após a priorização dos problemas foi a **Alta Prevalência de Hipertensão Arterial**. A continuação tentaremos desvelar os descritores desse problema.

Tabela 11- Descritores da Alta Prevalência de Hipertensão Arterial

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	304	Diretrizes do SIRS*
Hipertensos cadastrados	486	SIAB
Hipertensos com acompanhamento	360	Registro da equipe
Hipertensos controlados	346	Registro da equipe
Obesidade dentro dos Hipertensos	156	Registro da equipe
Sobrepeso dentro dos Hipertensos	171	Registro da equipe
Sedentarismo dentro dos Hipertensos	370	Registro da equipe
População com alto Índice de Idosos	15%	IBGE

\*Superintendência Regional de Saúde, Diretrizes sobre estimação de Hipertensos segundo quantidade de população.

## 4.2 Explicação do problema da Alta Prevalência de Hipertensão Arterial

O problema definido como prioridade número 1 de nossa equipe foi a alta prevalência de HAS; para descrição a equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros foram produzidos pela equipe. Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo de planejamento. Chegamos à conclusão que nossa população da área de abrangência tem uma prevalência muito acima da estimativa proposta para a região com 31 % de pacientes de 20 anos ou mais que tem hipertensão arterial. Existem múltiplos fatores de risco que favorecem a aparição de esta doença crônica entre eles temos : sobrepeso, obesidade, dislipidemias, sedentarismo, maus hábitos dietéticos e estilos de vida , pouca pratica ou nenhuma de exercício físico, nível e pressão social , nível baixo de informação, também têm influencia o ambiente político cultural, ambiental, e socioeconômico assim como o modelo de desenvolvimento econômico e social o qual é determinante na política pública, a qual tem influência no modelo assistencial, interfere na estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho e isto também interfere em uso de protocolos, apoio diagnostico , assistência farmacêutica , referência e contra referência assim como a capacitação do pessoal. Estão associados com a ocorrência desta doença crônica os fatores hereditários que tem um papel muito importante e todas estas causas trazem como consequência mais diante infarto, AVC, doença renal crônica e isto pode provocar o aumento de invalidez, aposentadoria precoce, aumento do desemprego e aumento na mortalidade. Consideramos importante fazer um projeto de Intervenção que permita manter sobre controle estes pacientes hipertensos para prevenir as múltiplas complicações que esta doença pode provocar.

## 4.3 Nós Críticos Identificados pela equipe:

- 1- Sedentarismo;
- 2- Obesidade;
- 3- Hábitos alimentares inadequados;
- 4- Alto consumo de sal;

- 5- Interferências culturais (população acima de 50 anos com média de nível cultural mais baixo e maior taxa de analfabetismo);
- 6- Estresse e/ou ansiedade (síndrome de ninho vazio);
- 7- Tabagismo;
- 8- Alto consumo de bebidas alcoólicas na população em geral;
- 9- Baixo nível de informação sobre a doença e suas complicações;
- 10- Necessidade de melhor organização no processo de trabalho da equipe.

## 5 BASES CONCEITUAIS

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

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

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

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as Doenças Cérebro Vasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os

anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

Nessa mesma pesquisa, a frequência de adultos que referiram diagnóstico de HAS esteve entre 12,9% em Palmas e 29,8% no Rio de Janeiro. Ressalta-se que, no sexo masculino, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (23,9%) e em Campo Grande (23,9%) e, entre as mulheres, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (34,7%) e em Recife (30,3%) (BRASIL, 2012).

Canadá e Cuba nessa ordem representam o topo mundial da qualidade no acompanhamento dos usuários hipertensos atribuída à implementação de um sistema de Saúde baseado fortemente na Atenção Básica e mesmo assim ainda tem um por cento da população que não tem cifras de pressão arterial (PA) sobre controle (BRASIL, 2013).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o

abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Os profissionais da Atenção Básica (AB) têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013).

A literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais da AB possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (CAMPBELL et al., 2003; DROUIN et al., 2006; ONYSKO et al., 2006; BONDS et al., 2009).

## 5.1 Organização da Linha de Cuidado da hipertensão arterial sistêmica

Segundo Brasil(2013) a finalidade da Linha de Cuidado da HAS é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção.

Resumo dos passos para a modelagem da Linha de Cuidado:

- Partir da situação problema: “atenção à HAS na Unidade Básica de Saúde”, problematizando a história natural da doença e como se dá a realização do cuidado das pessoas (qual o fluxo assistencial que deve ser garantido para pessoas com PA limítrofe e HAS, no sentido de atender às suas necessidades de saúde?).

- Identificar quais são os pontos de atenção no município/distrito/região/estado e suas respectivas competências, utilizando uma matriz para sistematizar essa informação e dar visibilidade a ela (que ações esses

pontos de atenção devem desenvolver incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas?).

- Identificar as necessidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual.

- Identificar as necessidades das UBS quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/ estadual.

- Identificar como funciona o sistema de gestão da rede (espaços de pactuação – colegiado de gestão, Programação Pactuada Intergestores – PPI, Comissão Intergestores Regional – CIR, Comissão Intergestores Bipartite – CIB, entre outros).

- Desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede e relacionar as necessidades logísticas e de apoio necessárias. Definir, em parceria com outros pontos de atenção e gestão, os fluxos assistenciais que são necessários para atender às suas necessidades de saúde e as diretrizes ou protocolos assistenciais.

- Identificar a população estimada de pessoas com HAS e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essa doença.

- Definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado.

## 5.2 Rastreamento

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada. (BRASIL, 2013)

A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas.

O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada.

De acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser novamente verificada:

- A cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg (BRASIL, 2006a);
- A cada ano, se PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) (CHOBANIAN et al., 2003);
- Em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular – DCV (BRASIL, 2013).

Sempre que possível, a medida da PA deverá ser realizada fora do consultório médico para esclarecer o diagnóstico e afastar a possibilidade do efeito do avental branco no processo de verificação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Estudos demonstraram que, entre os profissionais médico, enfermeiro e técnico de Enfermagem que verificam a PA em serviços de Saúde, as medidas realizadas pelos técnicos de Enfermagem apresentaram efeito do avental branco com uma frequência menor (BRASIL, 2013). Portanto, destaca-se a importância do trabalho desses profissionais na verificação da PA em serviços de Saúde.

### 5.3 Diagnóstico

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida,

não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão, no entanto se a média das três medidas forem iguais ou maiores a 140/90mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS e a pessoa deverá ser agendada para consulta médica para iniciar o tratamento e o acompanhamento. Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições (BRASIL, 2013).

### 5.3.1 Classificação da pressão arterial

De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica (Tabela 12).

Tabela 12: Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

### 5.3.2- Consulta de enfermagem para estratificação de risco para doenças cardiovasculares

Na consulta de enfermagem para a estratificação de risco cardiovascular recomenda-se a utilização do escore de Framingham. A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL pelas suas siglas em inglês) e lipoproteínas de baixa densidade (LDL pelas suas siglas em inglês) A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de

intervenções mais intensas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O processo de estratificação possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios. O Quadro 13 aponta os fatores de risco baixo, intermediário e alto que influenciam na estratificação (BRASIL, 2013).

Tabela 13: Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV

Baixo risco/Intermediário	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagismo</li> <li>• Hipertensão</li> <li>• Obesidade</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Sexo masculino</li> <li>• História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens &lt;55 anos e mulheres &lt;65 anos)</li> <li>• Idade &gt;65 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidente vascular cerebral (AVC) prévio</li> <li>• Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio</li> <li>• Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA)</li> <li>• Ataque isquêmico transitório (AIT)</li> <li>• Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE)</li> <li>• Nefropatia</li> <li>• Retinopatia</li> <li>• Aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• Estenose de carótida sintomática</li> <li>• Diabetes mellitus</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2010.

Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo RCV. Se apresentar ao menos um fator de alto RCV, também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto RCV. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário. (BRASIL, 2013)

Na segunda etapa, será avaliada a idade, exames de LDLc, HDLc, PA e tabagismo. A figura ilustrativa do processo é bastante didática, de fácil aplicabilidade e está apresentada no Anexo A. Após avaliação da presença das variáveis mencionadas, inicia a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres. (BRASIL, 2013)

O escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular (BRASIL, 2010) e auxilia na definição de condutas:

- **Baixo Risco** – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável (BRASIL, 2013).

- **Risco Intermediário** – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde (BRASIL, 2013).

- **Alto Risco** – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas (BRASIL, 2013).

### 5.3.3 Consulta médica na avaliação inicial da pessoa com HAS

A consulta de avaliação inicial de pessoas com diagnóstico de HAS deverá ser realizada pelo médico da UBS. O objetivo inclui identificar outros fatores de risco para DCV, avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo (LOA) e considerar a hipótese de hipertensão secundária ou outra situação clínica para encaminhamento à consulta em outro nível de atenção. O processo de educação em Saúde estabelecido entre o médico e a pessoa deve ser contínuo e iniciado nessa primeira consulta (BRASIL, 2013).

Neste momento, é fundamental investigar a sua história, realizar o exame físico e solicitar exames laboratoriais, que contribuirão para o diagnóstico, a avaliação de risco para DCV e a decisão terapêutica (BRASIL, 2013).

#### 5.4 Tratamento e Acompanhamento das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica

O cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013).

##### 5.4.1 Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida (BRASIL, 2013).

Entre as MEV está a redução no uso de bebidas alcoólicas. O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial, promovendo redução de 3,3mmHg (IC95%1: 2,5 – 4,1mmHg) em pressão sistólica e 2,0mmHg (IC95%: 1,5 – 2,6mmHg) em diastólica [GRADE B] (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2011; MOREIRA et al, 1999).

Outro ponto a ser observado é o uso de anticoncepcionais hormonais orais. A substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da pressão arterial em pacientes hipertensas [GRADE D] (LUBIANCA et al., 2005; ATTHOBARI et al., 2007).

O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% (BRASIL, 2013).

#### 5.4.2 Tratamento medicamentoso

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular (BRASIL, 2013).

Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA  $\geq$  160/100mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008).

Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem, em conjunto com o médico, não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses. Durante esse intervalo de tempo devem ter a pressão arterial avaliada pela equipe, pelo menos, mensalmente. Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa (BRASIL, 2013).

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos [**Grau de Recomendação A**], betabloqueadores [**Grau de Recomendação A**], inibidores da enzima conversora de angiotensina [**Grau de Recomendação A**], antagonistas de receptores de angiotensina II e com

bloqueadores de canais de cálcio [**Grau de Recomendação A**], embora a maioria dos estudos utilizem, no final, associação de anti-hipertensivos. Este benefício é observado com a redução da hipertensão arterial por si mesma, e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independe da classe de medicamentos utilizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Na população negra, a prevalência e a gravidade da hipertensão é maior, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso País, predomina a população miscigenada, que pode diferir da população negra quanto às características da hipertensão. Desta forma, para pacientes negros, desde que não haja contraindicações, o uso de diuréticos e bloqueadores de canais de cálcio é a opção mais racional (BRASIL, 2010).

Os diuréticos são pelo menos tão eficazes quanto outras opções anti-hipertensivas para prevenir eventos cardiovasculares em ampla gama de condições, como gravidade de hipertensão, idade, gênero, raça e presença de comorbidades (eventos clínicos prévios e diabetes mellitus). Levando em conta tolerabilidade pelo menos equivalente à de outros grupos e melhor relação de custo-efetividade, diuréticos são a primeira escolha para o tratamento da hipertensão arterial (FUCHS, 2009), principalmente em pessoas maiores de 55 anos ou negras em qualquer idade em Estágio I. Para pessoas com menos de 55 anos, a decisão de iniciar com diurético deve ser tomada pelo médico com o usuário.

É indispensável atentar-se para a adesão continuada ao tratamento. Há inúmeras abordagens propostas para aumentar a adesão ao tratamento, mas a efetividade nem sempre é a desejada. A inserção de farmacêuticos na equipe assistencial para orientação sobre o uso de medicamentos e outras ações (atenção farmacêutica) pode ser útil (CASTRO et al, 2006).

Antes de substituir o anti-hipertensivo que se mostra ineficaz, deve-se garantir o uso de doses adequadas. Ocorrência de efeitos adversos significativos ou continuada ineficácia indicam a necessidade de substituição, em vez do uso de doses mais altas. Pacientes sobre tratamento com três anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo um diurético, com adesão conferida e sem pressão controlada,

têm hipertensão resistente. Esses pacientes devem ser referidos a serviços especializados (BRASIL, 2013).

#### 5.4.3 Acompanhamento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

O médico e a enfermeira farão o seguimento das pessoas com hipertensão, solicitando o apoio de outros profissionais de Saúde de acordo com as necessidades de cada caso e recursos disponíveis. Recomenda-se uma avaliação anual com dentista ou de acordo com o plano estabelecido após avaliação odontológica. Uma vez controlados os níveis pressóricos, deveremos acompanhar o paciente conforme suas necessidades individuais e o seu risco cardiovascular. Sugere-se que as consultas sejam mensais, até atingir o nível pressórico desejado. Visitas mais frequentes podem ser necessárias para pacientes em estágio II ou com comorbidade associada [Grau de Recomendação D] (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008; BRASIL, 2006a).

As consultas médicas e de enfermagem para acompanhamento dos casos que atingiram a meta pressórica deverão ser preferencialmente intercaladas. Sugere-se que sua periodicidade varie de acordo com o risco cardiovascular estabelecido por meio do escore de Framingham e de acordo com as necessidades individuais, considerando-se as diretrizes locais. No quadro 14, está apresentada uma sugestão de periodicidade de consulta de acordo com o escore de Framingham. Para os usuários com HAS com escore de Framingham na categoria de baixo risco, indica-se que consultem anualmente com o médico e com o enfermeiro. Aqueles com risco moderado deverão realizar consulta médica e de enfermagem semestralmente. Aqueles com risco alto farão acompanhamento médico e de enfermagem quadrimestral (BRASIL, 2013).

Tabela 14: Classificação de risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham e sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica

<b>Categoria</b>	<b>Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos</b>	<b>Consulta Médica</b>	<b>Consulta de Enfermagem</b>	<b>Consulta Odontológica</b>
Baixo	< 10%	Anual	Anual	Anual
Moderado	10 – 20%	Semestral	Semestral	Anual

Alto	20%	Quadrimestral	Quadrimestral	Anual
------	-----	---------------	---------------	-------

Fonte: DAB/SAS/MS.

De acordo com as necessidades e os resultados do acompanhamento da pessoa, esta poderá ser encaminhada para avaliação com o farmacêutico ou para orientações com nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico, conforme disponibilidade do serviço (BRASIL, 2013).

Apesar de a equipe estar organizada quanto à periodicidade do acompanhamento, existem situações em que este atendimento precisa ser adiantado e as condutas reavaliadas. Além do risco cardiovascular, a equipe precisa estar atenta a vulnerabilidades, potencial para o autocuidado e outras situações que requerem atendimento imediato (BRASIL, 2013). Algumas dessas situações estão descritas a seguir.

#### 5.4.4 Emergências hipertensivas

São condições em que há elevação crítica da pressão arterial com quadro clínico grave, progressiva lesão de órgãos-alvo e risco de morte, exigindo imediata redução da pressão arterial com agentes aplicados por via parenteral. [Grau de Recomendação D] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Há elevação abrupta da pressão arterial ocasionando, em território cerebral, perda da autorregulação do fluxo sanguíneo e evidências de lesão vascular, com quadro clínico de encefalopatia hipertensiva, lesões hemorrágicas dos vasos da retina e papiledema. Habitualmente, apresentam-se com pressão arterial muito elevada em pacientes com hipertensão crônica ou menos elevada em pacientes com doença aguda, como em eclâmpsia, glomerulonefrite aguda, e em uso de drogas ilícitas, como cocaína. Podem estar associadas à acidente vascular encefálico, ao edema agudo dos pulmões, às síndromes isquêmicas miocárdicas agudas e à dissecação aguda da aorta. Esses casos requerem manejo imediato e encaminhamento em serviço de urgência e emergência, pois há risco iminente à vida ou de lesão orgânica grave (BRASIL, 2013).

#### 5.4.5 Urgências hipertensivas

A elevação crítica da pressão arterial, em geral pressão arterial diastólica  $\geq$  120mmHg, porém com estabilidade clínica, sem comprometimento de órgãos-alvo, caracteriza o que se convencionou definir como urgência hipertensiva – UH (BRASIL, 2013).

Pacientes que cursam com UH estão expostos a maior risco futuro de eventos cardiovasculares comparados com hipertensos que não a apresentam, fato que evidencia o seu impacto no risco cardiovascular de indivíduos hipertensos e enfatiza a necessidade de controle adequado da pressão arterial cronicamente. A pressão arterial, nesses casos, deverá ser tratada com medicamentos por via oral, buscando-se sua redução em até 24 horas [Grau de Recomendação D] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Embora a administração sublingual de nifedipino de ação rápida seja amplamente utilizada para esse fim, foram descritos efeitos adversos graves com essa conduta. A dificuldade de controlar o ritmo e o grau de redução da pressão arterial, sobretudo quando intensa, pode ocasionar acidentes vasculares encefálicos e coronarianos. O risco de importante estimulação simpática secundária e a existência de alternativas eficazes e mais bem toleradas tornam o uso de nifedipino de curta duração (cápsulas) não recomendável nessa situação. O captopril 25 mg via oral é indicado nesta situação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

#### 5.4.6 Pseudocrise hipertensiva

A chamada pseudocrise hipertensiva é uma situação que não se enquadra na classificação tradicional de urgência e emergência hipertensiva, porém, apresenta-se com uma frequência muito maior em serviços de Atenção Básica. Geralmente, apresenta-se como uma medida de PA elevada associada a queixas vagas de cefaleia ou sintomas e sinais de ansiedade, sem sinais de comprometimento de órgão-alvo. O tratamento, nesses casos, deve ser dirigido à causa da elevação

arterial, como uso de analgésicos na presença de cefaleia, de modo a evitar o risco de hipotensão e isquemia cerebral ou miocárdica. Muitas vezes, pode refletir a má adesão ao tratamento anti-hipertensivo ou uso de doses insuficientes (BRASIL, 2012). A pseudocrise hipertensiva oferece uma oportunidade para reforçar as medidas não medicamentosas e/ou otimizar o tratamento medicamentoso.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para a construção de qualquer plano de ação em atenção primária é basilar uma análise na área de abrangência que identifique e priorize os problemas locais, em que se destaque a sua importância, urgência e a capacidade potencial de enfrentamento pela equipe de saúde da família. Em seguida, minuciar as peculiaridades do problema e suas raízes sociais, bem como suas indesejadas consequências. É então que o problema de saúde é selecionado como “nó crítico”, e a ele se destinarão operações que primem por resultados esperados, através dos recursos e produtos esperados, o que naturalmente requer a elaboração de projetos e operações que levem em conta os recursos críticos.

Obviamente que toda essa dinâmica deve ser analisada diante da viabilidade do plano de intervenção, que deve acarretar a correta elaboração do mesmo, e, ao ser implantado, deve ter uma gestão responsável, que após sua introdução na sociedade local, preze pelo acompanhamento e coordenação do plano de operação.

Desta maneira, foi elaborado um plano de ação para atenção primária, a fim de manter o controle adequado da PA, minimizar e/ou prevenir ao máximo as complicações derivadas da doença e fornecer uma qualidade de vida excelente pra todos os pacientes diagnosticados.

Este plano foi elaborado conjuntamente entre nossa ESF e a equipe do NASF tentando construir um plano de ação o menos improvisado possível que nos vai permitir ter uma maior quantidade de sucesso.

Tabela 15: Desenho das operações para os “nós” críticos do problema alta prevalência de Hipertensão Arterial

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
------------	--------------------	----------------------	----------	----------------------

<p>Sedentarismo e/ou Obesidade (1)</p>	<p><b>Mais vida;</b> Promover a realização de atividade física entre os pacientes Hipertensos</p>	<p>Diminuir em 30% o número de Hipertensos cadastrados que não fazem nenhuma atividade física. Perda de peso no 30 % dos pacientes com obesidade.</p>	<p>-Promover o programa minha Caminhada (realização de pelo menos 2 caminhadas por pessoa cada semana) através da rádio local. -Aprimorar o Grupo Operativo de realização de atividade física do NASF encaminhando até ele qualquer paciente identificado sedentário e/ou obeso - Distribuição de tirinhas com material educativo</p>	<p>-Organizacional: organizar as caminhadas, com checagem da pressão arterial. -Político: conseguir o espaço na rádio local. -Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação, capacitação do pessoal. - Financeiro: Aquisição de recursos como folhetos educativos, esfigmomanômetro e estetoscópio, Impressora e folhas</p>
<p>Alto consumo de sal e/ou Hábitos alimentares inadequados (2)</p>	<p><b>Se alimentando melhor;</b> Modificar os hábitos alimentares e quantidade de sal consumida por cada habitante.</p>	<p>Melhorar o nível na qualidade da alimentação dos Hipertensos e lograr uma dieta hipossódica.</p>	<p>Palestras educativas sobre nutrição em diferentes grupos operativos como o de emagrecimento, HIPERDIA, Obesidade. Campanha na rádio local sobre alimentação saudável. Encaminhamento para a nutricionista do NASF de qualquer paciente identificado tanto na consulta como no terreno com hábitos alimentares inadequados</p>	<p>-Organizacional: Organizar as palestras sobre diversos temas da nutrição e alimentação saudável - Político: conseguir o espaço na rádio local. -Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação, capacitação do pessoal que irá a dar as palestras -Financeiro: Aquisição de recursos como vídeo projetor, computador ou notebook, aluguel de local adequado com capacidade para todo o pessoal assistente as palestras</p>

Nível baixo de informação sobre a doença suas complicações	<b>Mais conhecimento;</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS e os riscos e complicações	População mais informada sobre a HAS	Avaliação do nível de informação da população sobre HAS Campanha educativa na rádio local. Capacitação dos ACS e de cuidadores. Palestras Educativas sobre todos os aspectos da HAS	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional: Organização da agenda. Político: Conseguir o espaço na rádio local.
Interferências culturais (população acima de 50 anos com média de nível cultural mais baixo e maior taxa de analfabetismo)	<b>Aprimorando minha cultura;</b> Aumentar o nível cultural da população menos instruída assim como da comunidade em geral	Diminuir em um 20% o nível de analfabetos completos ou analfabetos funcionais da população	Campanha educativa na rádio local. Propor a criação de um clube de amantes dos livros assim como a troca e empréstimos de livros entre seus integrantes. Abrir Espaço educativo para pessoas acima de 40 anos que precisem terminar o ensino fundamental	-Político: Articulação intersetorial; Promover parceria com departamento de educação assim como com o departamento de cultura esporte e lazer da prefeitura e qualquer outro ator que tenha influencia na cultura da cidade. Conseguir espaço na rádio local Financeiro: recursos para pagar maestros, local de ensino e materiais escolares
-Estresse e ansiedade (síndrome de ninho vazio)	<b>Batalhando com a vida;</b> Ajudar aos pacientes a lidar com as diferentes crises que se apresentam nos diferentes ciclos da vida	Diminuir o nível de estresse e ansiedade da população, com enfoque especial nos pacientes Hipertensos.	Aprimorar o grupo operativo contra o estresse e ansiedade gerenciado pela Psicóloga do NASF	Cognitivos: melhorar a preparação e nível conhecimentos sobre o estresse e ansiedade assim como o gerenciamento de grupos. Organizacionais: parceria coordenada entre os profissionais de ESF e o NASF para participar no grupo

Classificar os pacientes com HAS segundo o risco cardiovascular	<b>Cuidado certo;</b> Melhorar o nível no cuidado de portadores e os casos novos de HAS a través de uma classificação Inicial que definirá o número de seguimentos no ano para cada paciente Hipertenso	Garantia de medicamentos e exames previstos a todos os pacientes com HAS, portadores e os casos novos	Capacitação do pessoal. Contratação de compra de exames e consultas especializadas. Compra de medicamentos.	Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros: Aumento do recurso monetário para oferta de exames complementares e medicamentos.
Processo de trabalho da equipe	<b>Linha de cuidado;</b> Implantar a linha do cuidado para o portador de HTA e os casos novos incluindo os mecanismos de referência e contrarreferências.	Cobertura de 100% da população com HTA.	Protocolos implantados Recursos humanos capacitados.	Cognitivo: Elaboração do projeto de linha de cuidado e de protocolos.  Organizacional: Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais que facilite o devido encaminhamento com boa referência e contra referência. Organizar a agenda de trabalho de forma que se priorize e se lhe garanta atendimento de qualidade para os pacientes com HAS.
-Tabagismo -Alto consumo de bebidas alcoólicas na população em geral	<b>Vontade de viver;</b> Intervenções e ações que possibilitem atingir tanto a promoção e prevenção quanto a mitigação e redução de danos provocados pelo alcoolismo e	Diminuir o nível de consumo e/ou eliminar o tabagismo e o consumo de bebidas alcólicas na população em geral com enfoque especial entre os pacientes	Campanha educativa na rádio local. Palestras educativas com a população em geral e os grupos operativos. Fala educativa individual com qualquer paciente identificado em	Político: Articulação intersetorial e mobilização social. Conseguir o espaço na rádio local. Cognitivos: aprimorar os conhecimentos sobre os riscos e complicações do tabagismo e alcoolismo.

	tabagismo	Hipertensos.	consulta ou visita domiciliar com qualquer profissional do PSF	Financeiros: vídeo projetor, diapositivas, notebook, impressora e papel para imprimir fitas educativas e/ou convites, cartéis.
--	-----------	--------------	--	--

(1) Nós críticos que foram juntados por similitude nas ações a realizar para enfrentá-los.

(2) Nós críticos que foram juntados por similitude nas ações a realizar para enfrentá-los.

### 6.1 Identificação dos recursos críticos

A seguir na tabela seguinte identificaremos os recursos críticos que se encontram neste plano de ação desenvolvido pela equipe pra o enfrentamento adequado aos nós críticos de problema escolhido.

Tabela 16 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema risco cardiovascular aumentado.

Operação/Projeto	Recursos críticos
<b>Mais vida</b>	-Político: conseguir o espaço na rádio local. - Financeiro: Aquisição de recursos como folhetos educativos, esfignomanômetro e estetoscópio, Impressora e folhas.
<b>Se alimentando melhor</b>	- Político: conseguir o espaço na rádio local. -Financeiro: Aquisição de recursos como vídeo projetor, computador ou notebook, aluguel de local adequado com capacidade para todo o pessoal assistente as palestras.
<b>Mais conhecimento</b>	-Político: Conseguir o espaço na rádio local.
<b>Aprimorando minha cultura</b>	-Político: Articulação intersetorial; Promover parceria com departamento de educação assim como com o departamento de cultura esporte e lazer da prefeitura e qualquer outro ator que tenha influencia na cultura da cidade. Conseguir espaço na rádio local -Financeiro: recursos para pagar maestros, local de ensino e materiais escolares
<b>Batalhando com a vida</b>	- Não foram identificados recursos críticos
<b>Cuidado certo</b>	-Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. -Financeiros: Aumento do recurso monetário para oferta de exames complementares e medicamentos.
<b>Linha de cuidado</b>	-Organizacional: Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais que facilite o devido encaminhamento com boa referência e contra referência.

<b>Vontade de viver</b>	-Político: Articulação intersetorial e mobilização social. Conseguir o espaço na rádio local. - Financeiros: vídeo projetor, diapositivas, notebook, impressora e papel para imprimir fitas educativas e/ou convites, cartéis.
-------------------------	---

## 6.2 Análise de viabilidade do plano

Agora chegou a hora de fazer análise da viabilidade do plano que equipe realizou. Entende-se que sempre haverá recursos pelos quais a equipe deve lutar para conseguir e para tal efeito precisa-se de ações que nos permitam persuadir aos atores responsáveis por esses recursos críticos. A seguir no quadro 3 faremos uma aproximação o mais perto possível da realidade com respeito a motivação dos atores que controlam esses recursos críticos e faremos propostas de ações para tentar mudar sua posição se esta não for favorável.

Tabela 17: Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações / projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
<b>Mais vida</b>	-Político: conseguir o espaço na rádio local.	-Prefeitura: setor de comunicação social	-Favorável	Não é necessária
	- Financeiro: Aquisição de recursos como folhetos educativos, esfignomanômetro e estetoscópio, Impressora e folhas.	-Secretaria de Saúde	-Favorável	Não é necessária
<b>Se alimentand o melhor</b>	- Político: conseguir o espaço na rádio local.	-Prefeitura: setor de comunicação social	Favorável	Não é necessária
	-Financeiro: Aquisição de recursos como vídeo projetor, computador ou notebook, aluguel de local adequado com capacidade para todo o pessoal assistente as palestras.	-Secretaria de Saúde municipal	-Favorável	Não é necessária
<b>Mais conhecimento</b>	-Político: Conseguir o espaço na rádio local	-Prefeitura: setor de comunicação social	-Favorável	Não é necessária

<p><b>Aprimoran do minha cultura</b></p>	<p>-Político: Articulação intersetorial; Promover parceria com departamento de educação assim como com o departamento de cultura esporte e lazer da prefeitura e qualquer outro ator que tenha influencia na cultura da cidade</p> <p>&gt;Conseguir espaço na rádio local</p> <p>-Financeiro: recursos para pagar maestros, local de ensino e materiais escolares.</p>	<p>- Secretaria de educação municipal e departamento de cultura esporte e lazer da prefeitura, ONGs, sociedade civil, lideres informais</p> <p>-Prefeitura: setor de comunicação social</p> <p>-Prefeitura: setor de finanças e economia</p>	<p>-Alguns são favoráveis e outros indiferentes</p> <p>- Favorável</p> <p>-Contraria</p>	<p>-Apresentar projeto sobre a importância da elevação no nível cultura e sua influência na saúde</p> <p>Não é necessária</p> <p>- Apresentar projeto sobre a importância da elevação no nível cultura e sua influência na saúde</p>
<p><b>Cuidado certo</b></p>	<p>-Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.</p> <p>-Financeiros: Aumento do recurso monetário para oferta de exames complementares e medicamentos.</p>	<p>-Secretaria de Saúde municipal</p> <p>-Prefeitura: setor de finanças e economia.</p>	<p>-Favorável</p> <p>-Contraria</p>	<p>-Apresentar estratégias e/ou projeto que explique a importância da prevenção certa e seu posterior impacto na diminuição de Internações</p>
<p><b>Linha de cuidado</b></p>	<p>Organizacional: Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais que facilite o devido encaminhamento com boa referência e contra referência.</p>	<p>-Secretaria municipal de saúde.</p> <p>-Fundo nacional de saúde.</p> <p>-Instituto Regional de Saúde (IRS)</p>	<p>Favorável</p> <p>-Indiferente</p> <p>-Indiferente</p>	<p>Apresentação de documento com sugestões para melhorar o sistema de atenção em rede e a contrarreferência por parte da atenção secundária e Hospitalar</p>

<b>Vontade de viver</b>	-Político: Articulação intersetorial e mobilização social. Conseguir o espaço na rádio local. - Financeiros: vídeo projetor, diapositivas, notebook, impressora e papel para imprimir fitas educativas e/ou convites, cartéis.	-Secretaria municipal de saúde, Secretaria de educação municipal e departamento de cultura esporte e lazer da prefeitura, ONGs, sociedade civil, líderes informais	Alguns favoráveis e outros indiferentes	Apresentar projeto sobre a importância da participação de todos os setores pra diminuir o consumo bebidas alcoólicas e tabagismo, explicando seu impacto na saúde da população -Não é necessária -Não é necessária
		-Prefeitura: setor de comunicação social -Prefeitura: setor de finanças e economia.	-Favorável  -Favorável	

### 6.3 Elaboração do plano operativo

A seguir só resta desenhar o plano operativo para definir quem vai ser o responsável pelo acompanhamento e gerenciamento da cada uma das operações propostas pela equipe. O quadro 18 mostra o antes falado.

Tabela 18: Plano Operativo

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo de início das operações
<b>Mais vida</b>	Diminuir em 30 % o número de Hipertensos cadastrados que não fazem nenhuma atividade física Perda de peso no 30 % dos pacientes com obesidade.		- Psicóloga e fisioterapeuta do NASF.	2 meses para início das atividades.
<b>Se alimentando melhor</b>	Melhorar o nível na qualidade da alimentação dos Hipertensos e lograr uma dieta hipossódica.		Nutricionista do NASF e Lic. em Enfermagem do PSF.	3 meses para início das operações

<b>Mais conhecimento</b>	População mais informada sobre a HAS.		Farmacêutico do NASF, tec. enfermagem 1, ACS 1	2 meses
<b>Aprimorando minha cultura</b>	Diminuir em um 20% o nível de analfabetos completos ou analfabetos funcionais da população.	-Apresentar projeto sobre a importância da elevação no nível cultura e sua influência na saúde.	Tec. de enfermagem 2, ACS 2, ACS 3	4 meses para apresentar o projeto
<b>Batalhando com a vida</b>	Diminuir o nível de estresse e ansiedade da população, com enfoque especial nos pacientes Hipertensos.		Psicóloga e Nutricionista do NASF	1 mês para início das atividades
<b>Cuidado certo</b>	Garantia de medicamentos e exames previstos a todos os pacientes com HAS, portadores e os casos novos	Apresentar estratégias e/ou projeto que explique a importância da prevenção certa e seu posterior impacto na diminuição de Internações.	Medico e Lic. Enfermagem do PSF	4 meses para apresentação do projeto
<b>Linha de cuidado</b>	Cobertura de 100% da população com HTA.	Apresentação de documento com sugestões para melhorar o sistema de atenção em rede e a contrarreferência por parte da atenção secundária e Hospitalar	Medico, ACS 4, tec. enfermagem 2	5 meses para apresentação de documento
<b>Vontade de viver</b>	Apresentar projeto sobre a importância da participação de todos os setores pra diminuir o consumo bebidas alcoólicas e tabagismo, explicando seu impacto na saúde da população.	Apresentar projeto sobre a importância da participação de todos os setores pra diminuir o consumo das drogas legais e seu impacto na saúde da população.	Farmacêutico do NASF, ACS 1, ACS 2,	3 meses para apresentação de projeto

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a visualização de um verdadeiro panorama da situação alarmante e emergencial da alta prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas consequências no cenário local, regional, nacional e até mundial.

Diante dessa perspectiva preocupante, é mister primar por alternativas que busquem não apenas impedir o aparecimento da HAS, que se mostra possível através de uma mudança do estilo de vida (MEV) dos pacientes, bem como o acompanhamento multidisciplinar, no sentido de amenizar os prejuízos da doença e retardar ou até mesmo aniquilar as complicações decorrentes, e que associadas são as principais causas de morte em pacientes com esta doença.

Sendo assim, o caminho estratégico mais satisfatório para atenuar os casos de uma PA descontrolada ainda se debruça na prevenção (através da MEV), o que está intimamente ligado com os métodos de educação e conscientização da população em geral e dos profissionais da área de saúde.

Para que um movimento preventivo tenha condição de atingir os reais fatores de risco, bem como as deficiências locais e pontuais, é indispensável que haja uma monitoração dos riscos, elaboração e apontamento dos nós críticos, que serão a rota para que a meta final seja alcançada. Seja ela através da diminuição dos índices de incidência, seja através da melhoria da qualidade de vida dos que já são casos diagnosticados.

É de suma importância o desenvolvimento de programas de intervenção na saúde da família, de modo que doenças como a abordada, possam ser monitoradas por profissionais engajados, que levarão ao controle e melhoria na assistência e qualidade de vida desses pacientes.

Para que tal excelência nos serviços seja alcançada é de fato primordial que haja uma busca contínua e ininterrupta pelo saber e pelo conhecimento das práticas e métodos eficazes, para que prevenir seja de fato a tutela efetiva para esta doença crônica.

Conclui-se então que ao criar um ambiente coletivo de interação entre os profissionais da saúde e os usuários forma-se uma cadeia facilitadora de prevenção e atenção aos cuidados necessários, de tal forma que o vínculo afetivo é criado, culminando na ideia de que novas políticas e planos de ação que objetivem a

modificação de realidade que necessitam de intervenção serão sempre implantados como formas atrativas e capazes de atingir seu real potencial.

## REFERÊNCIAS

ATTHOBARI, J. et al. The impact of hormonal contraceptives on blood pressure, urinary albumin excretion and glomerular filtration rate. **British journal of clinical pharmacology**, Oxford, v. 63, n. 2, p. 224-231, fev. 2007.

BONDS, D. E. et al. A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. **American Heart Journal**, Saint Louis, v. 157, n. 2, p. 278-284, fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 2)

\_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

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

BRITISH HYPERTENSION SOCIETY. Royal College of Physicians. Management in adults in primary care: pharmacological update. Hypertension. NICE Clinical Guideline 18. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/CG018>>. Acesso em: 23 set. 2008.

CAMPBELL, N. R. C. et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **J. Hypertension**, USA, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, aug. 2003.

CASTRO, M. S. de et al. Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. Report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. **American Journal of Hypertension**, New York, v. 19, n. 5, p. 528-533, may 2006.

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. **JAMA**, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003

DROUIN, D. M. D. Implementation of recommendations on hypertension: The Canadian Hypertension Education Program. **Canadian Journal of Cardiology**, Ontario, Canada, v. 22, n. 7, p. 595-599, may, 2006.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FUCHS, F. D. Diuretics: still essential drugs for the management of hypertension. **Expert Rev Cardiovasc Ther**, [S.l.], v.7, n. 6, p. 591-598, jun. 2009.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC**. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 10 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico, 2010**. Minas Gerais.

LUBIANCA, J. N. et al. Stopping oral contraceptives: an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension. **Journal of Human Hypertension**, London, v. 19, n. 6, p. 451-455, jun. 2005.

MATUS C. **O que é o Planejamento Estratégico Situacional?** Revista Espaço Acadêmico, n. 32, jan 2004. Disponível em: <[www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm](http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm)>. Acesso em: 29 nov. 2015.

MOREIRA, W. D. et al. The effects of two aerobic training intensities on ambulatory blood pressure in hypertensive patients: results of a randomized trial. **Journal of clinical epidemiology**, New York, v. 52, n. 7, p. 637-642, jul. 1999.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults**. London: NICE, 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13561/56008/56008.pdf>>. Acesso em: 23 feb. 2015.

ONYSKO, J. et al. Large Increase in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada after a healthcare professional education program. **Hypertension**, USA, v. 48, n. 5, p. 853-860, set. 2006.

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRUZEIRO DA FORTALEZA. **Sistema de Informação da Atenção Básica** [software digital, rede interna]. Dados pertencentes ao ano 2013. Dez. [acesso em set 2014]

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, [S.l.] v. 13, ano 13, jan./fev./mar. 2010.

SOARES W.O., APARECIDA C.S. **Plano Municipal de Saúde do Município Cruzeiro da Fortaleza 2010 – 2013** [documento oficial]. Secretaria Municipal de Saúde- Cruzeiro da Fortaleza; 2010.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.