

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARNALDO CELSO NAVARRO FERNANDEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE
DOS PACIENTES HIPERTENSOS DA COMUNIDADE URUCUIA,
MUNICÍPIO ESMERALDAS- MINAS GERAIS**

**LAGOA SANTA – MINAS GERAIS
2016**

ARNALDO CELSO NAVARRO FERNANDEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE
DOS PACIENTES HIPERTENSOS DA COMUNIDADE URUCUIA,
DO MUNICÍPIO ESMERALDAS- MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**LAGOA SANTA - MINAS GERAIS
2016**

ARNALDO CELSO NAVARRO FERNANDEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE
DOS PACIENTES HIPERTENSOS DA COMUNIDADE URUCUIA,
DO MUNICÍPIO ESMERALDAS – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em: 05/05/2016

DEDICATORIA

Aos meus pais e avôs

A minha esposa Alicia e duas filhas, Meylin e Isabel, sem elas nenhuma coisa teria sentido em minha vida.

AGRADECIMIENTOS

A Deus, por ter iluminado e guiado meus caminhos durante esta longa trajetória fora e dentro de Cuba.

A minha orientadora pela ajuda, paciência e compreensão.

Aos meus pais, e meus avós que sempre me incentivaram e com muito esforço, me ofereceram a melhor educação.

A toda a minha família e amigos, pelo incentivo e apoio de sempre.

Ao corpo docente do Curso de Especialização Estratégica Saúde da família.

Aos colegas da turma, pela amizade, convivência gratificante e pela cooperação mútua.

"[...] Se alguma ideia vale a pena notar, penso, neste momento, é a questão relacionada com a ética, solidariedade e formação científica de pessoal médico".

Fidel Castro Ruz (2014)

RESUMO

Este estudo tem por objetivo elaborar uma proposta de intervenção para o controle da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes inscritos em Unidade Básica de Saúde de Urucuia do município Esmeraldas – Minas Gerais, no período de janeiro a dezembro 2014. O método aplicado foi o Planejamento Estratégico Situacional para desenvolver a proposta. Para tal realizou-se três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e proposta de intervenção. Após a realização do diagnóstico situacional, verificou-se que o principal problema da população era a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica com baixo controle, por desconhecimento da doença pelos pacientes, pouca informação, crenças e costumes da população, estilos de vidas inadequados, estresse psicossocial e comorbidade associada. O diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão por parte do paciente ao tratamento prescrito, além de dificuldade nos serviços de saúde com destaque nas poucas atividades educativas e não cumprimento de protocolos assistenciais. Para tanto, espera-se que as atividades a serem desenvolvidas pelo projeto de intervenção venham contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

Descritores: Hipertensão. Autocuidado. Doenças Crônicas. Fatores de riscos.

ABSTRACT

This study aims to develop a proposal for intervention to control hypertension of patients enrolled in Basic Unit of Urucua health of the city Esmeraldas - MG, in the period from January to December 2014. The method applied was the Strategic Planning Situational for develop a proposal for such three stages took place: situation analysis, literature review and intervention proposal. After completion of the situation analysis, it was found that the main problem of the population was the high prevalence of hypertension with low control, unaware of the disease by patients, little information, beliefs and customs of the population, styles inadequate lives, stress psychosocial and associated comorbidity. The diagnosis and treatment are often overlooked, adding to that the low compliance by the patient to the prescribed treatment, and difficulties in health services especially in the few educational activities and non-compliance with care protocols. Therefore, it is expected that the activities to be undertaken by the intervention project will contribute to improving the quality of life of hypertensive patients.

Keywords: Hypertension. Self care. Chronic diseases. Risk factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DCV	Doença Cardiovascular
DIC	Doença Isquêmica do Coração
AVE	Acidente Vascular Encefálico
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ONG	Organizações Não Governamentais
MG	Minas Gerais
HIPERDIA	Programa de Hipertensão e Diabetes
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-americana da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO -----	11
2	JUSTIFICATIVA -----	16
3	OBJETIVO -----	18
4	METODOLOGIA -----	19
5	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA-----	20
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO -----	28
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	41
	REFERÊNCIAS.....	42
	APÊNDICE.....	45

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

Esmeraldas é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais, fundado em 16 de setembro de 1901, recebeu *status* de cidade em 1925 e, a partir de 1943 recebeu a sua denominação atual. Está localizado na região Metropolitana de Belo Horizonte, se situa a 24 km a norte - Oeste de Ribeirão das Neves, vizinho dos municípios, Florestal e de São José da Varginha. Situa-se a 59 km de Belo Horizonte (IBGE, 2010).

Esmeraldas tem uma população estimada de 66.237 habitantes, com uma taxa de urbanização de 80%. Possuía em 2010, uma renda média familiar/PIB *per capita* de R\$ 4746,23 (IBGE, 2010). É formado pelos distritos de Mello Viana e Andiroba, com 42 Bairros. O município possui uma área total de 909,592 km². O Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDH-M) é de 0,748 considerado alto, segundo o PNU de 2000 (IBGE, 2010).

O município mostra uma pirâmide de tipo expansiva, predominando a população de 0 a 14 anos com 16.246 para um 26,09%, o envelhecimento da população classificada segundo a OMS (maiores de 65 anos) em população intermédia com 6,17% e com predomínio do envelhecimento em pessoas maiores de 60 anos (IBGE, 2010).

Na Tabela 1 está apresentada a população de Esmeraldas de acordo com sexo e faixa etária, em 2010.

Tabela 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Esmeraldas. 2010

Faixa Etária	Homens	%	Mulheres	%	Total
00 - 04	2326	3,9	2292	3,8	4618
05 - 09	2664	4,4	2638	4,4	5302
10 - 14	3218	5,3	3108	5,2	6326
15 - 19	3111	5,2	2828	4,7	5939
20 - 24	2439	4,0	2466	4,1	4905
25 - 29	2330	3,9	2342	3,9	4672
30 - 34	2370	3,9	2468	4,1	4838
35 - 39	2181	3,6	2265	3,8	4446
40 - 44	2091	3,5	2144	3,6	4235
45 - 49	1822	3,0	1890	3,1	3712
50 - 54	1660	2,8	1526	2,5	3186
55 - 59	1272	2,1	1166	1,9	2438
60 - 64	927	1,5	878	1,5	1805
65 - 69	697	1,2	704	1,2	1401
70 - 74	577	1,0	524	0,9	1101
75 - 79	294	0,5	389	0,6	683
80 - 84	168	0,3	211	0,4	379
85 - 89	74	0,1	100	0,2	174
90 - 94	35	0,1	43	0,1	78
95 - 99	09	0,0	14	0,0	23
100 - 109	03	0,0	05	0,0	8
Total	30270	48,6	31992	51,4	62262

Fonte: Censo demográfico (IBGE, 2010).

A principal atividade econômica é a agropecuária, criação de gado e agricultura com plantação de batata, tomate, café, feno, eucalipto e outras verduras e vegetais, que acontecem em pequenas propriedades na zona rural localizada na periferia da cidade. Possui também plantação de cana de açúcar para produção de cachaça. Possui ainda pelas pequenas lojas de materiais de construção (areia) e da economia informal e pequenas indústrias. É elevado o número de desempregados e subempregados no município (IBGE, 2010).

1. 2 Sistema Municipal de saúde do Município de Esmeralda

O sistema de saúde Municipal é constituído por um Hospital Municipal, 26 UBS sendo que sete tem o Programa saúde da Família (PSF) para o desenvolvimento do Programa que foi implantado desde 2006.

O município tem atualmente uma cobertura de 33% da população com a Estratégia Saúde da Família (ESF), realizando ações de promoção da saúde, prevenção e ações assistenciais. Integra também o sistema municipal de saúde o Centro de Assistência Especializada, um laboratório de análise clínica, o Centro Municipal de Epidemiologia, o Centro de regulação de Consultas e uma Farmácia Municipal. Na tabela 2 é possível visualizar esses serviços dentro da rede de atenção à saúde.

Tabela 2 - Organização do Sistema de Saúde Municipal Esmeraldas MG. 2014

Município	População	Nível de atenção	Pontos de atenção	Sistema de apoio
Esmeraldas	62262	Primário	26 UBS • 7 PSF	<ul style="list-style-type: none"> • 1 farmácia municipal • 1 Laboratório de análises clínico • Transporte sanitário • Centro Municipal de Epidemiologia
		Secundário	• 1 Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de assistência Especializada • Centro de regulação de consulta

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Esmeraldas MG, 2014.

O sistema de referência é constituído pelo Centro de Assistência Especializada, o Hospital Municipal e Hospitais de Especialidades dos municípios de Belo Horizonte, Betim e Contagem.

1.2.1 Unidade Básica de Saúde Urucúia

A comunidade de Urucúia fica na periferia do município de Esmeraldas e é um dos 20 povoados que fazem parte do município. Está situada na região centro-norte distando aproximadamente 22km do centro da cidade e 78km do município de Belo Horizonte. A população adscrita é aproximadamente 4000 habitantes e 980 famílias, sendo que a maioria das residências da comunidade pode ser considerada boa, mas ainda há um número significativo de moradias muito precárias. A unidade fica localizada na Praça Cristiano Teixeira de Melo e recentemente foi remodelada.

A taxa de analfabetismo é de aproximadamente 5% na população, considerada alta, assim como o índice de evasão escolar também é alto. Na comunidade existe uma rede de captação de água de chuva. O esgoto doméstico é despejado no principal ribeirão da localidade. Há ainda a utilização de fossa seca e em algumas residências o esgoto é a céu aberto. Quanto à coleta de lixo é feita todas as terças pelo serviço municipal.

A região é muito sossegada, mais não como antes, pois há registros de roubo de gado, roubo e invasão de comércio, locais e um alto consumo de drogas. Registra-se que 94% das residências possuem energia elétrica e água fornecida pela COPASA. A comunidade conta com duas Igrejas (católica e evangélica), escola, centro comunitário e um ginásio poliesportivo.

As principais doenças crônicas não transmissíveis identificadas na comunidade são: as doenças circulatórias, onde a hipertensão tem alta prevalência com um 28% da população em maior de 15 anos, muitos sem adesão ao tratamento, com fatores de riscos associados, uso de drogas em doses inadequadas, sem controle e falta de informação educativa; a diabetes mellitus, asma bronquial, obesidade, alcoolismo, acidentes, câncer e doença mental, são outras doenças crônicas com prevalências média.

Os principais fatores de risco, o hábito de fumar, dislipidemias, sedentarismo, dietas inadequadas e consumo de drogas. As principais causas de morte em 2013 foram às circulatorias (IMA, EVC), os suicídios, câncer e acidentes

2 JUSTIFICATIVA

A relevância deste trabalho se legitima por propor ações para o controle da hipertensão arterial sistêmica no município Esmeraldas, Minas Gerais. A hipertensão arterial sistêmica se não tratada e acompanhada sistematicamente causará repercussões econômicas e sociais no município pelas taxas de morbimortalidade e gastos com internações e medicamentos.

Um dos fatores de riscos das doenças cardiovasculares é a hipertensão (pressão arterial elevada). A hipertensão afeta atualmente mil milhões de pessoas no mundo, e pode provocar infartos de miocárdio, acidentes cerebrovasculares e insuficiência renal, além de outras complicação. Os pesquisadores calculam que a hipertensão é a causa pela que morrem anualmente nove milhões de pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE, 2013).

Em 2008, o diagnóstico de hipertensão estava aproximadamente em 40% dos adultos maiores de 25 anos, o número de pessoas afetadas aumentou de 600 milhões no ano de 1980 a 1000 milhões em 2008. Além disso, as doenças cardiovasculares são responsáveis por aproximadamente 17 milhões de mortes por ano, quase um terço do total; a hipertensão é a causa de pelo menos 45% das mortes por cardiopatias, e por 51% das mortes por acidente cerebrovascular (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Malta e Silva Junior (2013, p.1) comentam que

Essas doenças podem levar a incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde, também produzem custos indiretos significativos para a sociedade e o governo, em função da redução da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer os custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas.

Esses autores comentam ainda que estudos realizados sobre os portadores de Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) apontam que no Brasil há uma perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes da presença de apenas três DCNT – diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico – levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões, entre 2006 e 2015.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a doença hipertensão tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. 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/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Frequentemente, a HAS por ser seu curso assintomático, o diagnóstico e tratamento são negligenciados, somando-se a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acesso a medicamentos (BRASIL, 2006).

A estimativa de hipertensão arterial em Minas Gerais de uma população total de 19.597.330 de habitantes são maiores de 20 anos 13.484.034 pessoas, sendo que 20% hipertensos representando um total de 2.696.806 (DATASUS, 2010).

O município de Esmeraldas apresenta um quadro de prevalência similar motivo pelo qual consideramos importante realizar o projeto de intervenção para contribuir na melhoria da qualidade de vida dos hipertensos residentes no território da unidade onde atuo.

3 OBJETIVO

Propor um Projeto Intervenção para melhorar o controle dos pacientes com hipertensão Arterial Sistêmica que residem no território da Unidade Básica de Saúde Urucúia do município Esmeraldas.

4 METODOLOGIA

Para a realização do projeto de intervenção foram seguidas as seguintes etapas:

- Diagnóstico situacional da comunidade atendida na unidade básica de saúde utilizando a metodologia da estimativa rápida onde foi possível identificar os principais problemas existentes no território da referida comunidade.
- Priorização dos problemas pelo método do planejamento estratégico situacional trabalhado na disciplina planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e seleção daquele que seria da governança da equipe atuar.
- Revisão bibliográfica utilizando os bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Autocuidado.

Doenças Crônicas.

Fatores de riscos.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplos, em 2007 foram registrados 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33. A doença renal terminal, outra condição frequentemente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007 (DATASUS, 2007).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006, p.7).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, p.7), a HAS pode ser definida como

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

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.8)

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

O critério atual de diagnóstico é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

Tabela 3 - classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual em maiores de 18 anos.

Categoria	Pressão arterial sistólica (mmHg)	Pressão arterial diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio I	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio II	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio III	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas realizadas em consultório. O diagnóstico deve sempre ser validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Acreditamos que o trabalho com os fatores de risco são as principais ações da prevenção primária e também o incremento de medidas para o tratamento não medicamentoso para o controle da hipertensão arterial.

A prevalência crescente da hipertensão se atribui ao aumento da população e seu envelhecimento e fatores de risco relacionados com o comportamento como, a dietas não saudáveis, uso nocivo de álcool, tabaco, a inatividade física, o sobrepeso, exposição prolongada ao estresse. Além de outras situações como: a dislipidemia, a diabetes e a hiperuricemia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Cesarino *et al.* (2008) destacam que existe relação direta e linear da PA com a idade sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos.

Martinez; Latorre (2006) encontraram, em pesquisa realizada com metalúrgicos do Rio de Janeiro e de São Paulo, a prevalência de HAS em torno de 24,7% e a idade acima de 40 anos enquanto que inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30% ao se considerar valores de PA \geq 140/90 mmHg.

Rosário; Scala e França (2009) apontam que em 22 estudos analisados encontraram a prevalência entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos.

Acreditamos que a população mundial envelhece rapidamente cada dia e a prevalência da hipertensão aumenta com a idade, além da associação de fatores de risco e de outras doenças associadas com a idade.

Lessa (2001) comenta que a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas.

O Colégio Americano de Medicina do Esporte e o Departamento de Saúde do Reino Unido estabelecem que os indivíduos adultos devam praticar pelo menos 30 minutos de atividade física de moderada intensidade, cinco ou mais vezes por

semana, para que possam se beneficiar em termos de redução da incidência de morbidade e mortalidade (LIMA *et al.*, 2014).

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença de excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial (BRASIL, 2006, p.25).

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997).

Segundo o informe mundial da hipertensão arterial, na maioria dos países, a ingestão média de sal por pessoa é de 9 g a 12 g por dia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012). Os estudos científicos têm demonstrado uniformemente que uma modesta redução da ingestão de sal, diminui a tensão arterial das pessoas com hipertensão e das normotensas, em todos os grupos de idade e em todos os grupos étnicos, ainda existem variações na magnitude da redução. Alguns estudos têm indicado que a redução da ingestão de sal é uma das intervenções que mais implica no custo-efetivo para reduzir as cardiopatias e os acidentes cerebrovasculares da população no todo o mundo.

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (2012) recomenda os adultos a consumir menos de 2000mg de sódio, ou seja, 5g de sal ao dia. O conteúdo de sódio é elevado nos alimentos processados como o pão, as carnes processadas como o toucinho (aproximadamente 1500 mg/100 g), os temperos como a sal de soja e cubos de caldo de carne (aproximadamente 20 000 mg/100 g).

Os alimentos ricos em potássio ajudam a diminuir a tensão arterial. A Organização Mundial de Saúde (2012) recomenda o consumo de pelo menos 3510 mg de potássio por dia para os adultos. Os alimentos ricos em potássio são: feijão, frutos secos, verduras como a espinafre e as frutas como a banana, a abóbora. O processamento reduz a quantidade de potássio de muitos alimentos.

Martinez; Latorre (2006) dizem que a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas.

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições. Isso corresponde, para o homem, a ingestão diária de no máximo 720 ml de cerveja (uma garrafa); 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada (uma dose). Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006).

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros consumidos e a profundidade da inalação. O risco parece ser maior em mulheres do que em homens.

Em avaliação por MAPA, a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não fumantes, mostrando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente orientados e estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas (BRASIL, 2006).

Outro elemento importante no controle dos pacientes hipertensos é o tratamento medicamentoso. O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade por doenças cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial (PA), mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências encontradas 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.

Tabela 4 - Classes de anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico. Classificação segundo sua função.

1	Diuréticos
2	Inibidores adrenérgicos
3	Ação central – agonistas alfa-2 centrais
4	Betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos
5	Alfa bloqueadores – bloqueadores alfa-1 adrenérgicos
6	Vasodilatadores diretos
7	Bloqueadores dos canais de cálcio
8	Inibidores da enzima conversora da angiotensina
9	Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II
10	Inibidor direto da renina

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade brasileira de Nefrologia (2010).

Para a tomada da decisão terapêutica é necessária a estratificação do risco cardiovascular global (tabela 5) que levará em conta, além dos valores de PA, a presença de FR adicionais.

Tabela 5 - Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído a classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas.

Outros fatores de risco ou doenças	Normotenso			Hipertensão		
	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Limítrofe PAS 130-139 ou PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Risco baixo adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1 a 2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

DM: diabetes melito; LOA: lesão de órgãos-alvo; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica; SM: síndrome metabólica.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade brasileira de Nefrologia (2010).

Tabela 6 - Decisão terapêutica segundo categoria de risco.

Categoria de risco	Considerar
<ul style="list-style-type: none"> • Sem risco adicional 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento não medicamentoso isolado.
<ul style="list-style-type: none"> • Risco adicional baixo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento não medicamentoso isolado por até seis meses. Se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso. • Tratamento não medicamentoso + medicamentoso
<ul style="list-style-type: none"> • Risco adicional médio, alto e muito alto 	

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de hipertensão/Sociedade brasileira de Nefrologia (2010).

Os percentuais de controle de PA são muito baixos apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares. Estudos isolados apontam o controle da hipertensão está em torno de 20% a 40%. A taxa de abandono, grau mais elevado de falta de adesão é crescente conforme o tempo decorrido após do início da terapêutica. A relação médico-paciente deve ser à base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar, pode facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e consequentemente aumentar o controle da hipertensão arterial (ANDRADE, 2002).

A adesão ao tratamento é definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente e os principais determinantes para não adesão ao tratamento anti-hipertensivo. São os determinantes mais frequentes: a falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica, o baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima e o relacionamento inadequado com a equipe de saúde. Outros fatores relacionados com processo de trabalho, tais como: tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço. Além de custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis e a interferência na qualidade de vida após início do tratamento, por isso devem ser incluídas em todo projeto educativo que objetive este aspecto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Foi aplicado o planejamento Estratégico Situacional (PES) para desenvolver o projeto de intervenção para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, dos pacientes inscritos na Unidade Básica de Saúde Urucuia, do município de Esmeraldas, no período de janeiro a dezembro de 2014.

Segundo Campos; Faria e Santos (2010, p.18)

Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão), portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo(racional)que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos.

A proposta foi executada em três etapas:

O momento explicativo do planejamento Estratégico de saúde

1ª Etapa: Diagnóstico situacional: foi elaborado com o intuito de identificar problemas relacionados à área de abrangência para nortear a realização de projeto de ações e realizado por meio de **Estimativa Rápida**. Segundo Campos; Faria e Santos (2010) a estimativa rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de um território, um modo de se obter informação sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo, seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades.

Além da revisão dos registros do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o número de portadores de doenças do aparelho circulatório e fatores de risco da população Urucuia, Município Esmeraldas de janeiro – dezembro 2014.

Primeiro passo: definição dos problemas (foram usadas técnicas qualitativas (grupos nominais, observação ativa) além de entrevistas semiestruturadas com informantes claves).

Segundo passo: priorização de problemas, segundo critérios de (importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe pelo projeto).

Terceiro passo: descrição do problema selecionado.

Quarto passo: explicação do problema (arvore de problema).

Quinto passo: seleção dos nós críticos.

2ª Etapa: Revisão bibliográfica - foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa da literatura sobre o tema da Hipertensão Arterial Sistêmica, a partir de documentos oficiais do Ministério da saúde, do governo de Minas Gerais.

A revisão narrativa ou tradicional apresenta um tema mais aberto: dificilmente parte de uma questão de pesquisa bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção: a busca das fontes não é pré-determinada, sendo frequentemente menos abrangente, mas segue o rigor científico para busca.

O momento Estratégico e operacional do planejamento em Saúde

3ª. Etapa: Elaboração do plano de ação.

Foi realizada utilizando-se os métodos descritivos no módulo Planejamento e avaliação das ações de Saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

6.1 Análise Situacional

Momento Explicativo do Planejamento Estratégico em Saúde

Primeiro passo: definição dos problemas de saúde.

Segundo passo: Priorização de problemas.

Quadro 7- Seleção de prioridades para os problemas identificados no ASS da comunidade de Urucuia -Esmeraldas.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
• Abastecimento de água tratada insuficiente	Alta	10	Fora	2
• Falta de recursos na Unidade Básica de saúde (antibióticos e cobertura médica permanente)	Média	7	Fora	4
• Incremento de Hábito de fumar e uso de drogas	Alta	10	Fora	2
• Alta prevalência de hipertensos descontrolados, sem percepção do risco.	Alta	10	Parcial	1
• Número significativo de moradias precárias	Média	6	Fora	5
• Incremento de fatores de risco	Alta	10	Fora	2
• Desemprego	Média	8	Fora	3
• Número importante de analfabetos	Média	8	Fora	3
• Envelhecimento da população	Média	7	Fora	4

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Para a descrição do problema só utilizamos os poucos dados que foram produzidos pela própria equipe.

Descrição do problema: A comunidade de Urucuia teve uma prevalência de 25,3 % de hipertensão arterial no ano de 2013, avaliada como alta, fica dentro das primeiras causas de morte da comunidade no ano passado, doença crônica que afeta a população maior do 19 anos, tem uma **tendência** ao incremento todos os anos, é muito **frequente e grave**, o equipe e a comunidade tem **recursos** para desenvolver estratégias para sua abordagem é uma doença **vulnerável** a seu controle e também é **coerente com nossa gestão**.

Quadro 8 - Descrição do problema. Prevalência de hipertensão arterial aumentada, com deficiente controle.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	924	Prevalência média do país → 33,1%
Hipertensos cadastrados	468 50.6 %	Registro da equipe
Hipertensos confirmados	468 50.6 %	Registro da equipe
Hipertensos controlados	178 38. 0 %	Registro da equipe
Diabéticos esperados	Aproximado: 308 11 %	Prevalência nacional →11%
Diabéticos cadastrados	Aproximado 272 9.7 %	Registro da equipe
Diabéticos confirmados	Aproximado 272 9.7 %	Registro da equipe
Diabéticos controlados	Aproximado 190 6.7 %	Registro da equipe
Tabagistas no HAS	Aproximado 98 21 %	Registro da equipe
Consumo de álcool no HTA	Aproximado 15 %	Registro da equipe
Dislipidemias no HAS	Aproximado 140 30 %	Registro da equipe
Obesos no HAS	Aproximado 149 32%	Registro da equipe
Sobrepeso no HAS	Aproximado 140 30 %	Registro da equipe
Inatividade física no HAS	Aproximado 280 60%	Registro da equipe
HAS complicados	Aproximado 47 10 %	Registro da equipe
Internação por HAS 2014	Aproximado 45 9.6 %	Registro da equipe
Óbitos por causa cardiovascular 2013	Aproximado 6 1,2 %	Registro da equipe
Uso mais 4 remédios hipotensores	Aproximada: 280 60 %	Registro da equipe

Quarto passo: explicação do problema

A hipertensão arterial é uma doença e um fator de risco para outras doenças como cerebrovasculares, infarto do miocárdio e tromboembolismos, além disso, os pacientes ficam com qualidade de vida deficiente e descontroles frequentes da PA, muitos medicamentos com dosagem insuficientes, associados a muitos fatores de risco como hiperlipidêmicas, sedentarismo, obesidade e doenças crônicas como diabetes, depressão que complicam seu manejo e compensação e muitas visitas ao posto de saúde.

Quinto passo: Identificação dos "nós críticos"

1. Desconhecimentos da doença e baixa percepção de risco dos pacientes .
2. Hábitos e estilos de vida inadequados e comorbidades associadas
3. Estrutura dos serviços de saúde deficiente.
4. Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema.

6.2 “nós críticos” a serem trabalhados

Quadro 9 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Urucuia – Esmeraldas, MG

Nó crítico 1	Problemas de conhecimentos da doença e baixa percepção de risco dos pacientes
Operação	Aumento do nível de conhecimento e informação de pacientes hipertensos e a população sobre : complicação agudas e crônicas, importância do acompanhamento por equipe de saúde, aderência ao tratamento segundo prescrição e fatores de risco.
Projeto	Saber + e Percepção + Desenvolver conhecimento, motivação, autoestima, percepção do risco.
Resultados esperados	Grupo de hipertensos mais informados, melhor preparados e mais competentes em diferentes temas da doença (complicação, fator de risco e tratamento)
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos operativos de hipertensos e talheres de ensino • Campanha educativa na radio local • Capacitação dos ACS e cuida dores • Programa de saúde Escolar • Avaliação do nível de conhecimentos dos pacientes de (FR, complicação, importância da adesão o tratamento)
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, líder das comunidades, líder políticos, comunicadores sociais.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivos: conhecimentos disponíveis por equipe da saúde, informação estratégica sobre o tema, estratégias de comunicação sociais e pedagógicas. • Organizacionais: Cartazes, vídeos, Panfletos, recurso humanos, sala de aulas, folhas de papel, canetas, mural, espaços para fazer exercícios, caminhadas. • Econômicos: Financeiro para recursos audiovisuais, folhetos educativos, fazer xeroques, panfletos educativos. • Políticos: (assegurar local, mobilização sociais, intersetoriais com a rede, assegurar a quadra poliesportivo, recursos audiovisuais, folhetos educativos)
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacional: Cartazes, vídeos, Panfletos, recurso humanos, sala de aulas, folhas de papel, canetas, mural. • Econômicos: Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. • Políticos: parceria com o setor educação, conseguir o espaço na radio local, articulação intersetorial.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso organizacional : Secretario de educação – motivado • Recurso econômico: controla Secretario de saúde – motivado • Recursos políticos: controla Setor educação - indiferente
Ação estratégica de motivação	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação com apresentação do projeto

Quadro 10 - Elaboração do plano operativo na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Urucuia - Esmeraldas. MG

Operações	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Saber + Percepção +	Grupos operativos de hipertensos.	Médico	3 m
	Campanha educativa na radio local.	Enfermeira Assistente Social	3 m
	Capacitação da equipe de saúde		
	Programa de saúde Escolar.	Médico	3 m
	Avaliar nível de conhecimentos dos pacientes.	Aux. Enfermagem	6 m
	Oficina de ensino para pacientes e cuidadores	Médico	3 -6 m
	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição saudável • Importância do exercício físico • Complicação da HAS • Fatores de risco e HAS • Importância da adesão ao tratamento • Uso de hipotensores 	Nutricionista Prof. educação Física Médico Médico Enfermeira Médico	

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida inadequados e comorbidades associadas
Operação	Diminuir os fatores de risco, modificando hábitos e estilos de vida inadequados.
Projeto	+ saúde + controle Desenvolver cultura na dieta adequada, pratica de exercício e perigo dos hábitos tóxicos
Resultados esperados	Diminuir em um 20 % fatores de riscos tais como: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dietas inadequadas ➤ Sedentarismo ➤ Obesidade
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de exercícios físicos, aeróbicos (caminhadas) • Campanha educativa na radio local • Programas saudável • Mesas redondas e Talheres de cozinha • Atividades de promoção e prevenção • Acompanhamento de nutricionistas
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, líderes das comunidades, líderes políticos. Nutricionista, tec. de fisioterapia.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivos: conhecimentos disponíveis por equipe da saúde, informação estratégica sobre o tema, estratégias de comunicação social. • Organizacionais: Cartazes, vídeos, Panfletos, recurso humanos, sala de aulas, folhas de papel, canetas, mural, para fazer exercícios, caminhadas. • Econômicos: Financeiro para recursos audiovisuais, folhetos educativos, fazer xeroques, panfletos educativos. • Políticos: (assegurar local, mobilização social, intersetoriais com a rede, assegurar a quadra poliesportivo, recursos audiovisuais, folhetos educativos)
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Econômicos: Financeiro para recursos audiovisuais, folhetos educativos, fazer xerox, panfletos educativos. • Políticos: assegurar local, mobilização social, ações intersetoriais com a rede, assegurar a quadra poliesportivo, conseguir o espaço na rádio local.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Secretario de saúde: motivado • Setor comunicação social: indiferente
Ação estratégica de motivação	Motivação com apresentação do projeto

Quadro 11 - Elaboração do plano operativo na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Urucuia Esmeraldas. MG

Operações	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
+ saúde + controle	• Programas de exercícios físicos, aeróbicos (programa de caminhadas)	Médico e profissional de educação física	3 m
	• Campanha educativa na rádio local	Enfermeira e Assistente Social	3 m
	• Programa saudável	Médico	3 m
	• Mesas redondas e Oficina de cozinha	Nutricionista	3 m
	• Atividades de promoção e prevenção	Médico	6 m
	• Acompanhamento de nutricionistas	Nutricionista	3 -6 m
	Oficina de ensino <ul style="list-style-type: none"> • Estilos de vida saudáveis 	Médico	3 m

Nó crítico 3	Estrutura dos serviços de saúde inadequada
Operação	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento ao grupo de pacientes hipertensos e pesquisa da população do risco
Projeto	Cuidar melhor
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de 80% cobertura dos medicamentos • Cumprimentos 90 % dos protocolos estabelecidos para o tratamento de doença (HAS) • Controle 90 % das doenças crônicas associadas em estes pacientes • Adequar ofertas de consultas, exame e medicamentos
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliares a hipertensos e familiares • Capacitação de pessoal de saúde • Gestão de contratação de compra consultas especializadas e exames e medicamentos e equipamento da rede. • Acompanhamento dos pacientes segundo estratificação do risco • Dose certa para cada paciente segundo os protocolos.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde Pacientes Líder da comunidade
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivos: elaboração de projetos e protocolos • Organizacionais: recurso humanos médicos especialistas • Econômicos: Financeiros, aumento de oferta de exames, consultas especializadas e novos medicamentos, recursos necessários para estrutura do serviço e equipamento. • Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacional: Recursos humanos Médicos Especialistas de outras disciplinas • Econômicos: Financeiro, aumento de exames, consultas especializadas e novos medicamentos. • Políticos: decisão de aumentar os recursos para estrutura e serviço
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Secretário de saúde: favorável • Coordenador da ABS: favorável • Prefeito municipal: favorável
Ação estratégica de motivação	Não precisa

Quadro 12 - Elaboração do plano operativo na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Urucuia Esmeraldas, MG.

Operações	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
Cuidar melhor	• Adequar ofertas com demandas	Enfermeira	3m
	• Visitas domiciliares a hipertensos e familiares	Médico- enfermeira	1ª 6 m
	• Classificação do risco dos pacientes	Médico	3 m
	• Protocolos implantados, atualizados e cumpridos.	Médico- enfermeira	1ª 6 m
	• Cadastrar as famílias de hipertensos	Enfermeira	1ª 6 m
	• Acompanhamento multidisciplinar segundo as necessidades de paciente	Médico	3 -6 m
	• Oficina de ensino para os familiares e cuidadores	Enfermeira	3 m
	• Gestão de contratação de compra consultas especializadas e exames e medicamentos e equipamento da rede	Saúde municipal	1 – 6 m

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema
Operação	Melhora da qualidade do processo de gestão e da cultura institucional
Projeto	Linha de cuidado + qualidade de tratamento
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Cadastrar + 90 % da população da área de abrangência • Cobertura de 90 % de pacientes hipertensos da população • 90 % dos pacientes com doença classificada • 90 % dos pacientes com doença controlada
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de trabalho completo • Recursos humanos capacitados • Linha do cuidado para risco cardiovascular implantada • Gestão da linha de cuidado implantada <ul style="list-style-type: none"> • Classificação da doença em cada paciente • Estratificação do risco • Mecanismos de referencia e contra referencia Trabalho multidisciplinar
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde Pacientes Líder da comunidade
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivos: Elaboração de projeto de linha do cuidado e de protocolos • Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contrarreferência) • Econômicos: Financeiro para recursos audiovisuais, folhetos educativos. • Políticos: articulação entre os setores da saúde.
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Econômicos: Financeiros recursos necessários para estrutura do serviço e equipamento • Políticos: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade Motivação	<ul style="list-style-type: none"> • Secretário Municipal de Saúde: favorável • Comunidade: favorável • Coordenador da ABS: favorável
Ação estratégica de motivação	Não precisa

Quadro 13 - Elaboração do plano operativo na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Urucuia Esmeraldas, MG.

Operações	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
Linha de cuidado + qualidade do processo de gestão Melhor cultura institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Completar estrutura da equipe de trabalho. 	Coordenadora da ABS	3 m
	<ul style="list-style-type: none"> • Equidade no planejamento de consultas e acompanhamento dos hipertensos. 	Médico e enfermeira	1ª 6 m
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação integral dos hipertensos. 	Médico	Trimestral
	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria de conhecimentos e habilidades dos meios de trabalhos Oficina de ensino <ul style="list-style-type: none"> • Missão da equipe • Cultura Institucional • Hipertensão Arterial 	Médico e enfermeira	1ª 6 m
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar cumprimento de objetivos de trabalho da equipe. 	Enfermeira	6 m
	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer Reunião da equipe 	Enfermeira	Mensal

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é uma doença crônica com alta prevalência em Minas Gerais e nosso município não é diferente. Além disso, é um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis, mantendo sua potencialidade de dano em órgãos alvos em qualquer idade, etnia e sexo, seu controle é multidisciplinar e complexo é muito importante para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e evitar complicações tais como: doença isquêmica coronária, insuficiência cardíaca, doença vascular cerebral, doença renal crônica, retinopatia e doença arterial periférica.

O presente trabalho, permite concluir que os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS em nosso PSF são: desconhecimento da doença pelos pacientes, pouca informação sobre a doença, crenças e costumes da população, percepção do risco baixa, estilos de vidas inadequados, estresse psicossocial e comorbidades associadas; por ser a doença, na maior parte do seu curso de longa evolução e, muitas vezes, assintomático, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados. Soma-se a isso, a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito, além de dificuldade nos serviços de saúde, com destaque, para desenvolvimento de poucas atividades educativas e não cumprimento dos protocolos assistenciais.

Acreditamos que os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso bem como, fazê-lo seguir o tratamento adequado.

O projeto será importante no trabalho da equipe e na construção de novos saberes para ajudar os pacientes a melhorarem seus conhecimentos sobre a doença e a incorporação de mudanças no estilo de vida aumentando sua percepção do risco e a importância da adesão ao tratamento tanto medicamentoso como não medicamentoso.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. P. *et al.* Aspectos Epidemiológicos da aderência ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq bras Cardiol.** v.79, n.4, p. 375, 2002.

A REDE HIPERDIAS MINAS. Coordenação da rede hipertensão e Diabetes. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Governo de Minas. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Indicadores sócios demográficos e de saúde no Brasil 2010.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/ciudadef/php>>. Acesso em: 21 de dezembro 2014.

BRASIL. Ministério de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **DATASUS** 2011. Disponível em :< <https://www.tabnet.datasus.gov.br/cgiTabcgi.exe>. Acesso em: 22 de dezembro 2014

BRASIL. Ministério de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **DATASUS**, 2007. Indicadores e dados Basicos. Brasil-2007 IDB. Datasus www.datasus.gov.br/idb2007

BRASIL. Ministério de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **DATASUS**, 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/idb>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15). Disponível em :
http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em:
<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSAO, 2006. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens.** v. 8, n. 4, p. 383-92, 2001.

LIMA, F. D.; LUIZ, O. C. Atividade física na promoção da saúde: uma avaliação das diretrizes Physical activity in health promotion: a evaluation of the guidelines. **Seminars: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina. v. 36, n.2, p. 57 – 66, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/22531/17953>

MARTINEZ, M.C, LATORRE, M.D. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes mellitus em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arq Bras Cardiol.** v. 87, n. 4, p. 471-9, 2006.

MALTA, D.C.; SILVA, J.B. O plano de ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: Uma revisão. **Epidemiol. Rev. Saúde.** v. 22, n. 1, p. 151- 164, 2013. Disponível em: < SciELO.iec.pa.gov.br .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Obesidade.** Prevenção e gestão global da Epidemia. Genebra, junho 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guideline:** Sodium intake for adults and children. Geneva, Organização Mundial da Saúde, 2012. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2013/salt_potassium_20130131/en/

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Informação geral sobre a hipertensão no mundo. Uma doença que mata no silêncio , uma crise da saúde mundial.2013. Disponível em: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/.../WHO_DCOWHD_2013.2_spa.pdf.

ROSARIO,T.M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Card.** v.93, n.6, p. 672-8, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v. 95 (1 supl.1), p. 1-51, 2010.

APÊNDICE A - Principais causas de Hipertensão arterial na Unidade Básica de Saúde Uruçua do município de Esmeraldas, em 2015.

Árvore explicativa do problema.

