

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

**RAFAEL AJÍ PALACIOS**

**PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DA HAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
EQUIPE TOCOIOS DE MINAS NO MUNICÍPIO FRANCISCO BADARÒ/MG**

**DIAMANTINA / MINAS GERAIS**

**2016**

**RAFAEL AJÍ PALACIOS**

**PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DA HAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
EQUIPE TOCOIOS DE MINAS NO MUNICÍPIO FRANCISCO BADARÒ/MG**

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

**Orientador:** Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório

**DIAMANTINA / MINAS GERAIS**

**2016**

**RAFAEL AJÍ PALACIOS**

**PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DA HAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
EQUIPE TOCOIOS DE MINAS NO MUNICÍPIO FRANCISCO BADARÒ/MG**

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

**Orientador:** Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório

**Banca examinadora:**

Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório - orientador

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMC)

Aprovado em Belo Horizonte. 16/06/2016.

## **DEDICATÓRIA**

Para os meus pais Librada e René por esticar as mãos com as asas em voo para a ciência.

Para minha esposa por sua dedicação à família.

Para os meus filhos pelo o impulso que dá sua afeição.

Para os amigos que cuidam de mim com seu amor.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao professor Ricardo Luiz Silva Tenório, conselheiro, pacientes que participaram na realização deste estudo, o secretário de Saúde e principalmente pela equipe de saúde Tocoios do município Francisco Badaró \ MG.

## **EPIGRAFE**

As doenças cardiovasculares apresentam o maior índice de mortalidade de todo o mundo. A América Latina vive uma transição epidemiológica, e a hipertensão arterial é considerada como a epidemia do século XXI Ministério da Saúde (BRASIL,2006).

## RESUMO

Fez-se um diagnóstico situacional, pelo método da estimativa rápida, previamente para conhecer melhor o local e assim priorizar os problemas encontrados. O município de Francisco Badaró localiza-se a nordeste do estado de Minas Gerais, a 580 km da capital Belo Horizonte. Trata-se de uma cidade com uma população de 10.244 habitantes. Na Unidade Básica de Saúde de Tocoios de Minas foi identificada alta incidência de hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência, por meio do diagnóstico situacional. 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, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. 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. Este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão de usuários da equipe do Programa de Saúde da Família do Distrito de Tocoios de Minas. Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), fundamentado por uma revisão narrativa da literatura sobre hipertensão arterial nas bases de dados online Lilacs e SciELO e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Através desta proposta de intervenção espera-se um enfrentamento da situação existente, com consequente diminuição da prevalência de hipertensão arterial e de suas complicações.

**Descritores:** Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Idoso

## ABSTRACT

There was a situational diagnosis; the method of rapid assessment, advance to explore the site and thereby prioritize the problems encountered. The municipality of Francisco Badaró is located northeast of the state of Minas Gerais, 580 km from the capital Belo Horizonte. It is a city with a population of 10,244 people. In Tocoios Basic Health Unit of Mines has identified a high incidence of hypertension in the coverage area through a situational diagnosis. Hypertension is a major public health problem in Brazil and worldwide. Its prevalence in Brazil varies between 22% and 44% for adults, reaching more than 50% for individuals 60 to 69 years and 75% in people over 70 years. 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. This study aimed to develop an intervention project to improve adherence to treatment of hypertension users Health Program team Tocoios Mining District Family. For the development of the intervention plan was used the method of Situational Strategic Planning (PES), based on a narrative review of the literature on hypertension in online databases Lilacs and SciELO and the Virtual Health Library (VHL). Through this intervention proposal is expect to face the situation, with a consequent decrease in the prevalence of hypertension and its complications.

**Keywords:** Hypertension. Health Strategy. Elderly



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**AVC**- Acidente vascular encefálico

**BSV**- Biblioteca virtual em saúde

**CISMEJE**- Consorcio intermunicipal de Saúde de Medio Jequitinhonha

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**ECG**- Electrocardiograma

**HAS** - Hipertensão Arterial

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IMC** - Índice de Massa Corporal

**IRC**- Insuficiência Renal Crônica

**ICC**- Insuficiência Cardíaca Congestiva

**MG** - Minas Gerais.

**PSF** - Programa de Saúde da família

**PBI**- Produto interno Bruto

**PES**- Planejamento estratégico situacional

**RIPSA** - Sistema de Informação Saúde em Rede

**SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS**- Unidade Básica de Saúde

**UFMG**- Universidade Federal Minas Gerais

**TFG**- Taxa de Filtração Glomerular

## LISTA DE TABELAS

**Tabela # 1:** Distribuição da população de Tocoios segundo a faixa etária, 2016.

**Tabela # 2:** Comportamento saneamento em PSF Tocoios de Minas 2010.

**Tabela # 3:** Comportamento das doenças na área de abrangência de PSF.

**Tabela # 4:** Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional de PSF Tocoios de Minas.

**Tabela # 5:** Dados clínicos sugestivo de hipertensão arterial secundária.

**Tabela # 6:** Classificação da Hipertensão Arterial.

**Tabela # 7:** Identificação e priorização dos problemas.

**Tabela # 8:** Descritores do problema.

**Tabela # 9:** Desenho das operações para os nos críticos sobre problema de hipertensão.

**Tabela # 10:** Identificação dos recursos críticos.

**Tabela # 11:** Análise da viabilidade do plano.

**Tabela # 12:** Cronograma do plano de ação.

**Tabela # 13:** Resultados esperados após a execução do plano.

## **LISTA DE FIGURAS**

1. Síndrome de hipertensão arterial essencial
2. Árvore explicativa do problema Hipertensão Arterial Sistêmica.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> -----	13
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> -----	22
<b>3 OBJETIVOS</b> -----	23
<b>4 METODOLOGIA</b> -----	24
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b> -----	25
<b>6 PLANO DE AÇÃO</b> -----	34
6.1- Identificação do problema	
6.2- Priorização do problema	
6.3- Descrição do problema selecionado	
6.4- Explicação do problema	
6.5- Seleção dos nós críticos	
6.6- Desenhos das operações para os nós críticos	
6.7- Identificação dos recursos críticos	
6.8- A análise da viabilidade do plano	
6.9- Elaboração do plano operativo	
6.10- Resultados esperados.	
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> -----	47
<b>REFERENCIAS</b> -----	49

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Francisco Badaró localiza-se a nordeste do estado de Minas Gerais, a 580 km da capital Belo Horizonte. Trata-se de uma cidade com uma população de 10.244 habitantes, sendo 5.275 homens e 4.969 mulheres e 7.050 residentes na zona rural. Possuem limites geográficos com Chapada do Norte, Berilo, Araçuaí, Jenipapo de Minas e Virgem da Lapa (IBGE,2014).

**Figura 1:** Localização da cidade de Francisco Badaró - Minas Gerais



**Fonte:** Google maps (2016).

A história do município inicia-se em 1730 com, a chegada dos bandeirantes Antônio de Farias e Atanásio Couto, que estavam à procura de ouro e outras pedras preciosas no período da mineração chamado “Sucuri”, cujo nome deveu-se ao fato do aparecimento de uma cobra Sucuri que subiu o Rio Setúbal na Barra do Córrego Seco, próximo à casa de Antônio Farias. Segundo a lenda, o fato ocorreu em meio a uma festa junina, quando o Senhor Faria mandou que um escravo arranjasse um pau para o levantamento do Mastro de São João. Quando o escravo chegou à beira do Córrego julgou ter encontrado um pau pintado, mas ao examiná-lo observou que era uma imensa cobra. A mesma tradição diz que o motivo do nome é a singularidade que apresenta o Córrego Sucuri, quanto aos demais riachos da região. Apesar de pequeno volume de água, possui um percurso bastante extenso e com

muitas voltas. O município foi emancipado em 30 de dezembro de 1962 (IBGE, 2014).

Localizada no Vale do Jequitinhonha e no nordeste de Minas Gerais, Francisco Badaró é composto de sítios naturais e vilas encantadas da era mineradora. Assim, o povo Badaroense cultiva muitos costumes africanos e indígenas e manifestações folclóricas recebidas dos antepassados. Estas manifestações que transformam a cidade dentro do interior de Minas são preservadas pelas tradições de respeito ao trabalho, às artes e ofícios, ao acatamento das orientações das pessoas mais idosas, da valorização da família e do fervor religioso de seus habitantes (IBGE, 2014).

A economia local se baseia na produção agropecuária de subsistência. O artesanato do algodão, o beneficiamento de cereais e dos derivados do leite, principalmente o tradicional requeijão moreno, são as fontes que garantem o trabalho para a população do município.

Em Francisco Badaró existem 2.911 famílias que vivem numa área total de 461,345 km<sup>2</sup>, onde a densidade demográfica é de 22,21 hab./km (IBGE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,622. Já o Produto Interno Bruto (PIB) da cidade é de R\$ 4.190,86 reais (IBGE, 2014).

Em relação á população do PSF Tocoios de Minas, no Quadro 1 encontra-se a sua distribuição segundo a faixa etária para o ano de 2016.

**Tabela 1:** Distribuição da população de Tocoios segundo a faixa etária, 2016.

Faixa etária	Número absoluto	%
0 a 4 anos	110	4.0
5 a 9 anos	188	6.9
10 a 14 anos	280	10.3
15 a 19 anos	279	10.3
20 a 29 anos	580	21.4

30 a 49 anos	704	26.0
50 a 60 anos	227	8.3
60 a 69 anos	194	7.1
70 a 79 anos	95	3.5
80 anos e mais	50	1.8
Total	2707	100

Fonte: PSF Tocoios de Minas (2016).

Das 2707 pessoas da nossa área de abrangência, a grande maioria se concentra nas faixas etárias de 20 a 49 anos de idade, ou seja, população economicamente ativa.

Em relação ao saneamento básico os domicílios abastecidos por água somam 1.378 unidades. Em contrapartida, aproximadamente 10% da população não tem acesso à água tratada. O sistema de esgoto mais utilizado para o destino das fezes e urina é a fossa séptica, que atende aproximadamente 70% da população, sendo que o restante da população (30%) convive com esgoto a céu aberto.

O quadro 2 sintetiza as informações sobre a situação do saneamento básico no município:

**Tabela 2:** Comportamento saneamento em PSF Tocoios de Minas, 2014.

Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água		
<b>Abastecimento Água</b>		
	2000	2010
Rede geral	38,5	48,2
Poço ou nascente (na propriedade)	35,1	32,5
Outra forma	1,2	1,0
<b>Instalação Sanitária</b>		
	2000	2010
Rede geral de esgoto ou pluvial	22,0	41,0
Fossa séptica	0,5	1,7
Fossa rudimentar	2,1	12,3
Vala	0,2	6,2
Rio, lago ou mar	0,6	13,4
Outro escoadouro	35,3	0,8
Não sabe o tipo de escoadouro	0,2	-

Não tem instalação sanitária	31,2	0,18
Coleta de lixo	2000	2010
Coletado	15,2	47,6
Queimado (na propriedade)	29,6	10,2
Enterrado (na propriedade)	7,4	0,2
Jogado	14,5	1,8
Outro destino	20,3	1,5

Fonte: PSF Tocoios de Minas(2016)

Os dados do Quadro 2 mostram que houve crescimento qualitativo relativo ao abastecimento de água, coleta de lixo e instalação sanitária.

**Figura 2:**PSF Tocoios de Minas



A estruturação dos serviços de saúde do município iniciou-se com o Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1999. Atualmente, o município possui uma Equipe de Saúde da Família (ESF) que funciona na zona urbana e duas equipes na zona rural, uma Unidade Materna Infantil, uma Farmácia Popular (Farmácia de Minas), um Laboratório Municipal de Análises Clínicas e uma Unidade de Fisioterapia e Reabilitação.



**Figura 3:**Equipe de saúde PSF Tocoios de Minas.



Fonte: PSF Tocoios de Minas (2016)

A equipe multiprofissional é composta por psicólogo, nutricionista, assistente social, médico, educador físico e enfermeiro. Quando é necessário promover ações em saúde, as equipes se reúnem nos postos de saúde e na UBS, além dos locais adaptados em outras comunidades.

O atendimento de urgência e emergência é realizado na Unidade Materno Infantil da sede do município onde fica um médico de plantão, e nos casos de maior complexidade tecnológica é encaminhado para o hospital de Araçuaí ou Belo Horizonte, transportados em ambulância até o hospital.

O encaminhamento para especialistas ocorre por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Jequitinhonha (CISMEJE), que serve de apoio quando é necessário.

A equipe Tocoios de Minas foi criada em 2005 e presta atendimento a 2.707 pessoas, ou 740 famílias, exclusivamente da zona rural. A equipe é constituída de dois médicos, um enfermeiro, um dentista, dois técnicos de enfermagem, dois técnicos de saúde bucal e onze agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, um psicólogo

presta atendimento aos usuários adstritos a todas as equipes existentes no município.

Em relação aos aspectos epidemiológicos, segundo os dados do sistema de informação da atenção básica (SIAB, 2013), o distrito tinha cadastrado no final de 2013, 446 portadores de Hipertensão, 96 portadores de Chaga, 65 portadores de Diabetes, 2 portadores de insuficiência renal crônica (IRC). O município registrou no ano de 2013, 12 casos de dengue.

As principais causas de Internação no ano de 2013, segundo dados do SIH/DATASUS, foram: complicações do diabetes, AVC e câncer.

As principais causas de óbitos no ano de 2013, segundo levantamento realizado a partir dos dados, foram: pneumonias IAM e acidentes de trânsito. A taxa de mortalidade infantil foi de 2/1000 nascidos vivos que apesar de bastante elevada apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior, tendência observada nos últimos anos.

A cobertura de vacinação da população de menores de 5 anos de idade foi de 87%.

A equipe Tocoios de Minas é responsável por ações preventivas e curativas e para isso a equipe trabalha no horário de 07h00min as 17h00min.

Em relação ao saneamento, aproximadamente 90% da população do território da equipe faz uso de água por filtração no domicílio, e os outros 10% usam água sem tratamento. A cloração serve apenas a aproximadamente 0,30% da população. Já o destino das fezes e urina se dá em aproximadamente 70% em fossa e os outros 30% ocorre a céu aberto.

A energia elétrica atende a aproximadamente 100% das casas.

De acordo com os registros na área de abrangência da equipe Tocoios de Minas existe grande quantidade de pessoas desempregadas.

No Quadro 3 abaixo está determinado o comportamento das doenças crônicas na área de abrangência da equipe.

**Tabela 3:** Comportamento das doenças na área de abrangência do PSF

Faixa Etária	Álcool	D. Chagas	Deficientes	Diabetes	Epilepsia	HAS
0-14 anos			6		5	
>14 anos	52	220	86	350	35	525
Total	52	220	92	350	40	525

**Fonte:** ESF Tocoios de Minas (2016).

Apesar do pouco tempo de atividade na unidade Francisco Badaró no distrito de Tocoios percebe-se que existem pontos onde devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Alta incidência de doença de chaga;
- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos;
- Risco cardiovascular aumentado pela Doença de Chagas;
- Alto índice de Gravidez na adolescência;
- Alto índice de analfabetismo;
- Baixa renda;
- Ausência de coleta pública do lixo;
- Ausência de rede de esgoto;
- Risco de proliferação do mosquito *Aedes*;
- Grande número de pessoas portadoras de parasitoses;
- Ausência de Tratamento da água;
- Elevado número de tabagistas.

Após a definição, a equipe realizou a priorização dos problemas, através dos seguintes critérios: importância do problema, sua urgência e a capacidade do grupo para enfrentá-lo. O quadro abaixo demonstra a relação dos problemas priorizados pela equipe bem como os critérios utilizados para essa seleção.

**Tabela 4:** Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional do PSF Tocoios de Minas.

<b>PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DO PSF- TOCOIOS DE MINAS EM 2014</b>				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfreamento	Seleção
Falta de adesão ao tratamento para Hipertensão entre os idosos	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de Gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial	2
Elevado número de tabagistas	Alta	7	Parcial	3
Falta de capacitação da equipe para o acolhimento	Alta	5	Parcial	3
Triagem sem classificação de risco	Alta	4	Parcial	4
Alta incidência da Chaga	Alta	6	Parcial	2
Consumo de água na tratada	Alta	6	Parcial	3

**Fonte:** ESF Tocoios de Minas (2016)

Os dados do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da ESF Tocoios de Minas confirmaram os dados do SIAB, isto é mostraram a alta incidência de pessoas idosas com hipertensão, o que nos levou a construção de um plano de intervenção buscando melhorar a qualidade de vida dos hipertensos de nossa unidade.

As questões que levantamos mais relevantes para justificar a escolha foi o fato de que dentre 525 hipertensos cadastrados e acompanhados, 188 são idosos, desses 90 não são alfabetizados, 38 moram sozinhos, dificultando assim a adesão ao tratamento, pois estes apresentando dificuldade para memorizar os horários ou até mesmo lembrarem os remédios.

Desta forma, o tema que escolhemos para ser abordado é a hipertensão como problema de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares apresentam o maior índice de mortalidade de todo o mundo. Frequentemente, essas doenças levam o paciente a invalidez parcial ou total com graves repercussões para o paciente, família e sociedade (BRASIL, 2006).

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. 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. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

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, (2006). O custo anual para tratamento da HAS no Sistema Único de Saúde foi de aproximadamente R\$ 969.231.436,00, e no Sistema Suplementar de Saúde, de R\$ 662.646.950,00. O custo total com o tratamento da HAS representou 0,08% do produto interno bruto (PIB) Brasileiro em 2005. Para subsidiar políticas de saúde em hipertensão, estudo brasileiro que avaliou taxas de conhecimento e controle da hipertensão arterial e a relação custo-efetividade do tratamento anti-hipertensivo em uma cidade de grande porte do Estado de São Paulo mostrou que o uso de betabloqueador em monoterapia proporcionou a melhor taxa de controle da pressão arterial, mas que o uso de diurético foi o mais custo-efetivo (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão entre os idosos na comunidade, pelo grande número de idosos com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequência.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Elaborar um plano de ação para diminuir a incidência e as complicações da Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF “Tocoios de Minas” no município de Francisco Badaró\MG

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever a hipertensão como problema de saúde;
- Identificar os principais fatores de risco da Hipertensão Arterial;
- Identificar os pacientes com hipertensão da área de abrangência da equipe;
- Estruturar processo de revisão conceitual e atualização da hipertensão na atenção básica;
- Determinar as principais causas ou fatores que influem no aparecimento de complicações da Hipertensão Arterial.

#### 4 METODOLOGIA

Este estudo fez-se um diagnóstico situacional, pelo método da estimativa rápida, previamente para conhecer melhor o local e assim priorizar os problemas encontrados. Inicialmente cumpriu-se o momento explicativo, ou seja, elaborou-se uma seleção, descrição e explicação do problema selecionado. Depois, cumpriu-se o normativo, por meio da elaboração de um plano de intervenção para enfrentar o problema da Hipertensão Arterial. E a partir disso, criou-se um plano de intervenção por meio do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS, FÉRIAS, SANTOS 2014).

Inicialmente foi realizada a revisão de literatura a respeito do tema proposto utilizando bases de dados online Lilacs e SciELO. Os seguintes descritores foram utilizados: hipertensão arterial, atenção primária à saúde, fatores de risco. Também foram utilizados outros dados importantes disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Badaró, dados do Ministério da Saúde e outros arquivos da equipe. Posteriormente outra pesquisa bibliográfica serviu para identificar fatores que determinaram ou contribuíram para ocorrência de fenômenos e complicações relacionadas à HAS. O estudo contou com a participação dos profissionais de saúde e população adscrita no PSF Tocoios de Minas no município de Francisco Badaró.

A partir dos dados coletados, todo o material passou pela análise do autor. Após a revisão de literatura, foi iniciado o trabalho com a equipe de saúde com a finalidade de definir os problemas principais que atingem a população. Os encontros obedeceram a um roteiro pré-estruturado definido pela equipe. O plano operativo seguiu um cronograma de 03 meses inicialmente. A partir do primeiro encontro, foram traçadas metas com divisão de funções a cada responsável e cronograma. As atividades desenvolvidas a partir do presente trabalho também deverão ter seus resultados avaliados.



## 5 REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2006).

### 5.1 Prevalência da HAS

A HAS 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. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido as principais causas de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A HAS pode chegar a 50% em idosos e atinge mais o sexo masculino até a faixa dos 45-50 anos de idade sendo que depois desta faixa etária a prevalência é maior no sexo feminino e ainda cerca de 90% das pessoas em estágio final de doenças renais tem história de HAS (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Cardiologia estima que haja 30 milhões de hipertensos (30% da população adulta). Das pessoas com mais de 60 anos 60% têm hipertensão. Estudos epidemiológicos sobre HA foram realizados especialmente nas regiões sul e sudeste brasileiro, com estimativas acima de 25%. Em 2005, em Campo Grande - MS, a prevalência de HA foi de 41,1% (MANSUR, 2001).

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 DCVs 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, 2011).

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo CHOBANIAN, (2004). Na Alemanha, a HAS atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40% e da Itália, com 38% da população maior de 18 anos hipertensa. Cerca de 40% dos usuários da rede da atenção primária são portadores de HAS na Alemanha, e destes apenas 18,5% estavam com a PA controlada SHERMA, (2004). A média europeia de controle de HAS em serviços de atenção básica é de 8% e, nos EUA, tem se mantido em torno de 18%, enquanto que, na América Latina e África, há uma variação de 1% a 15% de controle deste problema (GRANDI, 2006). No Canadá, houve uma mudança radical nos últimos 15 anos, pois, em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% não faziam tratamento para esse problema e 16% tinha a pressão arterial controlada (LEENEN, 2008).

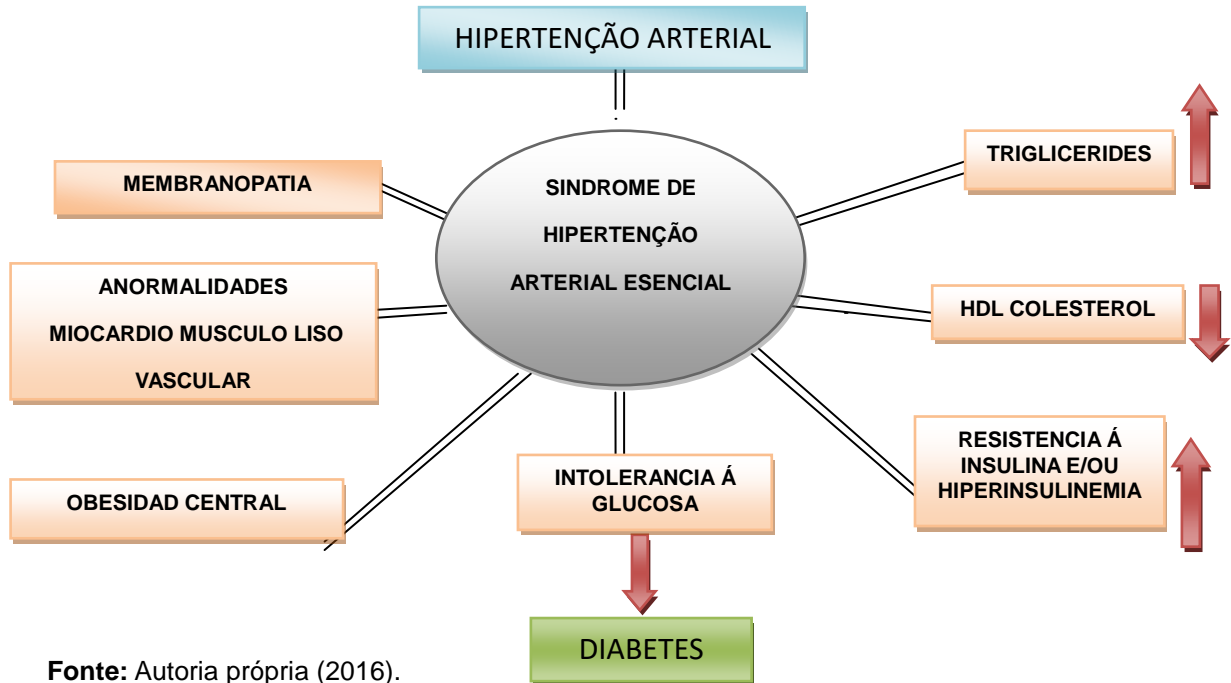
Um estudo de prevalência e manejo dos hipertensos, realizado na província de Ontário e publicado em maio de 2008 descreve uma prevalência de 22% da população geral com HAS, e 52% acima de 60 anos. Relata que 87% dos hipertensos foram diagnosticados, constituindo-se o local com melhor indicador mundial neste quesito. Essa importante melhoria no diagnóstico e no tratamento das pessoas com hipertensão é atribuída à prática de um sistema de saúde baseado na atenção básica e ao The Canadian Hypertension Education Program, um programa de educação permanente dirigido aos profissionais da atenção básica (CAMPBELL, 2003).

A prevalência de hipertensão no Brasil, em revisão de literatura de Pontes Neto (2012) variou entre 20% e 44%, e somente 30% de hipertensos têm a pressão arterial sob controle. Os fatores de risco, tabagismo, diabetes e dislipidemia são os outros principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) bastante prevalentes na nossa população. Com exceção do tabagismo, que é um fator de risco comportamental, o diabetes e a dislipidemia necessitam de controle permanente e de alto custo para a população. Sabe-se que o controle dos fatores de risco é responsável por pelo menos 50% na redução da mortalidade por DCV. A redução das desigualdades sociais, que inclui a escolaridade, poderá também intensificar substancialmente a tendência de redução da mortalidade por DCV. Bassanesi (2010) observa que quase a metade da mortalidade por DCV antes do 65 anos pode ser atribuída à pobreza. Ishitani (2006) destaca a importância da escolaridade na relação inversa entre a mortalidade por DCV e os fatores socioeconômicos. Em Minas Gerais, a SES/MG estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos. Belo Horizonte (SAS/MG, 2006).

## **5.2 Definição\diagnóstico de hipertensão.**

A HAS é uma síndrome multifatorial genética fácil de diagnosticar e difícil de controlar no mundo. Problemas de diagnóstico e terapêuticos estão intimamente relacionados com o seu controle uma vez que o aumento de doenças cardiovasculares e vasculares cerebrais são as principais causas de morte no mundo civilizado - dependem dela e HAS por sua vez está envolvido na patogênese de ambas as condições e insuficiência renal . Portanto, não há dúvida de que o HAS é um dos mais importantes problemas de saúde da medicina e controle do mesmo contemporânea é a pedra angular sobre a qual devemos agir para reduzir a morbidade e mortalidade (BATARD, 2006).

Figura 1: Síndrome de hipertensão arterial essencial.



Fonte: Autoria própria (2016).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada (LEWINGTON, 2002).

O diagnóstico de HAS-S só pode ser confirmado pela cura da HAS, após o afastamento do fator causal por exemplo: (hipertensão renovascular, hiperaldosteronismo secundário a adenoma de adrenal) (BELO, 2008).

A HAS-S tem prevalência de 3% a 5% (BELO,2008) porém, antes de se iniciar a investigação de causas secundárias, deve-se atentar para causas de erro diagnóstico como:

- Medida inadequada da PA;
- Hipertensão do avental branco;
- Tratamento inadequado;
- Não adesão ao tratamento;
- Progressão das lesões nos órgãos-alvos da hipertensão;

- Presença de comorbidades;
- Interação com medicamentos.

**Tabela 5:** Dados clínicos sugestivo de hipertensão arterial secundária

Achados clínicos
Início abrupto da hipertensão arterial, antes dos 30 ou após os 50 anos.
Hipertensão estágio II ou III, acelerada ou maligna.
Hipertensão refratária à múltipla terapia.
Hipertensão estágio II ou III na presença de aterosclerose difusa.
Presença de sopro epigástrico sistólico/diastólico.
Hipertensão estágio II e III com insuficiência renal sem explicação.
Piora da função renal induzida por inibidor da enzima conversora da angiotensina ou por bloqueador do receptor da angiotensina.
Assimetria no tamanho renal.
Edema pulmonar sem causa aparente em usuário com hipertensão.

**Fonte:** VI Diretrizes Brasileiras De Hipertensão (2010).

Os limites de pressão arteriais considerados normais são arbitrários e, na avaliação dos pacientes, deve-se considerar também a presença de fatores de risco, lesões de órgãos alvo e doenças associadas (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

**Tabela 6:** Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório em maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão 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

**Fonte:** VI Diretrizes Brasileiras De Hipertensão (2010).

Os valores de 140 mm hg para a PS e de 90 mm hg para a PD, empregados para diagnóstico de HAS, correspondem ao momento em que a duplicação de risco repercute de forma mais acentuada, pois já parte de riscos anteriores mais elevados CHOBANIAN, (2004).

### 5.3 Tratamento da HAS

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. 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 (A), betabloqueadores (A), inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) (A), bloqueadores do receptor AT da angiotensina (BRA II) (A) e com antagonistas dos canais de cálcio (ACC) (A), embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos (BRASIL, 2014)

Fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos. Diferentes técnicas de controle do

estresse têm sido avaliadas, porém com resultados conflitantes. Meditação, musicoterapia, biofeedback, yoga, entre outras técnicas de controle do estresse, foram capazes de reduzir discretamente a PA de hipertensos (BRASIL,2014)

A principal relevância da HAS reside na redução das suas complicações, como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível (BRASIL,2014).

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da atenção básica é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros (Brasil,2014).

Os profissionais da rede básica de saúde têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabete, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas,

cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Esse modelo de educação permanente pode ser generalizado para os diversos países, assim como as medidas gerais do controle de fatores de risco que o programa propõe. Mesmo com a melhoria impressionante dos indicadores, os autores comentam que há muito a ser feito e descoberto em relação ao controle e à promoção da saúde de pessoas com HAS, já que um terço desta população mantém a sua hipertensão não controlada ou ainda, não diagnosticada CAMPBELL, (2003).

O segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS é Cuba, visto que, em 16 anos, houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde. Esse país apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular na rede de atenção básica, o controle da HAS sobe para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres (estas têm menores proporções de diagnóstico e controle), mas não houve diferenças em relação à etnia e à escolaridade (ORDUÑEZ, 2006).

Os indicadores cubanos superam os indicadores dos EUA, Inglaterra, Itália, Alemanha, Suécia e Espanha, e os bons resultados são atribuídos a vários fatores. O primeiro refere-se à organização do sistema de Saúde a partir da atenção básica, o segundo é a prática de uma política nacional de atenção à saúde, cujo principal objetivo, desde 2001, é diminuir os indicadores de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo de miocárdio (IAM) – os mais altos do planeta naquela época. Essa política foi sustentada por um protocolo de práticas, objetivos e metas serem alcançados, um sistema de informação que permite avaliação constante e a participação significativa de profissionais não médicos no processo de acompanhamento dos hipertensos (SHERMA, 2004).

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



adstrita, 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, assentar em bases 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. Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico (BRASIL, 2014).

## **6 PLANO DE AÇÃO**

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

Diante as dificuldades apontadas pelos hipertensos, pelo o seguimento do tratamento e as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde de família para reduzir a incidência da hipertensão arterial e as complicações acarretadas na saúde dos pacientes, varias ideias foram propostas para desenvolvimento desse projeto.

### **6.1. - Identificações do problema.**

Após reunião com a equipe, a participação de alguns especialistas de apoio (Clinico geral, Nutricionista, Psicólogo, etc.), foi escolhida de acordo com o grau de envolvimento com os nossos pacientes.

Utilizando o método de estimativa rápida foi concluído que:

- Existem muitos fatores associados à prevalência de doença crônica, que é provocada ou incrementada por fatores de risco que estão em torno ao indivíduo;
- Existe um déficit controle e de acompanhamento pela ESF;
- O nível de conhecimento do individuo sobre a doença é um fator muito importante para garantir o seu controle;
- Existe desinteresse do paciente em relação ao auto cuidado.

## 6.2. Priorização do problema.

**Tabela 7:** Priorização do problema

<b>PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DO PSF- TOCOIOS DE MINAS EM 2014</b>				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de adesão ao tratamento para Hipertensão entre os idosos	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de Gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial	2
Elevado número de tabagistas	Alta	7	Parcial	3
Falta de capacitação da equipe para o acolhimento	Alta	5	Parcial	3
Triagem sem classificação de risco	Alta	4	Parcial	4
Alta incidência da Chaga	Alta	6	Parcial	2
Consumo de água na tratada	Alta	6	Parcial	3

**Fonte:** Autoria Própria (2016).

O problema priorizado foi à elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica, pois além de ter a maior pontuação em relação à demanda, nossa equipe apresenta um elevado número de hipertensos que não reconhecem a doença.

### 6.3. - Descrição do problema selecionado.

A hipertensão arterial é uma doença crônica degenerativa, cujos fatores determinantes são multifatoriais e constitui um problema de saúde pública no Brasil e, especificamente, na área de abrangência da equipe Tocoios de Minas. Ocupa um lugar de destaque no contexto epidemiológico, onde apresentam fator de risco para ocorrência de acidente vascular encefálico e infarto do miocárdio, agravos crônicos não transmissíveis, sendo considerada uma das principais causas de morbimortalidade na população (BRASIL, 2006).

Os números obtidos em bases de dados como o SIAB, IBGE e registros da equipe foram utilizados para verificar a dimensão do problema. Com esse levantamento de dados, percebemos que há uma parcela significativa da população com HAS sem acompanhamento e/ou sem o controle adequado. A ação da equipe frente a tais problemas vem sendo ineficaz. Não se dispõe de um grupo regular do Hiperdia e os ACS não tinham informação da gravidade do problema assim como não tinham conhecimento de como auxiliar. Eles atuam identificando casos agudos e solicitando consultas ou visitas para tais casos. Os dados estão demonstrados na tabela 8.

**Tabela 8:** Descritores do problema Hipertensão Arterial Sistêmica da Equipe Saúde da Família Tocoios de Minas.

<b>Hipertensos</b>	<b>Total</b>	<b>Fonte</b>
<i>Cadastrados</i>		Controle individual
<i>Acompanhados</i>		Controle individual
<i>Controlados</i>		Controle individual

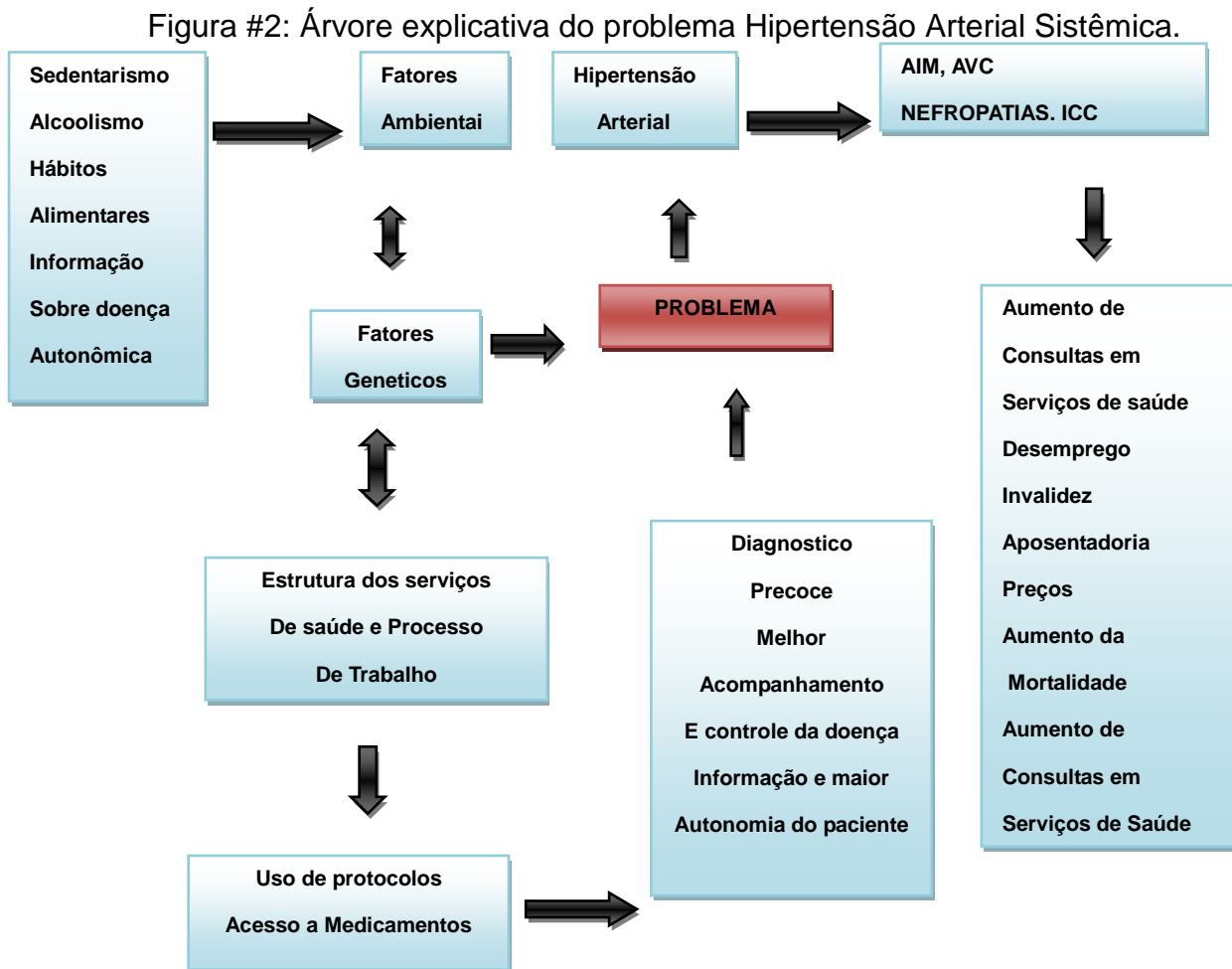
Fonte: Autoria Própria (2016).

#### **6.4. - Explicações do problema.**

O problema selecionado como prioritário é a Hipertensão Arterial Sistêmica. Os fatores causais são: a predisposição genética, os hábitos e condições de vida, a informação e cultura do paciente. O próprio paciente é um agente atuante na condição de saúde uma vez que, ao adquirir maior controle sobre a dieta e atividade física (autonomia), passa a ser um agente responsável e fundamental para o controle da sua doença. Como consequência, pode-se apontar uma redução das consultas em estabelecimentos de saúde devido aos picos pressóricos e eventos como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

Ao longo do tempo e devido à gravidade da hipertensão, surgem lesões em órgãos caracterizadas como: hipertrofia do ventrículo esquerdo, insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, neuropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva, ocasionando limitações físicas, reduzindo a qualidade de vida e podendo levar ao óbito (RABETTI; FREITAS, 2011).

Para tanto, deve-se realizar programas de saúde com o intuito de aumentar a cobertura aos hipertensos. Deve-se também melhorar a informação sobre a doença, estimulando a autonomia e a maior adesão ao tratamento. A figura 2 resume o principal problema, suas principais causas e consequências.



Fonte: Costa, (2014).

### 6.5. - Seleções dos “nós” críticos.

A identificação das causas de um problema é muito importante. Após a avaliação detalhada, poderão ser identificadas várias causas, principalmente as que devem ser erradicadas para solucionar o problema principal e assim transformá-lo. Para realizar essa análise utiliza-se o conceito de nó crítico aponta que para um problema ser considerado um nó crítico, ele precisa ser capaz de mudar positivamente o vetor descritor do problema, ser politicamente oportuno e estar dentro da governabilidade

dos atores envolvidos, Campos, Farias e Santos, (2014) aponta que para um problema ser considerado um nó crítico, ele precisa ser capaz de mudar positivamente o vetor descritor do problema, ser politicamente oportuno e estar dentro da governabilidade dos atores envolvidos. São eles:

- Abandono do tratamento farmacológico;
- Hábitos e estilos de vida inadequados (Tabagismo, Alcoolismo, Alimentação inadequada, Sedentarismo);
- Desconhecimento que os pacientes têm em relação à sua doença (HAS);
- Abordagem médica e acompanhamento inadequado dos pacientes hipertensos.

#### 6.6. - Desenhos das Operações para os “nós” críticos.

Campos, Farias e Santos (2014), após a identificação e a explicação das causas do problema, parte-se para o próximo passo, que é a elaboração do plano de ação que encaminha estratégias e soluções para o enfrentamento do problema. Assim, faz-se necessário relatar as operações para o enfrentamento das causas identificadas como “nós críticos”.

Após, são identificados produtos e resultados para cada operação e, finalmente, selecionar recursos indispensáveis para a implantação e implementação das operações. Na tabela 9 está apresentado o desenho das operações para os nós críticos sobre o problema de hipertensão.

**Tabela 9:** Desenho das operações para os nós críticos sobre problema de hipertensão arterial.

Nó Crítico	Operação Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Abandono do tratamento farmacológico	Melhor tratamento da HAS.  Estimular a adesão ao	Adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico.	Grupo operativo.	<b>Cognitivos</b>  Importância da adesão ao tratamento.

	tratamento por meio de grupos operativos.			<p><b>Financeiros</b></p> <p>Programas de rádio</p> <p><b>Organizacional</b></p> <p>Recursos humanos e equipamentos</p>
Hábitos e estilo de vida inadequado	<p>Melhoria da saúde.</p> <p>Modificar estilo de vida inadequado</p>	<p>Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas.</p> <p>Diminuir o tabagismo.</p> <p>Aumentar a pratica de exercícius físicos.</p> <p>Estabelecer alimentação adequada.</p>	Orientação por meio do HIPERDIA, rádios e escolas	<p><b>Cognitivo</b></p> <p>Informação e conhecimento sobre o tema.</p> <p><b>Organizacional</b></p> <p>Estrutura física PSF, recursos humanos, equipamentos necessários.</p> <p><b>Financeiros</b></p> <p>Programas de rádio.</p> <p><b>Políticos</b></p> <p>Mobilização da população</p>
Desconhecimento e falta de informação que os pacientes têm em relação à sua doença	<p>Mais conhecimento</p> <p>Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre HAS</p>	Pacientes com conhecimentos sobre HAS	<p>Divulgação nos meios de comunicação locais.</p> <p>Grupo operativo de</p>	<p><b>Cognitivos</b></p> <p>Conhecimento sobre o tema</p> <p><b>Financeiros</b></p> <p>Programas de rádio</p> <p><b>Organizacional</b></p> <p>Estrutura física PSF,</p>

			Hiperdia.	recursos humanos, equipamentos necessários. <b>Político</b> Mobilização da população.
Abordagem médica e acompanhamento inadequado dos pacientes hipertensos	<p>Linha de cuidado HAS.</p> <p>Estabelecer a linha de cuidado para hipertensos incluindo os mecanismos de referencia e contra-referências</p>	<p>Cobertura para 100%da população hipertensa ou com risco de HAS.</p> <p>Maior eficiência da ESF para enfrentar os problemas e</p> <p>Diminuir a incidência de hipertensos, seus riscos e complicações.</p> <p>Aumentar o número de pacientes controlados e acompanhados em ESF.</p>	<p>Linha de cuidado para HAS</p> <p>Protocolos de atendimento e acompanhamentos estabelecidos</p>	<p><b>Cognitivo</b></p> <p>Elaboração do projeto de linha de cuidados e protocolos.</p> <p><b>Organizacional</b></p> <p>Estabelecimento de referência e contra referência.</p> <p><b>Financeiros</b></p> <p>Para aumento das consultas com especialistas e recursos necessários</p> <p><b>Político</b></p> <p>Comunicação intersetorial.</p> <p>Adesão dos profissionais.</p>

Fonte: Autoria Própria (2016).

### 6.7. - Identificação dos recursos críticos.

Considerando que os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis, foi proposto elaborar estratégias para que os torne possível tabela 10.



**Tabela 10:** Identificação dos recursos críticos

<b>Operação - Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
Melhor tratamento da HAS.	Cognitivos Importância da adesão ao tratamento
Melhoria da saúde	Políticos Comunicação intersetorial.
Mais conhecimento	Financeiros Programas de rádio e outros recursos necessários.
Linha de cuidado de HAS	Financeiros Para aumento das consultas com especialistas e recursos necessários.

**Fonte:** Autoria Própria (2016).

### 6.8. - A análise da viabilidade do plano.

Na tabela 11 estão demonstrados a análise da viabilidade do plano.

**Tabela 11:** Análise da viabilidade do plano

<b>Operações - projetos</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ações estratégicas</b>
		<b>Setor que controla</b>	<b>Motivação</b>	

<p>Melhor tratamento da HAS.</p>	<p>Cognitivos: Importância da adesão ao tratamento</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>Favorável</p>	<p>1-Cadastro de 100% de hipertensos da área 2-Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento 3-Garantir os recursos humanos capacitados (ACS) 4-Garantir os recursos matérias para atendimento adequado (meios diagnósticos, laboratórios)</p>
<p>Melhoria da saúde Modificar estilos de vida inadequados.</p>	<p>Políticos Comunicação intersetorial.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>Favorável</p>	<p>1-Ações educativas a população sobre como modificar hábitos e estilos de vida inadequados 2-Incentivar as práticas desportivas e</p>

				evitar inatividade física ou sedentarismo
Mais conhecimento Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre HAS.	Financeiros Programas de rádio e outros recursos necessários.	Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável	1-Melhorar os conhecimentos dos integrantes da Equipe de Saúde da Família. 2-Capacitação de pessoal (ACS) 3-Programar atividades com desenho educativo (palestras, rodas de conversas, aulas)
Linha de cuidado de HAS. Estabelecer a linha de cuidado para HAS.	Financeiros Para aumento das consultas com especialistas e recursos necessários.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	1-Completar o ESF 2-Garantir na contratação a pessoal capacitado 3-Solicitar á Secretaria de Saúde o recurso

				humano e estrutural necessário
--	--	--	--	--------------------------------

Fonte: Autoria Própria (2016).

### 6.9. – Elaboração do plano operativo.

Para Campos, Farias e Santos (2010) este momento possui a finalidade de designar os indivíduos responsáveis por cada operação, além de definir os prazos para execução das mesmas. Essa etapa corresponde ao cronograma do plano de ação, que está representada na Tabela 12.

**Tabela 12:** Cronograma do plano de ação

<b>CRONOGRAMA DO PLANO DE AÇÃO</b>				
<b>OPERAÇÕES</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>AÇÕES</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PRAZO</b>
Melhor tratamento da HAS.	Adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico	1-Garantia de acesso e disponibilidade de medicamentos na ESF  2-Cadastro de 100% de hipertensos da área.  3-Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento.  4- Garantir os recursos humanos capacitados (ACS).  5- Garantir os recursos materiais para atendimento	Enfermeiro: Pablo Henrique	4-6 meses

		adequado (meios diagnósticos, laboratórios)		
<p>Melhoria da saúde.</p> <p>Modificar os estilos de vida inadequados</p>	<p>Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas.</p> <p>Diminuir o tabagismo.</p> <p>Aumentar a pratica de exercícius físicos.</p> <p>Estabelecer alimentação adequada</p>	<p>1-Ações educativas para a população sobre como modificar hábitos e estilos de vida inadequados</p> <p>2-Incentivar as práticas desportivas e evitar inatividade física ou sedentarismo</p>	<p>Enfermeiro: Paulo Henrique</p>	<p>6 meses</p>
<p>Linha de cuidado de HAS.</p> <p>Estabelecer a linha de cuidado para HAS.</p>	<p>Todos os pacientes hipertensos.</p>	<p>1-Completar a ESF.</p> <p>2- Garantir a contratação de pessoal capacitado.</p> <p>3- Solicitar á Secretaria de Saúde o recurso humano e estrutural necessário</p>	<p>Enfermeiro: Paulo Henrique</p>	<p>1 ano.</p>

**Fonte:** Autoria Própria, (2016).

### 6.10. – Gestão do plano.

Com a elaboração e implantação do plano de intervenção, espera-se obter os resultados expressos na tabela 13.

**Tabela 13:** Resultados esperados após a execução do plano.

Resultados Esperados	
1	Adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico
2	Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo
3	Diagnosticar todos os pacientes com sintomas de HAS
4	Aumentar a prática de exercícios físicos
5	Estabelecer alimentação adequada
6	Pacientes com conhecimentos sobre HAS
7	Redução das comorbidades decorrentes da HAS
8	Estabelecer linhas de cuidados a todos os pacientes hipertensos
9	Melhor qualidade no atendimento.
10	Melhor atualização da hipertensão na área de abrangência

**Fonte:** Autoria própria, (2016).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta proposta de intervenção espera-se um enfrentamento da situação existente em nossa área de abrangência identificada como alta prevalência de hipertensão e de seus fatores agravantes, com o intuito de controlar esta doença e suas complicações.

Na Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada ao desenvolvimento de HAS. Indivíduos normotensos com elevada sensibilidade à ingestão de sal apresentaram incidência 5 vezes maior de HAS em 15 anos, quando comparados àqueles com baixa sensibilidade. A população brasileira apresenta padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Ademais, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido bem demonstrado. Portanto, recomenda-se a redução do consumo de cloreto de sódio para 5-6 g ao dia como forma de prevenção de HAS, devendo ser consideradas para tal as principais fontes alimentares com maior teor de sódio.

A atividade física regular reduz a incidência de HAS, bem como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares (DCV), mesmo em indivíduos pré-hipertensos.

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

O excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Nos EUA, a obesidade contribui em até 75% para os casos de HAS.

A prevalência de HAS aumenta linearmente com o envelhecimento, atingindo percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos.

70% de hipertensão é leve e mais de 50% o abandono ou não cumpriram com o tratamento em 6 meses.

O tratamento não farmacológico é a pedra angular para impedir a progressão da hipertensão.

E de acordo com o desenvolvimento alcançado pela ciência médica pode-se dizer que:

- Atualmente, é absolutamente certo que o tratamento da hipertensão é benéfico para reduzir a morbidade e mortalidade em cardiovascular, o cérebro e doença renal.
- Estudos epidemiológicos e clínicos em larga escala, nós fornecemos uma compreensão mais precisa dos mecanismos que geram a HTA e que são os métodos mais eficazes para o controle terapêutico e adequado do mesmo.

Assim, ao priorizar o acompanhamento dos hipertensos conseguiremos melhorar os conhecimentos dos usuários sobre a doença, aumentar a informação sobre o uso dos medicamentos, bem como modificar o comportamento dos usuários frente à doença buscando uma melhor qualidade de vida.



## REFERÊNCIAS

- ALVAREZ B G, *et al.* **Manual clínico del monitoreo ambulatorio de la presión arterial.** *Rev. cub med.* 2006; 45 (4).
- BELO, P. R. **Crises Hipertensivas.** *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2008; 30:82-8.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília. DF: MS, 2006.
- CAMPBELL, N R. *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.
- CAMPOS, F. C. C, *et al.* **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: **Coopmed**, 2010.
- CONCEIÇÃO, L. H. I. G. *et al.* Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2006;40(4):684-91.
- CHOBANIAN, A. V. (Org.). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Washington D.C.: **National Institutes of health**: 2004. 88 p.
- DUNCAN, B, *et al* **J. Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseada em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2006.
- FRANCISCO BADARÓ, Departamento Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Francisco Badaró 2010-2014.** FRANCISCO BADARÓ, 2010.
- GRANDI, A. M. *et al.* **Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study.** *American Journal Hypertension*, USA, v. 19, n. 2, p. 140-145, Feb. 2006.
- HEMMELGAM, B. *et al.* The 2004 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1 – Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Can J Cardiol* v. 20, n.1, p.31-40. (2004).
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2014.** Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).
- IEPHA. Instituto Estadual do Patrimônio Histórico Artístico. Fevereiro 2015.
- IV Diretriz para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial / II Diretriz para o uso da monitorização residencial da pressão arterial. *Arq. Bras. Cardiol*; v. 85, (supl. II): p.5-18.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq. Bras. Cardiol**, v.95, (Sup. 1), p. 1-51, 2010.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, **Arq. Bras Card**. 2010,95 (1 sup.1):1-51.

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

LEENEN, F. H. H. *et al.* Results of the Ontario Survey on the Prevalence and Control of Hypertension. **Canadian Medical Association Journal (CMAJ)**, Canada, v. 178, n. 2, p 1441-1449, may, 2008.

LEWINGTON, S. *et al.* Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**. 2002 Dec 14; 360(9349):1903-13. Erratum in: **Lancet**. 2003 Mar 22; 361(9362):1060.

MANSUR, A. P. *et al.* Tendência da mortalidade por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. **Arq. Bras. Cardiol**; 2001; 76(6):497-510.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. – 2. ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

ORDUÑEZ-GARCIA, P. *et al.* Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. **J. Hypertension**, USA, v. 24, n. 5, p. 845-849, may, 2006.

PONTES-NETO, OM, *et al.* Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. **Stroke**. 2008; 39(2): 292-6.

RABETTI, A, C; *et al.* Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública**. São Pablo, v.45, n2, abr.2011.

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.

SHARMA, A. M. *et al.* High prevalence and poor control of hypertension in primary care: crosssectional study. **J. Hypertension** USA, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.

SIAB. Sistema de Informação de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2013.