

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

ALCIBIADES TORRES CUTINO

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENIR E CONTROLAR A
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NAZARÉ NO MUNICÍPIO BELO HORIZONTE/MG**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2014**

ALCIBIADES TORRES CUTINO

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENIR E CONTROLAR
AHIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NAZARÉ NO MUNICÍPIO BELO HORIZONTE/MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo De Castro Sena

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2014**

ALCIBIADES TORRES CUTINO

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENIR E CONTROLAR A
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NAZARÉ NO MUNICÍPIO BELO HORIZONTE/MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo De Castro Sena

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo De Castro Sena

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Aprovado em Belo Horizonte, em 19/09/2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os que me apoiaram e aqueles que contribuíram direta e indiretamente para a sua realização.

AGRADECIMENTOS

À Deus que é a inspiração da minha vida e à minha família que facilita a dedicação ao meu trabalho com seriedade e profissionalismo.

Aos meus colegas de trabalho e amigos pelo apoio prestado e aos pacientes que são o objetivo do meu esforço para proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida.

À todos os professores, pelos importantes ensinamentos científicos e pessoais transmitidos e em especial ao Dr. Bruno pelo apoio e dedicação.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de ação para enfrentar um problema de saúde muito importante e de grande repercussão na população do Brasil e na área de abrangência do PSF Nazaré, situado no bairro com o mesmo nome, no Município Belo Horizonte, Minas Gerais: o alto índice de pacientes com hipertensão arterial Sistêmica (HAS). A porta de entrada para o atendimento de pacientes com HAS que utilizam o SUS é a atenção primária. Justifica-se por um elevado número de pacientes com a doença na UBS Nazaré. O projeto de intervenção vai se basear na criação de um protocolo de atendimento que garanta melhor assistência aos pacientes com diagnóstico de HAS e com risco elevado para adoecer no futuro. Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, através do método da Estimativa Rápida, incluindo os principais problemas enfrentados por essa UBS, serão planejadas intervenções que garantam melhoria no atendimento de pacientes com HAS. Para a construção desse projeto serão utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, entre outros. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas serão selecionados conforme sua relevância e como critério de inclusão será aceitos publicações entre 2000 e 2015. Outros dados importantes que serão utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, dados do Ministério da Saúde e arquivos nos próprios US de Nazaré. O plano de ação proposto seguirá o método PES (Planejamento Estratégico Situacional) e será baseado numa equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos de apoio e agentes comunitárias de saúde em parceria com a UBS e outros fatores. Na proposta de mudanças em relação aos estilos de vida. Em populações nas quais se encontram presentes outros fatores de risco, lesões de órgãos-alvo ou condições clínicas correlatas, o impacto da pressão arterial sobre a morbimortalidade cardiovascular será ainda maior e a obtenção de alvos pressóricos mais estreitos, particularmente na população de diabéticos, nefropatas e cardiopatas, tem mostrado maior proteção. Para quaisquer pacientes, as recomendações para as modificações no estilo de vida e controle dos fatores de risco correlatos devem ser enfatizadas, destacando-se a redução do peso corporal, que terá grande impacto sobre o controle da pressão e os distúrbios associados à síndrome metabólica. De forma geral, o impacto dos anti-hipertensivos de primeira linha sobre o risco cardiovascular em populações gerais de hipertensos será semelhante. Com isto, espera-se um acompanhamento, mais efetivo dos portadores de HAS.

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Fatores de Risco. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to develop a plan of action to address a major health problem of great impact on the population of Brazil and FHP Nazareth's catchment area, situated in the district of the same name, in the city Belo Horizonte, Minas Gerais: the high rate of patients with high blood pressure (HBP). The gateway to the care of patients with hypertension using SUS is primary care. Are justified by a high number of patients with the disease in UBS Nazareth. The intervention project will be based on creating a protocol of care that ensure better care for patients with hypertension and at high risk for getting sick in the future. After performing the situational diagnosis and know the territory studied, through the method of flash estimate, including the main problems faced by the UBS, interventions will be planned to ensure improvement in the care of patients with SAH. For the construction of this project will be used scientific papers available in the database as: Virtual Health Library Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, among others. Articles available in the databases and publications in medical books and magazines will be selected as relevant and as inclusion criteria publications will be accepted between 2000 and 2015. Other important data to be used are available in Belo Health Department Horizon, Ministry of Health and files in their own US of Nazareth. The proposed action plan will follow the PES method (Strategic Situational Planning) and be based on a multidisciplinary team, including doctors, nurses, nursing technicians, support doctors and community health workers in partnership with UBS and other factors. The proposed changes in relation to lifestyles. In populations which are present other risk factors, target organ damage or related medical conditions, the impact of blood pressure on cardiovascular morbidity and mortality will be even bigger and getting narrower blood pressure targets, particularly in the population of diabetics, renal disease and heart disease, has shown greater protection. For any patients, recommendations for changes in lifestyle and control of related risk factors should be emphasized, especially the reduction of body weight, which will have great impact on the control of pressure and disorders associated with metabolic syndrome. Overall, the impact of antihypertensive drugs first line on cardiovascular risk in general hypertensive population will look like. With this, we expect a follow-up, most effective of patients with SAH.

Keywords: Family Health Strategy. Hypertension. Risk factors. Primary Health Care. Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária de Saúde

ASB - Assistente de Saúde Bucal

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVE - Acidente Vascular Encefálico

BH - Belo Horizonte

COPASA - Companhia de Saneamento de Minas Gerais

CMSBH - Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte

DRC - Doença Renal Crônica

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DIEESE- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

ESF - Equipe Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FR - Fatores de Risco

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IC – Insuficiência Cardíaca

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PA - Pressão Arterial

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PIB - Produto Interno Bruto

SCIELO - *Scientific Electronic Library on Line*

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão

SUS - Sistema Único de Saúde

TSB - Técnica de Saúde Bucal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Contextos Gerais do Município.....	12
1.2 Contexto da UBS Nazaré.....	19
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	26
4 METODOLOGIA	27
5 REVISÃO DA LITERATURA	28
5.1 A Problemática da Hipertensão Arterial.....	28
5.2 Definindo a hipertensão.....	29
5.3 Classificações dos valores da pressão arterial.....	30
5.4 Sintomas da hipertensão arterial.....	30
5.5 Diagnósticos da hipertensão arterial.....	31
5.6 Consequências da hipertensão arterial.....	33
5.7 Causas e fatores de risco para hipertensão.....	35
5.8 Tratamentos da hipertensão arterial.....	35
5.9 Tratamentos Farmacológicos.....	37
6 PLANO DE AÇÃO	39
6.1 Problemas Identificados.....	39
6.2 Priorizações dos problemas.....	39
6.3 Descrições do problema.....	40
6.4 Explicações do Problema.....	41
6.5 Seleções dos Nós Críticos.....	41
6.6 Desenhos das operações.....	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos Acidentes Vascular Cerebral (AVC), respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (AZEVEDO *et al.*, 2006).

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce (AZEVEDO *et al.*, 2006).

Mudanças no estilo de vida têm ocorrido de acordo com as preferências sociais ao longo da evolução do ser humano. As características da população mudam de igual forma. Neste sentido, nos últimos dois séculos, houve um fenômeno que a literatura denomina de transição epidemiológica, em que Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) ganharam enfoque, enquanto doenças de cunho infeccioso e parasitário deixam de ser o principal agente de morbimortalidade. As doenças crônicas não transmissíveis são aquelas de

etiologia múltipla, que possuem curso prolongado, advindas com morbidades muitas vezes de longo tempo assintomáticas, e, principalmente, com fatores de risco modificáveis em sua gênese (REUTER *et al.*, 2012).

Destas, podemos destacar a obesidade, a qual gera alterações sistêmicas, principalmente com repercussões cardiovasculares e endócrinas. As doenças cardiovasculares estão em destaque, o que se justifica por ser a principal causa de morte e incapacidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Dentre a vasta gama de doenças desta ordem, uma das mais prevalentes na população é a HAS, que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Sabe-se que a hipertensão deixou de ser exclusividade de adultos. Estudos anteriores têm demonstrado que crianças e adolescentes obesos são indivíduos potenciais a desenvolverem esta alteração (REUTER *et al.*, 2012).

Este projeto visa atualizar conhecimentos técnicos sobre HAS (de acordo com dados mais recentes da literatura), sugerir estratégias de conduta conforme recursos locais (com práticas economicamente sustentáveis para o Sistema Único de Saúde (SUS), e ampliar a capacidade da Atenção Básica para a Abordagem Integral. Este é o princípio que garante a abordagem do indivíduo como sujeito de um processo dinâmico, porém considerado como parte da comunidade e do ambiente onde vive formando um conjunto ao qual são direcionadas as ações de saúde. O modelo pautado na integralidade do cuidado considera territorialidade, vínculo, continuidade da assistência, planejamento local e promoção da saúde como pressupostos para o trabalho em nível local (FERREIRA *et al.*, 2011).

A população brasileira tem experimentado significativas mudanças no seu perfil demográfico, com queda das taxas de fecundidade, natalidade, incremento da expectativa de vida e aumento da população de idosos. Também tem ocorrido quadro de transição epidemiológica, redução proporcional das doenças infectocontagiosas, e aumento das DCNT, além de transição nutricional, com diminuição da desnutrição e aumento de excesso de peso e obesidade. As DCNT são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países do mundo, incluindo o Brasil, correspondendo a 63% das causas de óbitos no mundo e cerca de 36 milhões de mortes anuais. Dentre as DCNT, as que mais se destacam pela magnitude são as doenças

cardiovasculares (HAS), infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), doenças respiratórias crônicas, câncer e *diabetes mellitus*. Estudos apontam que a HAS acomete em torno de 22% da população brasileira acima de 20 anos, podendo ser responsabilizada por 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de IAM. A HAS tem gerado grande impacto na morbimortalidade brasileira e mundial. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam a existência de 600 milhões de pessoas acometidas pela HAS, e cerca de 7,1 milhões de mortes anualmente, o que corresponde a 13% da mortalidade global (DIAS *et al.*, 2014).

1.1 Contexto Geral do Município

Belo Horizonte também chamado de BH é um município brasileiro, capital de Minas Gerais. Com uma área de aproximadamente 330 km² e uma geografia diversificada, com montanhas e planícies, está localizado na região central do estado a 716 km de Brasília, a capital do país e 438 km do Rio de Janeiro. Cercada pela Serra do Curral, que atua como um quadro de referência natural e histórica foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa do Estado, sob a influência das idéias do positivismo, no auge da ideologia republicana no país. A cidade é uma mistura de tradição e modernidade. De acordo com o censo nacional de 2010, uma população de 2.475.440 habitantes, sendo a sexta cidade mais populosa do país. A cidade é o quinto maior PIB entre os municípios brasileiros e representam 1,38% da riqueza total produzida no país. O desenvolvimento da cidade nos últimos tempos foi reconhecida pela América Economia classificação jornal, ele aparece como uma das 10 melhores cidades para fazer negócios na América Latina em 2009, a segunda no Brasil e à frente de cidades como Rio de Janeiro, Brasília e Curitiba. A Região Metropolitana de Belo Horizonte, que compreende 34 municípios, possui uma população estimada em 5.397.438 habitantes, sendo a terceira maior aglomeração urbana do Brasil, o sexto na América Latina 62^a maior do mundo (BELO HORIZONTE, 2013).

Belo Horizonte foi fundado o dia 12 de dezembro de 1897, sendo uma das primeiras cidades brasileiras planejadas. Elementos chaves do seu traçado incluem uma malha perpendicular de ruas cortadas por avenidas em diagonal,

quarteirões de dimensões regulares e uma avenida em torno de seu perímetro, a Avenida do Contorno. Entre as décadas de 1930 e 1940 houve o avanço da industrialização, além da criação do Conjunto Arquitetônico da Pampulha, inaugurado em 1943. Na década de 1960, muitas demolições foram feitas, transformando o perfil da cidade, que passou, então, a ter arranha-céus e asfalto no lugar de árvores. A década de 1980 foi marcada pela valorização da memória da cidade, com a alteração na orientação do crescimento. Vários edifícios de importância histórica foram tombados. Foi iniciada a implantação do metrô de superfície. Seus limites: Ribeirão das Neves (Norte e Noroeste), Santa Luzia (Norte e Nordeste), Sabará (Leste), Nova Lima (Sul e Sudeste), Ibirité (Sudoeste) e Contagem (Noroeste e Oeste). Possui uma geografia diversificada, com morros e baixadas. Foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa do estado mineiro. Sofreu um inesperado acelerado crescimento populacional, chegando a mais de 01 milhão de habitantes com quase 70 anos de fundação (BELO HORIZONTE, 2013).

No início do século XXI, Belo Horizonte ficou para o desenvolvimento do setor terciário dos setores da economia, comércio, prestação de serviços e de tecnologia de alta (ênfase nas áreas de biotecnologia e computador). Algum investimento recente nesses setores está criando o Parque Tecnológico de Belo Horizonte (tecnologia de cluster adicionado à UFMG), o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento do Google para a América Latina e do moderno centro de convenções Expo Minas. O turismo de negócios, congressos, convenções, feiras, eventos e exposições científicas e técnicas, tem fomentado o crescimento da taxa de ocupação da rede hoteleira e consumo de serviços, bares, restaurantes e transportes. A cidade também tem tido sucesso nas artes e setor cultural, especialmente através de parcerias públicas e privadas para estimular o setor, como a realização de fixo e crescentes eventos internacionais o número de salas de concertos, teatros e galerias de arte políticas. Por tudo isso, a cada ano a cidade foi estabelecido como um novo centro nacional de cultura (BELO HORIZONTE, 2013).

Belo Horizonte é a quinta cidade mais rica do Brasil com 1,37% do PIB nacional, atrás de São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília e Curitiba. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 seu PIB somou R\$ 51.661.760.194,00o que equivale a aproximadamente

14,7% de toda produção de bens e serviços do estado. Segundo dados do IBGE, em 2010, o PIB per capita do município foi de R\$ 23 053,07. A capital tem 77 454 sedes de empresas legalizadas, que abarcam 1 025 205 pessoas ocupadas. Sua região metropolitana possui um PIB de aproximadamente R\$ 74,16 bilhões, o que corresponde a 34,5% de todo o PIB mineiro em 2006. Segundo dados do IBGE, a rede urbana de influência exercida pela cidade no resto do país abrange 9,1% da população e 7,5% do PIB brasileiro. A influência é percebida em 698 cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e de Minas Gerais. O município também está entre os sete municípios com a melhor infraestrutura do país. Posicionada em um eixo logístico do Brasil, é servida por uma malha viária e ferroviária que a liga aos principais centros e portos do país. Recebe vôos nacionais e internacionais pelo Aeroporto de Confins e vôos nacionais e regionais pelo Aeroporto da Pampulha (BELO HORIZONTE, 2013).

Um dos maiores centros financeiros do Brasil, Belo Horizonte (BH) é caracterizada pela predominância do setor terciário em sua economia. Mais de 80% da economia do município se concentra nos serviços, com destaque para o comércio, serviços financeiros, atividades imobiliárias e administração pública. Segundo dados do IBGE, em 2006 o setor agropecuário representou apenas 0,0005% de todas as riquezas produzidas na cidade. De acordo com estudos do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), a taxa de desemprego da capital mineira é a menor entre as capitais do Brasil, sendo o índice de 8,3%. As principais atividades econômicas do município BH são: processamento de minérios, indústria, agricultura, serviços, informática e biotecnologia e medicina (BELO HORIZONTE, 2013).

Quadro 01: Domicílios por forma de abastecimento de água.

Belo Horizonte 2010.

Forma de abastecimento de água	
Rede geral de distribuição	759 890
Poço ou nascente na propriedade	1 010
Outras	1 174
Total	762 075

Fonte: Censo (2010).

Quadro 02: População atendida pelo serviço esgotamento sanitária e volume de esgoto coletado e tratado. Belo Horizonte 2009.

Ano de referência	2009
Esgotamento Sanitário	
População total atendida com esgotamento sanitário	2456488
Volume de esgoto coletado [1.000 m ³ /ano]	113063
Volume de esgoto tratado [1.000 m ³ /ano]	74310
Percentual do esgoto tratado (em %)	65,7 %
População total do município (IBGE)	2452612
Estimativa da taxa de cobertura do serviço (em %)	100,2 %

Fonte:BRASIL (2014).

Quadro 03: População residente por sexo e faixa etária. Belo Horizonte 2010.

Faixa etária	Homens	Mulheres	Total
0 a 1 ano	13.657	13.156	26.813
1 a 4 anos	54.032	52.366	106.398
5 a 9 anos	73.647	71.221	144.868
10 a 14 anos	86.338	85.153	171.491
15 a 19 anos	90.895	91.815	182.710
20 a 24 anos	106.240	112.538	218.778
25 a 29 anos	110.707	120.055	230.762
30 a 34 anos	102.211	111.603	213.814
35 a 39 anos	84.424	94.405	178.829
40 a 44 anos	78.564	90.757	169.321
45 a 49 anos	75.266	89.662	164.928
50 a 54 anos	66.370	81.578	147.948
55 a 59 anos	52.018	66.901	118.919
60 a 64 anos	39.958	53.230	93.188
65 anos e +	79.186	127.198	206.384
Total	1.113.513	1.261.638	2.375.151

Fonte: IBGE (2010).

Quadro 04: População e domicílios. Belo Horizonte 2010.

Variável	Valor
População residente	2.375.151
Total de homens	1.113.513
Total de mulheres	1.261.638

Total da população urbana	2.375.151
Total da população rural	0.0
Total de domicílios recenseados	847.495
Total de domicílios particulares	846.433
Total de domicílios particulares ocupados	762.752
Total de domicílios particulares ocupados com entrevista realizada	738.075
Total de domicílios particulares ocupados sem entrevista realizada	24.677
Total de domicílios particulares não ocupados fechados	24.636
Total de domicílios particulares não ocupados de uso ocasional	18.191
Total de domicílios particulares não ocupados vagos	65.545
Média de moradores em domicílios particulares ocupados	3,11
Total de domicílios coletivos	1.007
Total de domicílios coletivos com morador	626
Total de domicílios coletivos sem morador	381

Fonte: IBGE (2010).

A Esperança de vida ao nascer é de 76,37 anos (2010). Taxa de Crescimento Anual: 1,15 %. Densidade demográfica (hab./km², 2010): 7 146.10. Taxa de escolarização: no Brasil a taxa de escolarização de crianças entre 5 e 6 anos de idade é de mais de aproximadamente 81%, totalizando assim mais de 5 milhões de estudantes. Dentro do grupo de idade de 7 a 14 anos, a taxa de escolarização é de mais de 97%, totalizando assim mais de 26 milhões de estudantes adolescentes. Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 14,2 %. Proporção de moradores abaixo da linha de indigência: 4,9 %.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é um indicador criado pelo governo federal para medir a qualidade do ensino nas escolas públicas. O último IDEB, realizado em 2011, declara a nota do Brasil sendo 5,0 nos anos iniciais, 4,1 nos anos finais e 3,7 no Ensino Médio. O índice é calculado através do rendimento escolar (aprovação e evasão) no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB) e na Prova Brasil. A meta é alcançar o índice 6, o mesmo resultado obtido pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). A porcentagem de população usuária da assistência à saúde no SUS é de 75% (SIAB, 2009).

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH) foi criado oficialmente há 18 anos, em 03 de junho de 1991. É regulado pela Lei Federal nº 8.142/90 e pelas Leis Municipais nº 5.903/91 e nº 7.536/98. O CMSBH

funciona em caráter permanente, deliberativo e colegiado. Sua função é atuar na formação de estratégias da política de saúde, no controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos e financeiros. Portanto, os conselhos fiscalizam e aprovam as contas da Secretaria Municipal de Saúde, representando a população na saúde pública. Para que o Conselho possa desempenhar o seu papel é necessária uma boa estrutura e que as diversas classes envolvidas na saúde sejam representadas. Deste modo, a lei que institui o Conselho Municipal de Saúde garante a representação dos seguintes segmentos: 50% de usuários (eleitos nos movimentos comunitários, associações de moradores, associações dos portadores de deficiência, movimentos de mulheres e aposentados, entre outros que possam existir no município), 25% de trabalhadores da área da saúde - sindicatos gerais e sindicatos de categorias profissionais (eleitos em plenárias específicas dos segmentos, que devem ser convocados pelo CMSBH) e 25% de Governo e prestadores de serviços - gestores da saúde, prestadores públicos, filantrópicos, privados e formadores de recursos humanos (indicado pelo chefe do Poder Executivo Municipal). Em Belo Horizonte, são 36 conselheiros titulares e 36 suplentes. (SIAB, 2009).

O plenário do Conselho se reúne ordinariamente uma vez por mês no Plenário Conselheiro Evaristo Garcia (auditório da Secretaria Municipal de Saúde), situado na Avenida Afonso Pena, 2.336, 14^a andar, Bairro Funcionários, e as reuniões extraordinárias são agendadas de acordo com a demanda das discussões. Todos os temas pautados em reuniões do plenário são previamente discutidos nas reuniões da Mesa Diretora (SIAB, 2009).

O Fundo Municipal de Saúde é uma unidade orçamentária dentro da Secretaria Municipal de Saúde e não uma unidade gestora. A constituição do Fundo ocorreu em 1990 com a edição da lei 8080 e a lei 8142. Os recursos que se destinam ao financiamento de ações e serviços de saúde deverão ser separados do montante de receitas municipais administrado por sistema de caixa único, para compor um fundo especial, o Fundo Municipal de Saúde (SIAB, 2009).

O PSF foi implementado nos centros de saúde que constituem a rede Básica de Saúde, com uma taxa de cobertura em BH de 75% (2009). Em BH esta conta com 147 centros de saúde, distribuídos nos nove Distritos Sanitários

(Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova). As UBS são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência, funcionam de segunda a sexta-feira, e devem ser as primeiras a serem procuradas no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. São 523 ESF, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Dos 147 centros da capital, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico. Há também em algumas unidades assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros. Nas unidades, o usuário pode se consultar e, com encaminhamento médico, agendar consultas especializadas, fazer o atendimento pré-natal e acompanhamento de doenças crônicas, vacinar-se, retirar medicamentos com receita médica, fazer consultas odontológicas, receber orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços (SIAB, 2009).

O sistema de referência e contra referência é um modo de organização dos serviços, configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de patação de funcionamento, que visa assegurar a atenção integral aos usuários através da hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos, porém reforçando vínculos em diferentes dimensões: intra equipes de saúde, inter-equipes e serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes (SIAB, 2009).

As redes de média e alta complexidade constituem um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. Assim, embora a atenção básica em saúde seja entendida como a base orientadora do sistema e sua porta de entrada preferencial, que deva ter visão integral da assistência à saúde para sua população adscrita, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS. A definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade é atribuição do Ministério da Saúde. Existem em BH 09 Centros de Especialidades, 04 Unidades de Referência Secundária, 01 Policlínica, 01

Núcleo de Cirurgia Ambulatória, 01 Centro Municipal Oftalmológico, 01 Centro Municipal de Imagem e 08 Ambulatórios de Convergência (SIAB, 2009).

Quanto aos recursos humanos em saúde, a cidade contém em cada ESF: 01 médico de família, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e 04 a 06 agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta lista profissional de saúde bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal). Cada profissional tem carga horária semanal de 40 h, exceto os médicos que podem ter 20 h. Das 40 h, pode existir a necessidade de dedicação mínima de 32 h para atividades na ESF, podendo ser dedicadas até 8h para prestação serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou medicina de família e comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial (SIAB, 2009).

1.2 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NAZARÉ

O Centro de Saúde se localiza na Rua Cruz de Malta Nº 73, Bairro Nazaré, o qual é um bairro da região administrativa do Nordeste, município Belo Horizonte, MG. Na Unidade Básica de Saúde (UBS), se presta assistência médica a uma população de 17.455 pessoas por cadastro oficial do Centro de Saúde, composta por mais de 4.940 famílias, maiormente adultos, com um alto por cento de idosos. Nível de alfabetização (Censo demográfico IBGE 2010). Agora, a população tem uma “Bolsa” de família para que possam estudar. A comunidade da zona de abrangência da UBS é de elevado risco. Há zonas de favelas com tráficos de drogas, criminalidade e assassinatos, um aumento crescente da população e novas moradias com melhores condições. Existe uma crescente quantidade de estabelecimentos comerciais: lojas de roupas, ferramentas, materiais de construção, *lanho use*, pizzarias, sorveterias, academias, restaurantes. As principais causas de óbito de residentes na área de abrangência são: doenças cardiovasculares, acidentes, doenças respiratórias, neoplasias e EVC.

A UBS apresenta cerca de 100 funcionários distribuídos em mais de 10 profissões. Possui reunião mensal do Conselho Local de Saúde, Lang Gong,

grupos operativos, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), profissionais de apoio, 5 Equipe Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal e equipe de Zoonose. Tem a classificação de Risco. O funcionamento ocorre de 2ª a 6ª feira das 7 às 18 horas, ficando disponíveis todos os dias um médico na escala para atendimento de casos graves. Os principais tipos de ocupação profissional da população do bairro são aposentados, empregadas domésticas, operários da Construção Civil e pequenos comerciantes.

Quadro 05: Recursos humanos. UBS Nazaré.

Gerente	02	Posso Ajudar	03
Médicos de ESF	05	TSB	03
Dentistas	04	ASB	02
Psicólogo:	01	ACE	07
Psiquiatra	01	Porteiros	02
Pediatra	01	Guarda municipal	01
Ginecologista	01	Assistente Social	01
Enfermeiros	06	Administrativos	04
Auxiliar de enfermagem	14	Serviços gerais	02
ACS	22	NASF	01

Fonte: SIAB (2014).

O constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes. O NASF é uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atua com os profissionais das ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios, poderá ser composta por profissionais como: Assistente Social, Profissional/Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Ginecologista/Obstetra, Homeopata, Nutricionista, Pediatra, Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Geriatra, Médico do trabalho, Veterinário, profissional com formação em Arte e Educação (Arte Educador) e profissional de Saúde Sanitarista. Cada profissional do NASF deverá cumprir um horário nunca inferior às 20h semanais.

Quadro 06: Recursos da comunidade Nazaré.

Centro de saúde	Consultórios Privados
Clinicas Odontológica	Associação comunitária
Clínica Veterinária	Escolas
Creches	Auto Escola
Mecânica de Autos	Sacolões
Lojas	Padarias
Farmácias	Supermercados de médio porte
Pizzarias	Igrejas: Católica, Evangélica, Centro Espírita.

Fonte: Autoria Própria (2014).

O prédio da UBS é novo, tem boas condições, espaço amplo e apresenta segurança moderada. Apresenta 02 andares, tem de 12 consultórios, elevador, sala de espera externa, sala de curativo, sala de observação, sala de reunião, estacionamento, uma sala de vacina, sala de triagem e classificação de risco, farmácia, expurgo, sala da direção, recepção, sala de marcação de consultas especializadas, sala de eletrocardiograma e consultórios odontológicos com 04 cadeiras odontológicas. A Equipe 04 da UBS Nazaré, da qual o médico participa, atende a 794 famílias somando um total de 3.688 indivíduos. A equipe está atualmente completa. Possui um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

Quadro 07: População por faixa etária e sexo. UBS Nazaré. 2014.

FAIXA ETÁRIA	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	%
< 1 mês	07	01	08	0,04
1 a 11 meses	89	81	170	
1 a 4 anos	426	474	900	
5 a 9 anos	515	511	1026	
Subtotal crianças	1037	1067	2104	12,05
10 a 14 anos	592	617	1209	
15 a 19 anos	736	698	1434	
Subtotal adolescente	1328	1315	2643	15,14
20 a 24 anos	845	760	1605	
25 a 29 anos	869	843	1712	
30 a 34 anos	837	710	1547	
35 a 39 anos	760	672	1432	
40 a 44 anos	719	611	1330	

45 a 49 anos	605	525	1130	
50 a 54 anos	572	497	1069	
55 a 59 anos	502	408	910	
Subtotais adultos	5709	5026	10735	61,50
60 a 64 anos	343	289	632	
65 a 69 anos	276	203	479	
70 a 74 anos	166	130	296	
75 a 79 anos	151	108	259	
≥ a 80 anos	217	90	307	
Subtotais idosos	1153	820	1973	11,30
TOTAL	9227	8228	17455	100,00

Fonte: SIAB (2014).

Quadro 08: População por faixa etária e sexo. ESF 4. UBS Nazaré. 2014.

FAIXA ETÁRIA - ANOS	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	%
< 1 mês	03	00	03	
1 a 11 meses	14	16	30	
1 a 4 anos	86	100	186	
5 a 9 anos	111	126	237	
Subtotais crianças	214	242	456	12,36
10 a 14 anos	147	140	287	
15 a 19 anos	144	138	282	
Subtotais adolescentes	291	278	569	15,43
20 a 24 anos	184	135	319	
25 a 29 anos	186	162	348	
30 a 34 anos	157	137	294	
35 a 39 anos	172	152	324	
40 a 44 anos	178	130	308	
45 a 49 anos	122	102	224	
50 a 54 anos	110	109	219	
55 a 59 anos	109	82	191	
Subtotais adultos	1218	1009	2227	60,39
60 a 64 anos	73	57	130	
65 a 69 anos	71	47	118	
70 a 74 anos	41	40	81	
75 a 79 anos	32	23	55	
Maior ou igual a 80 anos	36	16	52	
Subtotais idosos	253	183	436	11,82
TOTAL	1976	1712	3688	100,00

Fonte: SIAB (2014).

2 JUSTIFICATIVA

A HAS 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. 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 HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso 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. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de PA (BRASIL, 2006).

A HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos AVC, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das

internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos. A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da HAS. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce (AZEVEDO *et al.*, 2006).

A HAS é a morbidade mais comum na população adulta e frequente nos serviços de emergência no Brasil; a IC é a primeira causa cardiovascular de hospitalização no país. Em revisão da literatura nacional sobre a epidemiologia da HA, a maioria dos estudos continua procedendo das regiões Sul e Sudeste, e a Norte continua sem nenhuma informação de base populacional. As prevalências da HAS são, na maioria, acima dos 25%, predominando no sexo masculino, e os principais fatores de risco não diferem dos de outros países. A epidemiologia da IC é desconhecida no Brasil. Dados oficiais sobre hospitalizações refletem parte da morbidade e referem-se aos 2/3 da população atendida pelo SUS (70%), estimando-se que 58 milhões dela sejam adultos \geq 20 anos (LESSA, 2006).

Após conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico legais do sistema de saúde brasileiros, tem-se, atualmente, como questão central à reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Assim, busca-se criar condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde, aproxime-se mais dos indivíduos, das famílias e das comunidades, torne-se mais humanizado, solidário e, sobretudo, mais resolutivo. O PSF, criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros. Trata-se, portanto, de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos ACS e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios,

das famílias e das comunidades. Esta proposta luta para substituir a forma de pensar e praticar saúde, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual que tem no hospital o *locus* de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade. O desafio que se coloca é a transformação da atenção sanitária centrada no procedimento em uma atenção centrada no usuário (COSTA *et al.*, 2009).

Justifica-se, portanto a realização deste trabalho, porque se faz urgente para os profissionais de saúde da família, que lidam diretamente com esta clientela, compreender melhor os riscos que estes estão correndo, no intuito de realizar um trabalho mais efetivo de esclarecimento, promoção e prevenção. Além disso, trata-se de uma forma de colocar em prática um modelo de saúde direcionado aos objetivos do PSF: um trabalho multidisciplinar e Inter profissional, centrado na família e nas comunidades, centrada no usuário em detrimento do procedimento (COSTA *et al.*, 2009).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular 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 AVE e 47 % por doença isquêmica do coração 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 a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 e 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (AVILA *et al.*, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de ação para prevenir e controlar a Hipertensão Arterial Sistêmica e garantir uma melhor assistência aos pacientes portadores da doença, que são acompanhados na Unidade Básica de Saúde Nazaré, localizada em Belo Horizonte, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e elaborar propostas para os fatores determinantes do número de pacientes de nossa área de abrangência;
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada a traves de uma minuciosa revisão literária;
- Analisar a situação dos portadores de Hipertensão Arterial da UBS;
- Avaliar a extensão e as consequências do problema existente;
- Elaborar e executar um conjunto de ações a serem desenvolvidas em conjunto com a comunidade do Bairro Nazaré de forma a controlar e prevenir a HAS.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho, para a elaboração do plano de ação, foi feito em três fases: o diagnóstico situacional em saúde, revisão da literatura e elaboração do plano de ação. O diagnóstico situacional permitiu conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados por essa UBS, o que nos permite obter informação sobre os problemas e de os recursos potenciais para o planejamento das ações de enfrentamento, num curto período de tempo e sem gastos econômicos e motivando da população na identificação de suas necessidades e problemas. Serão planejadas intervenções que garantam melhoria no atendimento de pacientes com HAS.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foi feita pesquisa bibliográfica na modalidade de revisão de literatura nos seguintes bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no idioma português levantamento bibliográfico de textos, livros, manuais do Ministério da Saúde e artigos científicos publicados no período de 1981 a 2014. O trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde e população adstrita a UBS do bairro Nazaré, localizado no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Nesse plano de intervenção para melhorar a assistência do paciente portador de HAS, serão cadastrados inicialmente um pequeno grupo de pacientes. Todos esses pacientes serão convidados a participarem do projeto. Os pacientes serão incluídos no protocolo para garantir melhor assistência ao atendimento.

O trabalho será com equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos de apoio e agentes comunitárias de saúde em parceria com a Unidade Básica de Saúde e outros fatores, utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), com elaboração de um plano de ação sobre o problema identificado como prioritário. Será disponibilizada na agenda de atendimentos, uma tarde para esse grupo de pacientes, incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos. O enfoque maior será na psico-educação. As datas ainda não foram definidas.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A Problemática da Hipertensão Arterial Sistêmica

As doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade no mundo, sendo a HAS o principal fator de risco. Apesar do reconhecimento da HAS como um problema de saúde pública e da existência de um significativo número de drogas anti-hipertensivas, seu controle adequado está longe de ser obtido. Em países onde são aplicados enormes recursos financeiros em campanhas institucionais, como Estados Unidos e Canadá, recomendando a identificação e tratamento precoce do hipertenso, o percentual de pacientes sob controle adequado não passa de 34%, apesar da maioria de hipertensos estar sob alguma forma de tratamento. Em um estudo brasileiro, conduzido no Rio Grande do Sul, foram avaliados 918 pacientes, dos quais apenas 50,8% sabiam ser hipertensos e menos de 11% estavam sob controle adequado da PA. Portanto, é preciso melhorar o reconhecimento e a eficiência do tratamento da HAS (FRITSCH *et al.*, 2009).

A HAS é uma das doenças mais prevalentes no mundo, acometendo cerca de um terço da população. A hipertensão pode surgir em qualquer época da vida, inclusive durante a gravidez, mas é muito mais comum na população adulta e nos idosos. Estima-se que até 80% da população com mais de 60 anos seja hipertensa. Nas últimas décadas, o número de hipertensos tem aumentado progressivamente, devido a fatores como maior expectativa de vida, maior incidência de obesidade, sedentarismo e de maus hábitos alimentares. A elevada prevalência associada ao fato de que apenas metade dos pacientes hipertensos consegue manter sua PA devidamente controlada, mantém a hipertensão com o título de principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e AVC (PINHEIRO, 2009).

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como AVC e infarto agudo do miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HAS, 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 HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso 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. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da HAS. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de PA (BRASIL, 2006).

5.2 Definindo a HAS

A 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 do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A PA é uma doença definida pela persistência de pressão arterial sistólica acima de 135 mmHg e diastólica acima de 85 mmHg, sendo hoje considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É fator de risco para IC, IAM, AVC, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando associada a outros fatores de risco como *diabetes mellitus*, obesidade,

sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as conseqüentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.3 Classificação dos Valores da Pressão Arterial

Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. A medição da PA deve ser realizada em todas as consultas pelos médicos de qualquer especialidade e demais profissionais de saúdes quando avaliam os pacientes em seu proceder profissional no dia a dia (DUARTE, 2014).

Quadro 09: Classificação da HAS

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

Fonte: SBC (2010).

5.4 Sintomas da Hipertensão Arterial

Um dos grandes problemas da HAS é o fato desta ser assintomática até fases muito avançadas da doença. Não existe um sintoma típico que possa servir de alarme para estimular a procura por um médico. Achar que é possível adivinhar se a PA está alta ou normal baseado na presença ou na ausência de sintomas, como dor de cabeça, cansaço, dor no pescoço, dor nos olhos, sensação de peso nas pernas ou palpitações, etc., é um erro muito comum. Um indivíduo que não costuma medir sua PA simplesmente porque não tem nenhum sintoma, pode muito bem ser hipertenso e não saber. Por outro lado, se o paciente é sabidamente hipertenso, mas também não mede a PA periodicamente, pode ter a falsa impressão de tê-la controlada. Não existe

nenhuma maneira de avaliar a PA sem que se faça a aferição da mesma através de um aparelho específico, chamado esfigmomanômetro, conhecido popularmente como “aparelho de pressão”. O fato de algumas pessoas terem dor de cabeça ou mal estar quando apresentam pressões arteriais muito elevadas não significa que estes sintomas sirvam de parâmetro. Estas mesmas pessoas podem ter picos de hipertensão assintomáticos e não se darem conta disso. É bom salientar que a dor aumenta a PA, sendo difícil saber nestes casos se a pressão subiu pela dor de cabeça ou a dor de cabeça surgiu pela pressão alta (PINHEIRO, 2009).

Na maioria dos indivíduos a PA não causa sintomas, apesar da coincidência do surgimento de determinados sintomas que muitos, de maneira equivocada, consideram associados à doença, como por exemplo, dores de cabeça, sangramento pelo nariz, tontura, rubor facial e cansaço. Quando um indivíduo apresenta uma HAS grave ou prolongada e não tratada, apresenta dores de cabeça, vômito, dispnéia ou falta de ar, agitação e visão borrada decorrência de lesões que afetam o cérebro, os olhos, o coração e os rins (SBH, 2013).

5.5 Formas de diagnósticos da Hipertensão Arterial

Para o diagnóstico da HAS é recomendada a medida da PA em ambos os braços com o paciente sentado, em ortostatismo e posição supina, pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva, e sempre utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. Como diversos fatores podem alterar a PA, as medidas tomadas em situações ambulatoriais podem não revelar valores reais da pressão do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os critérios diagnósticos para HAS são:

A posição recomendada para a medida da PA é a sentada. Entretanto, a medida da PA na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação, especialmente em idosos, diabéticos, pacientes com disautonomias,

alcoólicos e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva. Para ter valor diagnóstico necessário, a PA deve ser medida com técnica adequada, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrada, respeitando-se as recomendações para este procedimento (BRASIL, 2006).

Procedimento para a medida da PA:

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco (elevação da PA pela tensão provocada pela simples presença do profissional de saúde, particularmente do médico).
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60- 90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80%.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.

9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).
10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da PA e a possível necessidade de acompanhamento (BRASIL, 2006).

5.6 Consequências da HAS

A elevação da HAS representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A HAS apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, IC, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o AVC, acometendo as mulheres em maior proporção. Observa-se tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. A doença cerebrovascular, cujo fator de risco principal é a hipertensão, teve redução anual das taxas ajustadas por idade de 1,5% para homens e 1,6% para mulheres. O conjunto das doenças do coração, hipertensão, doença coronária e IC também tiveram taxas anuais decrescentes de 1,2% para homens e 1,3% para mulheres. No entanto, apesar do declínio, a mortalidade no Brasil ainda é elevada em comparação a outros países, tanto para doença cerebrovascular como para

doenças do coração. Entre os fatores de risco para mortalidade, HAS explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA, a partir de 115x75 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A HAS é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e responsáveis por altas taxas de morbidade. O seu controle depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos. Entre essas medidas estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco. A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações. No entanto, estima-se que somente um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua PA mantida em níveis desejáveis e essa insuficiente adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes dessa enfermidade. As equipes da saúde da família possuem, em tese, os melhores requisitos para promoverem a adesão ao tratamento de patologias como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a corresponsabilização do tratamento. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A hipertensão está associada a diversas doenças graves como: Insuficiência cardíaca, Infarto do miocárdio, Arritmias cardíacas, Morte súbita, Aneurismas, Perda da visão (retinopatia hipertensiva), Insuficiência renal crônica, AVC isquêmico e hemorrágico, Demência por micro infartos cerebrais, Arteriosclerose. A HAS raramente tem cura e o objetivo do tratamento é evitar que órgãos como coração, olhos, cérebro e rins, chamados de órgãos alvo, sofram lesões que causem as doenças descritas acima. Como já mencionei, as lesões iniciais da HAS são assintomáticas, porém, existem exames que podem detectá-las precocemente (PINHEIRO, 2009).

5.7 Fatores de Risco para HAS

Dividimos a HAS em duas classificações, de acordo com suas causas: hipertensão essencial (hipertensão primária) e hipertensão secundária. A hipertensão primária é aquela que surge sem uma causa definida. Esta forma de hipertensão é responsável por 95% dos casos. A HA primária não tem uma causa claramente identificada, mas os seus principais fatores de risco são bem conhecidos: Obesidade, Elevado consumo de sal, Consumo de álcool, Sedentarismo, Etnia negra, Colesterol alto, Apneia obstrutiva do sono, Tabagismo, *Diabetes Mellitus* (PINHEIRO, 2009).

São aspectos relevantes da história clínica: sexo, idade, raça, condição socioeconômica, dislipidemia, tabagismo, DM, obesidade e sedentarismo, alteração de peso, história familiar de HAS ou doença cardiovascular, fatores ambientais e psicossociais, avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína, doença renal consumo de medicamentos ou drogas que possam elevar a PA (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999).

5.8 Tipos de Tratamento

Para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão. Em seguida, é necessária a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado. Com base nestes achados, podem-se estabelecer três graus distintos de risco cardiovascular. Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a HAS: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS. O Quadro 10 indica qual a modalidade de tratamento mais adequada para um determinado paciente, levando-se em consideração a classificação do risco individual e os níveis pressóricos detectados na consulta inicial. A abordagem multiprofissional é de

fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, HA exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento (BRASIL, 2006).

O tratamento não medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial. As razões que tornam as modificações do estilo de vida úteis são: baixo custo e risco mínimo; redução da PA, favorecendo o controle de outros fatores de risco; aumento da eficácia do tratamento medicamentoso; redução do risco cardiovascular; Redução do Peso Corporal; Redução na Ingestão de Sal/Sódio; Aumento da Ingestão de Potássio; Redução do Consumo de Bebidas Alcoólicas; Exercício Físico Regular; Abandono do Tabagismo; Controle das Dislipidemias e do Diabete Mellitus; Suplementação de Cálcio e Magnésio; Medidas anti estress; Evitar drogas que podem elevar a PA. Torna-se evidente que quase todas as medidas não medicamentosas dependem de mudanças no estilo de vida de forma permanente. Em razão de a abordagem do hipertenso ser direcionada a diversos objetivos, a ação médica é beneficiado com a abordagem multiprofissional (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999).

Uma vez feito o diagnóstico da hipertensão, todos os doentes devem se submeter a mudanças de estilo de vida antes de se iniciar terapia com medicamentos. As principais são: redução de peso, iniciar exercícios físicos, abandonar cigarro, reduzir o consumo de álcool, reduzir consumo de sal, reduzir consumo de gordura saturada, aumentar consumo de frutas e vegetais (PINHEIRO, 2009).

A redução da PA com essas mudanças costuma ser pequena e dificilmente uma pessoa com níveis pressóricos muito altos (maior que 160x100

mmHg) atinge o controle da hipertensão sem a ajuda dos remédios. Todavia, nos hipertensos leves, há casos em que apenas com controle do peso, dieta apropriada e prática regular de exercícios conseguem-se o controle da PA. O problema é que a maioria dos pacientes não aceita mudanças nos hábitos de vida e acabam tendo que tomar medicamentos para controlar a pressão. Aqueles pacientes que já chegam ao médico com pressão alta e sinais de lesão de algum órgão alvo devem iniciar tratamento medicamentoso logo, uma vez que o fato indica hipertensão de longa data. Obviamente, as mudanças de estilo de vida também estão indicadas neste grupo. Apenas pacientes com sinais de lesão de órgão alvo, insuficiência renal crônica, diabetes ou com doenças cardíacas, devem iniciar o tratamento com drogas imediatamente (PINHEIRO, 2009).

5.9 Tratamento Farmacológico

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados no tratamento do paciente hipertenso devem permitir não somente a redução dos níveis tensionais, mas também a redução da taxa de eventos morbidos cardiovasculares fatais e não fatais. Até o presente momento, a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares em hipertensos leves a moderados foi demonstrada de forma consistente, em inúmeros estudos, apenas para os diuréticos e betabloqueadores. Em relação à PA, o tratamento medicamentoso visa a reduzir os níveis de pressão para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais, a comorbidade e a qualidade de vida dos pacientes. Reduções da pressão para níveis inferiores a 130x85 mmHg podem ser úteis em situações específicas, como em pacientes com nefropatia proteinúrica e na prevenção de AVC (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999).

O objetivo primordial do tratamento da HA é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a PA, 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, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (BRA II), antagonistas dos canais de cálcio (ACC), embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos. Esse benefício é observado com a redução da PA per se e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece não depender da classe de medicamentos utilizados. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Metanálises recentes indicam que esse benefício é de menor monta com betabloqueadores, em especial com atenolol, quando comparado aos demais anti-hipertensivos. Características importantes do anti-hipertensivo: Ser eficaz por via oral, ser seguro, bem tolerado e com relação de risco-benefício favorável ao paciente, permitir a administração em menor número possível de tomadas, com preferência para dose única diária, ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente, ressaltando-se que, quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos, não ser obtido por meio de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, bioequivalência e/ou de interação química dos compostos, ser considerado em associação para os pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3 e para pacientes de alto e muito alto risco cardiovascular que, na maioria das vezes, não alcançam a meta de redução da PA preconizada com a monoterapia, ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança das associações em uso, ter demonstração em ensaios clínicos da capacidade de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares associadas à hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

O processo de planejamento se refere a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, de uma mudança situacional. O planejamento não se trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente que é o futuro de nossas decisões (MATUS, 2004, p. 19).

A proposta foi elaborada levando em conta que a equipe multiprofissional é fundamental nas ações para lograr uma intervenção eficaz para diminuir a prevalência e incidência da HAS utilizando o método PES.

6.1 Problemas Identificados

1. Elevada quantidade de pacientes com HA.
2. Alta prevalência de pacientes diabéticos com tratamento irregular.
3. Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos.
4. Alcoolismo e uso de drogas.
5. Dificuldades de adesão ao tratamento.
6. Alto índice de stress, obesidade e sedentarismo.
7. Consumo excessivo de tabaco.
8. Grande quantidade de pacientes com hiperlipidêmicas.

6.2 Priorização dos problemas

Tendo em conta os valores de baixo, médio e alto em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe) foi feita a priorização dos problemas identificados sendo prioritárias neste momento as altas quantidades de pacientes com HAS na área de abrangência.

Quadro 10: Priorização dos problemas. UBS Nazaré, BH, MG.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIAS	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Elevada quantidade de pacientes com HAS	Alto	09	Parcial	01
Alta prevalência de diabéticos com tratamento irregular	Alto	08	Parcial	02
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Alto	06	Parcial	04
Alcoolismo e uso de drogas	Alto	05	Parcial	05
Dificultades de adesão ao tratamento	Alto	04	Fora	06
Alto índice de stress, obesidade e sedentarismo.	Alto	06	Parcial	04
Consumo excessivo de tabaco	Alto	05	Parcial	05
Grande quantidade de pacientes com hiperlipidêmicas	Alto	07	Parcial	03

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.3 Descrição do problema

A HAS é uma doença crônica 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, a qual com um tratamento adequado e contínuo pode melhorar as qualidades de vida dos pacientes com esta doença,

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HA, 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 HA é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

As modificações de estilo de vida são de fundamental importância no tratamento e na prevenção da HA. Com uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que podem ser modificados.

6.4 Explicações do Problema

É importante dizer que por ser uma doença silenciosa no início e em ocasiões o paciente apresentar níveis altos de PA sem apresentar sintomas, as pessoas doentes restam importância à doença e ao tratamento médico, não realizando as orientações médicas de forma adequada e o controle de controle da PA, o que favorece ao descontrole e à aparição de complicações em um menor período de tempo.

O fato de ter grandes quantidades de pacientes hipertensos pode ser devido a múltiplos fatores: mal controle por não diagnóstico oportuno, não identificação oportuna, não ter sido cadastrado, ou não querer comparecer ao SUS por preconceitos, por tanto não têm um tratamento adequado, nem fazem uso de medicação ou fazem automedicação sem ter noção da gravidade da doença nem das complicações, nem fazer mudanças na alimentação, nem no estilo de vida, levando uma vida sedentária sem fazer exercícios físicos.

6.5 Seleção dos Nós Críticos

O nó crítico é definido como um tipo de causa de um problema que, quando é modificada é capaz de gerar impacto no problema e transformá-lo. A causa geradora das grandes quantidades de hipertensos em nossa área de abrangência é:

- Hábitos e estilos de vidas não saudáveis.
- Problemas sociais (dependências de droga, violência, desemprego elevação dos níveis de vida).
- Fatores culturais e carências que dificultam a adesão ao tratamento.
- Pouca informação sobre a doença que dificulta na forma do paciente de conviver com ela.
- A estrutura dos serviços de saúde, que ainda não satisfaz as demandas de atendimento dos pacientes.
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e atendimento.

6.6 Desenhos das operações

Com os problemas bem identificados e explicados, as causas consideradas mais relevantes tornam-se necessário pensar em soluções e estratégias para a solução do problema iniciando-se a elaboração do plano propriamente dito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.11).

A partir da explicação do problema é que será elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal.

Quadro 11: Desenho das operações para os nós críticos. Proposta de intervenção para diminuir a prevalência de HA na ESF 04 Verde, Bairro Nazaré BH, MG. 2014.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSARIOS
Hábitos e estilos de vidas inadequados.	Mudança de hábitos/ Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuição em um mínimo de 30% o número de obesos, sedentários e tabagismo no prazo de doze meses.	Distribuição de panfletos com orientação sobre alimentação prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis, incorporação às academias, Lian Gong.	Cognitivo- informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Financeiros para aquisição de recursos audiovisuais folhetos educativos, Organizacional para incorporação às academias e grupos Lian Gong.
Problemas sociais.	Paz e emprego/ Gerações de empregos incentivaram abandono do consumo de droga a paz entre as pessoas.	Diminuição do desemprego, da dependência as drogas e diminuição da violência.	Programa de geração de emprego e renda, programas de incentivo ao abandono da dependência as drogas e fomento da paz.	Cognitivo- informação sobre o tema elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda e de enfrentamento da violência, dependência as drogas. Político- mobilizações sócias em torno das questões, articulação.
Fatores culturais e carências.	Saiba mas/ Aumentar o nível de informação da população	Conscientização e Adesão da população aos tratamentos.	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da doença, Capacitação das	Cognitivo - Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação.

	sobre os riscos da doença.		ACS, divulgação educativa da doença nas escolas.	Político - Articulação Intersetorial: educação e saúde, Organizacional – organização de grupos. Da agenda.
Pouca informação.	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.	Conscientização e Adesão da população aos tratamentos, comparecimento às consultas e controle periódico da PA.	Avaliação do nível de conhecimento adquirido pela população sobre a doença e os riscos. Programa de saúde escolar.	Cognitivo - Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Intersetorial: educação e saúde, Organizacional - organização de grupos.
A estrutura dos serviços de saúdes.	Mais estrutura/ Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento da população com as diferentes doenças, em específico com risco cardiovascular aumentado.	Garantir os medicamentos e exames previstos nos protocolos para os hipertensos.	Capacitação periódica das ACS, cuidadoras e pessoal de saúde, manter uma oferta adequada dos medicamentos nas UBS e Farmácias populares.	Financeiro - Oferta de medicamentos- Garantir o fornecimento de medicamentos e exames para da doença, político - incrementar os recursos para a estrutura e serviço, Cognitivo - elaboração de um projeto adequado.
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e atendimento.	Linha de trabalho/ Implementar uma adequada linha de trabalho.	Cobertura de 80 a 85% da população com risco cardiovascular aumentado.	Linha de cuidado para as doenças crônicas não remissíveis em específico para o risco cardiovascular dos protocolos pessoal de saúde capacitado.	Organizacional - adequação de fluxo (referencias e contra referências) Cognitivo - elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos. Político - Articulação entre os setores da saúde.

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.7 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações

Quadro 12: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas
Para o enfrentamento dos “nos” críticos, para diminuir a prevalência de HA na ESF 04 Verde, Bairro Nazaré BH, MG, 2014.

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS NECESSÁRIOS
Mudança de hábitos/ Modificar hábitos e estilos de vida.	Cognitivo- informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Financeiros para aquisição de recursos audiovisuais folhetos educativos, Organizacional para incorporação às academias e grupos Lian Gong.

Paz e emprego/ Gerações de empregos, incentivar a abandono do consumo de droga a paz entre às pessoas.	Cognitivo- informação sobre o tema elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda e de enfrentamento da violência, dependência as drogas. Político- mobilizações sócias em torno das questões, articulação.
Saiba mas/ Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.	Cognitivo-Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Intersetorial: educação e saúde. Organizacional - organização de grupos. Da agenda.
Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.	Cognitivo-Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Intersetorial: educação e saúde. Organizacional - organização de grupos.
Mais estrutura/ Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento da população com as diferentes doenças, em especifico com risco cardiovascular aumentado.	Financeiro - Oferta de medicamentos- Garantir o fornecimento de medicamentos e exames para a doença. Político - incrementar os recursos para a estrutura e serviço. Cognitivo - elaboração de um projeto adequado.
Linha de trabalho/ Implementar uma adequada linha de trabalho.	Organizacional - adequação de fluxo (referências e contra referências) Cognitivo - elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos. Político - Articulação entre os setores da saúde.

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.8 Propostas de Ações para a Motivação dos Atores

QUADRO 13:Propostas de ações para a motivação dos atores, para diminuir a
prevalência de HS na ESF 04 Verde, Bairro Nazaré BH, MG. 2014.

OPERAÇÕES/ PROJETOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		AÇÕES ESTRATÉ- GICAS
		ATOR QUE CONTROLA	MOTIVA- ÇÃO	
Mudança de hábitos / Modificar hábitos e estilos de vida.	Cognitivo- informação sobre o tema é estratégias de comunicação; Financeiros para aquisição de recursos audiovisuais folhetos educativos, Organizacional para incorporação às academias e grupos Lian Gong.	- Secretaria Municipal de Saúde. - Equipe de Saúde.	Favorável.	Não é necessária.
Paz e emprego/Geraç ões de empregos incentivará abandono do consumo de drogas e fornecer paz entre as pessoas.	Cognitivo- informação sobre o tema elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda e de enfrentamento da violência, dependência as drogas. Político - mobilizações sócias em torno das questões, articulação.	- Secretaria Municipal de Saúde. - Equipe de Saúde. - Serviço Social (Psicóloga).	Favorável.	Apresentar o projeto/ Apoio das. Das associações; Apresentar o projeto/Apoio das organizações.
Saiba mas/ Aumentar o nível de	Cognitivo-Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação.	- Secretaria Municipal de Saúde.		

informação da população sobre os riscos da doença.	Político - Articulação Intersetorial: educação e saúde, Organizacional - organização de grupos. Da agenda.	- Equipe de Saúde. - Secretaria de Educação (nutricionista)	Favorável.	Não é necessária.
Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.	Cognitivo - Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Intersetorial: educação e saúde, Organizacional - organização de grupos.	- Secretaria Municipal de Saúde. -Equipe de Saúde.	Favorável.	Não é necessária.
Mais estrutura/ Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento da população com as diferentes doenças, em específico com risco cardiovascular aumentado.	Financeiro - Oferta de medicamentos- Garantir o fornecimento de medicamentos e exames para da doença, político - incrementar os recursos para a estrutura e serviço, Cognitivo - elaboração de um projeto adequado.	- Secretaria Municipal de Saúde. -Equipe de Saúde.	Favorável.	Apresentar projeto de estruturação da rede.
Linha de trabalho/ Implementar uma adequada linha de trabalho.	Organizacional - adequação de fluxo (referências e contra referências) Cognitivo - elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político - Articulação entre os setores da saúde.	- Secretaria Municipal de Saúde. -Equipe de Saúde.	Favorável.	Não é necessária.

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.9 Proposta de Intervenção

Quadro 14: Proposta de intervenção para diminuir a prevalência da PA na ESF 04 Verde da UBS Nazaré, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014.

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Mudança de hábitos Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em não menos de 30% os obesos, sedentários e tabagistas. No prazo de doze meses.	Distribuição de panfletos com orientação sobre alimentação prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis, incorporação às academias, Lian Gong.	Não é necessária.	Médico Enfermeira Auxiliares de enfermagem, ACS e dentistas.	Três meses para o início das atividades e avaliação anual.

Paz e emprego/ Gerações de empregos, incentivar a abandono do consumo de droga a paz entre as pessoas.	Diminuição do desemprego, dependência as droga e diminuição da violência.	Programa de geração de emprego e renda, programas de incentivo ao abandono da dependência as drogas e fomento da paz.	Apresentar o projeto/ Apoio das Das associações; Apresentar o projeto/Apoio das organizações	Medico Enfermeira Auxiliares de enfermagem, ACS e dentistas.	Apresentar o projeto em seis meses; início das atividades em doze meses.
Saiba mas/ Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.	Conscientização e Adesão da população aos tratamentos.	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da doença, Capacitação das ACS, divulgação educativa da doença nas escolas.	Não e necessária.	Medico Enfermeira Auxiliares de enfermagem, ACS e dentistas.	Início 3 meses e término em oito meses, início em seis meses e avaliações semestral.
Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.	Conscientização e Adesão da população aos tratamentos, comparecimento às consultas e controle periódico da PA.	Avaliação do nível de conhecimento adquirido pela população sobre a doença e os riscos. Programa de saúde escolar	Não e necessária.	Medico Enfermeira Auxiliares de enfermagem, ACS e dentistas.	Início 3 meses e término em oito meses, início em seis meses e avaliações semestral.
Mais estrutura/Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento da população com as diferentes doenças, em específico com risco cardiovascular aumentado.	Garantir os medicamentos e exames previstos nos protocolos para os hipertensos.	Capacitação periódica das ACS, cuidadoras e pessoal de saúde, manter uma oferta adequada dos medicamentos nas UBS e Farmácias populares.	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Enfermeira.	Seis meses para apresentação do projeto dez meses para aprovação e liberação dos recursos, seis meses para comprar os equipamentos.
Linha de trabalho/ Implementar uma adequada linha de trabalho.	Cobertura de 80 a 85% da população com risco cardiovascular aumentado.	Linha de cuidado para as doenças crônicas não remissíveis em específico para o risco cardiovascular dos protocolos pessoal de saúde capacitado.	Não e necessária.	Médico.	Início em três meses e finalização em doze meses.

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.10 Gestões do Plano de Ação

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos no menor tempo possível.

O sistema de gestão deve garantir, além disso, a eficiente utilização dos recursos, com plena comunicação entre os planejadores e executores. Tem que ser observado se o prazo foi cumprido e com integrantes da equipe participando como foi determinado.

É importante saber qual é o estado de satisfação da população com as mudanças e se tem alguma nova sugestão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS vem se destacando como epidemias no mundo moderno e de acordo com o desenvolvimento deste, as doenças se incrementam nos dias atuais e vem se tornando um grande problema de saúde tanto nos países desenvolvidos como naqueles em via de desenvolvimento.

Durante as etapas de elaboração da proposta, a equipe realizou um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência da ESF, e permitiu refletir sobre como seu processo de trabalho pode ser melhorado a fim de buscar uma solução para tais problemas.

O estudo permitiu-nos conhecer a realidade da área de abrangência da ESF 4 Verde da UBS Nazaré com relação aos fatores de risco e as complicações da HAS, constatando uma realidade similar da brasileira. Foi possível também perceber as dificuldades da equipe em lidar com o problema e a importância que existe de preparar aos profissionais para dar um apoio maior e necessário aos pacientes com hipertensão.

Com base no trabalho, concluiu-se que:

- A HAS apresenta grande incidência na área de abrangência da equipe;
- Para reduzir o índice de agravamento do problema é necessário levar conhecimento aos pacientes e suas famílias. Acredito que a própria equipe de saúde será beneficiada por melhorar sua relação com os pacientes e por uma facilitação no manejo dos casos mais complicados;
- É necessário envolvimento e empenho da equipe de saúde para incentivar à comunidade;
- É necessária a articulação de estratégias e de diferentes setores sociais, para a realização das ações conjuntas;
- Espera-se que esta proposta de intervenção possibilite uma redução da morbidade e mortalidade relacionada com a hipertensão da ESF 04 Verde, e melhora na qualidade de vida dos portadores da doença.

O grande número de pacientes hipertensos mal controlados foi eleito para esta proposta de intervenção, o que deve servir de modelo para a equipe realizar outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados.

A utilização do planejamento estratégico situacional permitiu a formulações propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem resolutivas. A elaboração do plano de intervenção na ESF 04 Verde foi de muita importância para poder traçar metas e ações e serem executados por uma equipe multiprofissional proporcionando um atendimento humanizado e os usuários com a finalidade de melhorar suas qualidades de vida.

REFERÊNCIAS

AVILA, A. *et al.* Jornal Brasileiro de Nefrologia: Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.** vol.32 supl.1 São Paulo Sept. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000500003&script=sci_arttext Acesso em: 11/03/2015.

AZEREDO, V.M.*et al.* Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.15 n.1 Brasília mar. 2006 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000100003> Acesso em 12/06/2015

BELO HORIZONTE. Wikipédia. **La Enciclopédia livre**, 2013. Disponível em: http://es.wikipedia.org/wiki/Belo_Horizonte#Geograf.C3.ADa. Acesso em: 22/12/2014.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, [online], 2014]. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 03/01/2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**.Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 18/12/2014.

BRASIL. Hipertensão Arterial. **Caderno de Atenção Básica n.15**. Brasília – DF. 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acesso em: 12/12/2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**.Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 18/12/2014.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 04/01/2015.

COSTA, G.D.*et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.** vol.62 no.1 Brasília Jan./Feb. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017. Acesso em: 11/03/2015.

DUARTE, O.O. *et al.* tratamento ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica – revisão de literatura. **Revista UNINGÁ**. Vol.17,n.2,pp.22-29 (Jan – Mar 2014), 2014. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140129_171620.pdf. Acesso em: 05/01/2015.

DIAS, T. *et al.* Análise do cuidado dispensado a portadores de hipertensão arterial em Belo Horizonte. **Rev. bras. epidemiol.** vol.17 supl.1 São Paulo 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi. Acesso em: 05/01/2015.

FERREIRA, P. *et al.* **Protocolo de hipertensão arterial / risco cardiovascular.** Belo Horizonte, 2011. Disponível em: portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do. Acesso em: 04/01/2015

III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, vol.43 no.4 São Paulo Aug. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004. Acesso em: 18/02/2015.

LESSA, I. *et al.* Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.87 no.6 São Paulo Dec. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001900011. Acesso em: 12/03/2015.

MATUS, C. **Revista Espaço Acadêmico** – Nº 32 – Janeiro/2004 – Mensal – ISSN 1519-6186. 2004. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>. Acesso em: 20/01/2015.

PINHEIRO, P. **Hipertensão Arterial: sintomas, causas e tratamento.** MD. Disponível em <http://www.mdsaude.com/2009/02/sintomas-e-tratamento-da-hipertensao.html>. Acesso em: 15/03/2015.

REUTER, E. M. *et al.* Obesidade e hipertensão arterial em escolares de Santa Cruz do Sul - RS, Brasil Revista da Associação Médica Brasileira. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.58 no. 6 São Paulo Nov./Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-> Acesso em: 05/01/2015

FRITSCH, M. *etal.* **Como Diagnosticar e Tratar Hipertensão arterial sistêmica.** GRUPO EDITORIAL MOREIRA JR. Rio de Janeiro – RJ. 2009. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase> Acesso em 12/06/2015

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Revista Hipertensão**, volume 1 – 2013. XXI congresso brasileiro de hipertensão 2013. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/revistas-2013.asp>. Acesso em: 28/06/2015.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série G. **Estatística e Informação em Saúde.** Brasília-DF 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_atencao_basica_siab2006_p1.pdf. Acesso em: 10/02/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** 2007. Acesso em: 28/02/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão,** 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz>. Acesso em: 11/03/2015.