

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

**ANTONY GONZALEZ VIGOA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO DIANTE DA ELEVADA PREVALENCIA  
DE HIPERTENSAO ARTERIAL DESCOMPENSADA NA UBS NOSSA  
SENHORA DE FATIMA I – SABARÁ, MINAS GERAIS.**

**BELO HORIZONTE --- MINAS GERAIS.**

**2016**

**ANTONY GONZALEZ VIGOA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO DIANTE DA ELEVADA PREVALENCIA  
DE HIPERTENSAO ARTERIAL DESCOMPENSADA NA UBS NOSSA  
SENHORA DE FATIMA I – SABARÁ, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

**BELO HORIZONTE --- MINAS GERAIS.**

**2016**

**ANTONY GONZALEZ VIGOA.**

**PLANO DE INTERVENÇÃO DIANTE DA ELEVADA PREVALENCIA  
DE HIPERTENSAO ARTERIAL DESCOMPENSADA NA UBS NOSSA  
SENHORA DE FATIMA I – SABARÁ, MINAS GERAIS.**

Banca Examinadora:

**Examinador 1: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes -**

**Examinador 2 – Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro - UFMG**

**Aprovado em Belo Horizonte, em        de        2016.**

## **AGRADECIMENTOS**

### **Agradeço a:**

meus professores,

minha família e minha esposa,

minha orientadora Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes,

por sua excelente orientação,

meu colega o Doutor Disney Varona Garcia.

A todos o que de uma forma ou de outra me ajudaram

na realização deste trabalho.

## RESUMO

O presente projeto surgiu de necessidades identificadas pela equipe de Estratégia de Saúde da Família que atua na comunidade Nossa Senhora de Fátima I, em Sabará, Minas Gerais. A alta prevalência de hipertensão arterial descompensada levou o autor deste trabalho, integrante da equipe, a intervir na comunidade, de forma sistematizada e em conjunto com a equipe e a comunidade. A intervenção tem por objetivo reduzir esta alta prevalência. Para isto adotou-se metodologia constando duas etapas: a primeira na aplicação do método de planejamento estratégico, para diagnóstico da situação e priorização dos problemas de saúde relevantes da população. A segunda constou de revisão bibliográfica para atualizar os conhecimentos científicos para melhor intervir no problema escolhido. Em seguida foi aprimorado um plano de ação que pretende garantir o acompanhamento dos usuários que sofrem de hipertensão arterial, com três vertentes de ações principais: realização de palestras educativas para a prevenção da Hipertensão Arterial, capacitação aos agentes comunitários sobre as principais doenças crônicas na população e finalmente a busca ativa em cada microárea para identificar e tratar de novos casos. Contando com a motivação dos agentes envolvidos na aplicação do plano, espera-se que a comunidade processualmente adote um estilo de vida mais saudável e que os usuários portadores de Hipertensão Arterial sejam estimulados para o autocuidado.

**Palavras-chave:** HIPERTENSÃO ARTERIAL, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

## **ABSTRACT**

This project grew out of needs identified by the team of the Family Health Strategy that works in the community of Our Lady of Fatima i in Sabara, Minas Gerais. The high prevalence of decompensated hypertension led the author of this work, team member, to intervene in the community in a systematic way and together with the team and the community. The intervention aims to reduce this high prevalence. For this consisting methodology was adopted two stages: the first in the implementation of strategic planning method for diagnosis of the situation and prioritization of relevant health problems of the population. The second consisted of a literature review to update the scientific knowledge to better intervene in the chosen problem. Next was improved an action plan which aims to ensure the monitoring of users who suffer from high blood pressure, with three strands of main actions: realization of educational lectures for the prevention of Hypertension, training to community workers on the major chronic diseases in the population and finally the active search in each micro area to identify and treat new cases. Relying on the motivation of the players involved in implementing the plan, it is expected that procedurally community adopt a healthier lifestyle and that carriers user Hypertension are encouraged to self-care.

**Keywords:** ARTERIAL HYPERTENSION, PRIMARY HEALTH CARE, HEALTH EDUCATION.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
<b>5. REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>19</b>
<b>6. PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>30</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

Sabará está localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte e possui uma área de 302 km, a temperatura média anual da cidade é de 21°C. Sua origem se deu num arraial de bandeirantes que apareceu no fim do século XVII. O povoado cresceu e foi criada a freguesia em 1707, que foi elevada à vila e município em 1711, com o nome de Vila Real de Nossa Senhora da Conceição do Sabará. É cidade desde 1838. A sua história está intimamente ligada à exploração do ouro na região, na época do império. Sabará tem uma população de 126.269 habitantes em 2010, e 132.636 em 2013 segundo o IBGE (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014a).

Sabará foi o primeiro povoamento de Minas Gerais. A sua história tem raízes nos primórdios da colonização do Brasil e está intimamente relacionada à lenda da serra resplandecente existente na região do sabarabuçu, de limites imprecisos. O sabarabuçu fervilhou na imaginação dos colonizadores, que buscavam no sertão, uma serra feita de prata e pedras preciosas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014a).

O princípio da história de Sabará está ligado à descoberta de ouro na região, então conhecida como Sabarabuçu, em finais do século XVII e à presença de Borba Gato, que ali permaneceu após a morte de Fernão Dias e que veio a ser o seu primeiro guarda-mor. Predomina, hoje, a versão de que, quando o bandeirante paulista lá chegou, já encontrou uma povoação e que o núcleo urbano por ele criado foi, na verdade, Santo Antônio do Bom Retiro da Roça Grande, que está um pouco antes da entrada de Sabará, do outro lado do Rio das Velhas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014a).

Atualmente a economia de Sabará baseia-se na indústria siderúrgica e no extrativismo mineral – minério de ferro e ouro, tendo a Companhia Siderúrgica Belgo Mineira instalações na cidade. O turismo é outro setor da economia da bela Sabará, que atrai muitos visitantes e gera riquezas ao município de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

No município de Sabará existe uma UPA e dois hospitais (Santa Casa e Cristiano Machado). Para estas instituições são transferidos os pacientes que precisam de uma atenção mais especializada, vindos da capital do estado. Nestas unidades são realizadas exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e internações hospitalares, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar. Há aproximadamente oito anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família – ESF, para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 14 unidades básicas de saúde na zona urbana e duas na zona rural, cobrindo mais dos 70% da população. Um grande problema no desenvolvimento da ESF, em que pese uma remuneração superior é ainda a falta os profissionais de saúde, particularmente de médicos. Com a incorporação de médicos com o Programa Mais Médicos esta situação tende a melhorar e será cada vez mais a população atendida com esta Estratégia. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014b)

Uma das equipes de saúde da família é a da comunidade Nossa Senhora de Fátima, onde trabalho. Nela 100% das pessoas vivem em casas de tijolos, em um total de 1231 famílias, onde encontramos algumas famílias disfuncionais com presença de dificuldades socioeconômicas e hábitos tóxicos. Geralmente vivem do trabalho baseado no comércio e a indústria e muitos trabalham por conta própria. Os homens geralmente são trabalhadores das fábricas e pedreiras que temos na comunidade, os outros são pedreiros e autônomos. As mulheres são donas de casa, diaristas e vendedoras das lojas em Belo Horizonte. As pessoas de nossa comunidade geralmente morrem por: câncer, doenças crônicas degenerativas e por complicações das mesmas, sejam cardiovasculares, respiratórias e metabólicas.

A estrutura de saneamento básico na comunidade não está completa, principalmente no que se refere à rede de esgoto sanitário e à coleta de lixo. Parte significativa da comunidade vive em região urbana, em moradias de condições média. Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada, telefonia, luz elétrica.

O analfabetismo não é elevado; só existe principalmente entre os maiores de 50 anos, a grande maioria das crianças menores de 14 anos estão nas escolas. Na comunidade temos 2 escolas, 2 creches, mais de dez igrejas (uma católica e as demais evangélicas).

A Unidade Básica de Saúde – UBS Nossa Senhora de Fátima foi criada o dia 15 de setembro de 2001, e está situada na Rua Rio Verde nº 70, As condições da UBS são boas, mais sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a grande demanda e a população coberta (4677), com um acolhimento diário de mais de 40 pessoas, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. O nosso principal problema com respeito ao atendimento é que o bairro tem mais dois postos, mas ficam longe da maioria da sua população adstrita, que prefere ser atendida em nosso posto. As outras duas UBS têm dois médicos cada um, e o nosso, só tem um médico clínico geral e uma alta demanda. Outro problema é que a população do bairro muda muito e novas famílias chegam novas ao bairro. Então fica muito difícil para o pessoal da UBS ter controlada e registrada o total da população residente em tempo real.

A nossa equipe tem 20 trabalhadores, deles 01 médico cubano (clínico geral), e 4 vezes por semana uma pediatra, 2 enfermeiros (um deles é o gerente da UBS, 3 técnicas em enfermagem e 7 ACS que formam parte da equipe de saúde. Na farmácia SÃO duas SERVIDORAS que trabalham entregando os medicamentos aos pacientes, fazem a requisição e o controle de estoque. Uma funcionária é encarregada dos encaminhamentos ou referências e contra referências das consultas médicas. Além disso, temos o posto de zoonoses do bairro, que está integrado por 03 pessoas.

A unidade de saúde funciona de 07:00 às 17:00 horas, fazendo intervalo de uma hora de 12:00-13:00 para almoço. A unidade tem 14 cômodos, sendo: 3 consultórios, salas para vacinas, farmácia, refeição, espera, duas salas de enfermagem, esterilização, cozinha, almoço, armazenamento de insumos médicos e de papelaria, entre outros.

O tempo da equipe é preenchido quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (95%) e para alguns programas, como pré-natal, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico. Hoje em dia, graças ao novo gerente e o nosso trabalho de todos os dias, já conseguimos encaminhar nosso trabalho mais para o agendamento (35 a 40%) e o restante 60% para o atendimento da demanda espontânea, assim como o atendimento individual aos hipertensos e diabéticos e acompanhamento e visita domiciliar todas as terças feiras.

Às sextas feiras, depois do trabalho, fazemos a reunião da equipe na qual discutimos os principais assuntos e objetos de trabalho da semana. Estudamos as orientações novas de SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUSA, e finalmente analisamos os principais problemas de saúde que afetam a nossa comunidade. Futuramente a equipe tentará desenvolver outras ações de saúde como, por exemplo, grupo de hipertensos e diabéticos, gestantes, adolescentes, idosos, grupos de caminhada, que serão dirigidas a melhorar a qualidade de vida da população; queremos fazer as mudanças de maneira gradual e significativa.

## 2 JUSTIFICATIVA

A principal motivação que levou a nossa equipe de saúde para realizar este projeto foram as cifras alarmantes de hipertensão arterial descompensada que apresenta o Brasil e em particular nossa comunidade, que significam um risco real para a saúde e qualidade de vida dos brasileiros. A Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS é, ao mesmo tempo, fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares – DCV e síndrome com manifestações próprias e características peculiares. A HAS é uma condição que favorece a aterogênese e o conseqüente desenvolvimento de processos isquêmicos cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal, os quais também estão associados ao consumo de alimentos industrializados, sedentarismo e obesidade (OLIVEIRA et al, 2013). Em nossa população, a hipertensão arterial sistêmica, comporta-se de maneira similar a os dados reportados pelo Ministério de Saúde de Brasil. Com uma elevada prevalência de fatores de risco podemos achar elevada prevalência de pacientes que sofrem de HAS, pelos dados aportados pelos ACS podemos mostrar o seguinte quadro.

**Quadro 1. Pacientes acima de 20 anos hipertensos no ESF Fátima I.**

<b>População ≥ 20 anos.</b>	<b>Pacientes com HAS</b>	<b>%</b>
<b>3720</b>	<b>903</b>	<b>24,27</b>

O quadro anterior é muito significativo porque permite conhecer o universo de nosso projeto que é a quantidade e percentual dos pacientes hipertensos da nossa comunidade, segundo os fatos fornecidos pela nossa investigação, apoiados pelos ACS. Mas o quadro a seguir é ainda mais importante porque dá resposta ao principal objeto de nosso estudo que é a elevada cifra de pacientes hipertensos descompensados, dentro do universo de pacientes hipertensos, elemento este que constitui nossa amostra.

**Quadro 2. Pacientes com HAS descompensados no PSF Fátima I.**

<b>Pacientes com HAS</b>	<b>Pacientes com HAS descompensados</b>	<b>%</b>
<b>903</b>	<b>469</b>	<b>51,94</b>

Nos meses em que trabalhamos na unidade de saúde, identificamos um alto grau de hipertensão arterial descompensada, sendo esta, mas da metade dos pacientes com hipertensão, elemento que reforça mais a necessidade de nosso projeto e a importância do mesmo. Consideramos como parâmetros de hipertensão arterial descompensada aqueles pacientes com cifras de pressão arterial  $\geq 140/90$  mmHg, que estavam o não fazendo o tratamento (VILAÇA, 2012).

Nossa população estudada tem taxas elevadas de prevalência de Hipertensão Arterial; 24,27 % (903 pacientes), destes, muitos apresentam cifras elevadas de PA em duas o mais avaliações (469 pacientes 51,94 %), feitas de modo aleatório, aumentando o risco de padecer de complicações.

Estes dados justificam o desenvolvimento do presente trabalho, que não só busca o controle da doença mas também a prevenção das suas custosas e letais complicações. É importante aclarar que o projeto surgiu depois de várias reuniões com nossa equipe, nas quais a questão da hipertensão não controlada era quase sempre uns dos nossos tópicos principais.

### 3. OBJETIVOS

#### **Geral**

- Propor um plano de intervenção com vistas à diminuição da prevalência da hipertensão arterial descompensada na população atendida da ESF Nossa Senhora de Fátima I, em Sabará, Minas Gerais.

#### **Específicos**

- Propor ações de capacitação da equipe de saúde da família a cerca da hipertensão arterial.
- Estabelecer ações de promoção de saúde para os pacientes hipertensos da doença e complicações.
- Implementar ações para aumentar o nível de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial.

#### 4. METODOLOGIA

A metodologia deste estudo foi desenvolvida em duas etapas: a primeira constou do diagnóstico do território da comunidade Nossa Senhora de Fátima, Sabará 2014, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional, (CAMPOS et al, 2010).

O planejamento estratégico, que se inicia com a análise situacional. Trata-se de um processo contínuo, dinâmico, de identificação de problemas para priorizar e desenvolver um plano de ação buscando melhorar a situação de saúde da comunidade. Representa um importante instrumento científico e metodológico, sendo uma ferramenta útil e valiosa em medicina de família, pois orienta diretamente os problemas de saúde apresentados na comunidade. É uma prática habitual, concebida como um processo interdisciplinar e flexível e sua aplicação têm caráter ético, composta de uma investigação clínica, epidemiológica e social realizada no primeiro nível de atenção (CAMPOS, FARIA E SANTOS, 2010).

A realização do diagnóstico situacional em saúde de uma comunidade implica em termos acesso ou produzirmos informação de qualidade e, para isso, precisamos saber trabalhar e entender de sistemas de informação, base de dados, construção de indicadores, entre outras informações. Reforça-se que o diagnóstico situacional em saúde é feito para conhecer os problemas de saúde mais importantes, suas causas e suas consequências. Um dos desafios do processo de planejamento em saúde diz respeito à capacidade do grupo que está planejando de identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde num determinado território, buscando definir prioridades quanto às soluções para reduzir esses problemas e elaborando um plano de ação baseado nessas prioridades (CAMPOS, FARIA E SANTOS, 2010).

Para a descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção dos dados. Foram selecionados

indicadores da frequência de alguns dos problemas relacionados aos mesmos, além disso, da ação da equipe frente a esse problema e também indicadores. Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

Para lograr a melhor explicação do problema a equipe considerou importante utilizar o método do arvore problema que está baseado em analisar as causas e consequências do problema em questão. As causas serão as raízes do arvore, o problema o tronco e as consequências serão os galhos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal (CAMPOS, FARIA E SANTOS, 2010).

Foram identificados também os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constituindo uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano.

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente foram identificadas três variáveis fundamentais:

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano?
- Quais recursos cada um desses atores controla?
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano?

Finalmente para lograr a elaboração de um plano operativo nos reunimos com todos os participantes envolvidos no planejamento e definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

A identificação dos problemas é reconhecida como um dos mais importantes passos para uma boa solução. Uma má identificação pode nos levar a solucionar problemas errados, ocasionando mais perdas de tempo e recursos.

Os melhores solucionadores de problemas são aqueles que são capazes de olhar os problemas de formas novas e perceber suas distintas nuances.

Frequentemente, a percepção e a identificação correta do problema são mais difíceis do que sua solução. Além da habilidade de análise, a identificação de problemas complexos requer algumas habilidades adicionais como a sensibilidade para perceber e entender problemas e oportunidades, a coleta e interpretação de dados. No caso da medicina não é diferente; e como para nós a satisfação das necessidades de saúde da população e o objetivo mais importante, então, a identificação dos problemas e as mencionadas necessidades são uma ação primordial.

Foram identificados os problemas de saúde que mais afetam a população, para a priorização dos mesmos foi utilizado o Método de Ranqueou permite ordenar os problemas selecionados segundo sua prioridade para busca de solução pela ordem estabelecida seguindo os seguintes critérios de tendência, frequência, gravidade, vulnerabilidade, disponibilidade de recursos para sua solução e coerência com a missão do que planifica, assim foi possível determinar que o principal problemas da nossa área de abrangência e a grande incidência da hipertensão arterial descompensada. Também foram definidos os “nós críticos” para preparação do plano operativo onde se descrevem ações para a possível solução do problema, os resultados esperados, os recursos necessários, identificação dos responsáveis pelas ações descritas, sua motivação, bem como o cronograma de cumprimento e como se avaliam as atividades planejadas. Para lograr a melhor explicação do problema a equipe considerou importante utilizar o método do arvore problema que está baseado em analisar as causas e conseqüências do problema em questão. As causas são as raízes do arvore, o problema o tronco e as conseqüências são os galhos (ANEXO 2).

A segunda etapa constou da revisão de literatura científica mediante pesquisa bibliográfica por meio de busca de trabalhos científicos disponíveis em base de informação como Biblioteca Virtual em Saúde, no *Scientific Eletronic Library OnLine* - SciELO, PUMED, Biblioteca Virtual do NESCON/UFMG. Os descritores utilizados foram: Hipertensão Arterial, Prevenção e Educação. Outras informações foram obtidas do Sistema de Informação da Atenção

Básica – SIAB 2014, reuniões de grupos operativos com profissionais de saúde da unidade e dados da Secretaria Municipal de Saúde. Por último foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal: elevada prevalência de Hipertensão não controlada na população atendida na ESF Nossa Senhora de Fátima I.

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica constitui importante problema de saúde pública e significativa causa de morbimortalidade cardiovascular. Aproximadamente 1 bilhão de adultos são portadores de HAS e estima-se que, em 2025, essas cifras atingirão 1,5 bilhão. Além disso, cerca do 12,8% dos pacientes são portadores de HAS resistente (ARMAGANIJAN, 2014).

As Doenças do Aparelho Circulatório – DAC são as principais causas de óbitos em todo o mundo, independentemente do nível de renda dos países. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde - OMS, as doenças cardiovasculares são a maior causa de óbitos e incapacitação em todo o mundo, com tendência de aumento e projeção negativa para 2030. Embora evitáveis em grande parte, sua incidência continua a crescer principalmente pela inadequação de medidas preventivas (CHAVES, 2015).

Segundo a OMS, "nas próximas duas décadas, serão as doenças crônicas que ocuparão a liderança das causas de incapacidades. As doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% das mortes no mundo". Dentro desse contexto, destaca-se a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco cardiovascular. Porém, o controle da doença ainda é muito baixo, apesar da comprovação de medidas efetivas do tratamento medicamentoso e não medicamentoso (SILVA, 2012).

A hipertensão é uma doença crônica multifatorial, de detecção muitas vezes tardia por sua evolução lenta e silenciosa, é uma doença cardiovascular – DCV relevante por sua alta prevalência e forte impacto na morbimortalidade da população. A OMS destaca a vigilância da hipertensão, com diagnóstico válido e precoce, como importante instrumento no controle das DCV. Há relação crescente entre pressão arterial – PA e DCV, que são as principais causas de morte no mundo. Partindo-se de um nível de PA maior que 115/75 mmHg, a mortalidade por DCV aumenta progressivamente de forma linear, contínua e independente, o risco de desenvolver DCV dobra para cada aumento de 20/10 mmHg (SELEM, 2013).

A HAS é uma doença crônica complexa, é responsável por, aproximadamente, 45% dos casos de doenças cardíacas isquêmicas e 51% das doenças cerebrovasculares. Juntas, essas duas doenças são a principal causa de morbimortalidade mundial. Por apresentar associação linear, direta e independente para o desenvolvimento das DCV, o controle da pressão arterial é fundamental para a redução do risco cardiovascular (CARVALHO, 2015).

A hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública em todo o mundo. A abordagem dos fatores de risco clássicos, por meio da prevenção primária, reveste-se de grande importância e as recomendações sugerem a atuação multifatorial de todos, contemplando esse grupo de pacientes com metas mais rigorosas com vistas à redução da morbimortalidade pelas DCV (ANDRADE, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica é um dos principais fatores de risco cardiovascular e de alta prevalência em quase todos os países, tem efeito negativo na qualidade de vida relacionada à saúde e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de ser considerado um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce (CARVALHO, 2013).

O fato da HAS também ser a mais frequente das DCV contribuiu de forma significativa para torná-la a terceira causa mais importante de incapacidade no mundo e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular encefálico – AVE e infarto agudo do miocárdio – IAM, além de doença renal crônica terminal. Tal fato explica 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% daquelas por doença isquêmica do coração, com pequena variação entre os sexos. Esta realidade mostra que o tratamento eficaz, seguro e focado em metas é imprescindível, levando a uma melhora do prognóstico dos hipertensos através da redução de eventos cardiovasculares (GUIMARÃES, 2015).

As doenças cardiovasculares e o Diabetes *Mellitus* – DM tipo 2 são as principais causas de morte no continente americano e causas comuns de incapacidade, morte prematura e gastos excessivos (MICHEL-CHAVEZ, 2015).

A Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS reconhece a necessidade de uma ação integrada contra as DCV e irá propor aos países membros que estabeleçam a meta global de reduzir a taxa de mortalidade por DCV em 20% na década de 2011-2020 em relação à década precedente. Ao levar em consideração o enorme custo social das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, muito bem evidenciados anteriormente, o enfrentamento destas doenças passou a ser agenda de todos os governos, que pactuaram, em setembro de 2011, na Assembleia Geral das Nações Unidas, uma proposta de redução de mortalidade por DCNT de 2% ao ano até 2022 (ANDRADE, 2013).

A terapia anti-hipertensiva reduz a incidência de acidente vascular encefálico em 35% a 40%, infarto do miocárdio em 20% a 25% e insuficiência cardíaca em mais de 50%. Apesar da comprovada eficácia do tratamento farmacológico, o controle da HAS permanece inadequado na maioria dos pacientes: aproximadamente 65% dos pacientes hipertensos não são tratados ou recebem tratamentos inadequados; estudos estimam que 34% a 52% dos pacientes tratados não atingem os alvos pressóricos desejados (ARMAGANIJAN, 2014).

As taxas de controle da PA em países em desenvolvimento são baixas, pelo menos na maioria deles, 5,4% na Coreia, 58% em Barbados, nos EUA 53,5%, em Canadá 64,6%, sendo necessários avanços na detecção e no tratamento da HAS nesses países. Ainda que alguns autores atribuam 44% de redução da mortalidade por doenças isquêmicas nos EUA à diminuição dos fatores de risco clássicos para as doenças cardiovasculares, esses fatores apresentaram alta prevalência e aumento nos seus valores, nas últimas décadas (ANDRADE, 2013).

A prevalência de hipertensão arterial no Brasil varia de 25,2% a 41,1%, sendo mais prevalente em mulheres, especialmente após a menopausa. A pesquisa

de Indicadores de Dados Básicos revela que a prevalência de HAS na população brasileira é de 23,9% nos adultos, e quando considerada por gênero, 21% do total de homens e 26,3% das mulheres apresentam a doença. A HAS apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados decorrentes, especialmente, das suas complicações (SILVA, 2012).

No Brasil, as DCNT constituem o problema de saúde pública de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de morte, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. As DAC representaram um terço de todos os óbitos e quase 30% do total de mortes na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, atingindo a população adulta em plena fase produtiva (ANDRADE, 2013).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com 14.783 indivíduos, utilizando como valor de normalidade da PA  $\leq$  140/90 mmHg, revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%). Estima-se que essas taxas devam estar superestimadas devido à inexistência de estudos de abrangência nacional e à heterogeneidade metodológica dos trabalhos realizados. A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos, de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs 67,3% e 26,1%), em especial, em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), indicando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (ANDRADE, 2013).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, que congrega cerca de 13.000 cardiologistas, assumindo seu papel de liderança no combate às DCNT, propõe uma parceria com o Ministério da Saúde a fim de implementar políticas de

saúde pública voltadas para a prevenção e controle das DCNT. A educação continuada de profissionais de saúde, que atuam nos diferentes níveis de complexidade de nosso Sistema Único de Saúde – SUS, oferece a base para consolidar essas ações sociais que impactarão na história natural dessas enfermidades, modificando sua prevalência e reduzindo suas taxas de mortalidade e morbidade por meio de medidas que visem à prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares que representam hoje o maior percentual das DCNT, bem como para implementar ações de prevenção de doença e promoção de saúde na população de risco, no entorno das Unidades Básicas de Saúde – UBS, que deveriam ser a porta de entrada do SUS, conforme o modelo de atenção às condições crônicas, levando-se sempre em consideração a pirâmide de risco (ANDRADE, 2013).

As modificações do estilo de vida – MEV constituem a base do tratamento do paciente hipertenso, diversos países têm tomado medidas necessárias para inserir na comunidade programas de prevenção e promoção à saúde, enfatizando o combate aos fatores de risco das DCV. Nesse sentido, uma dieta adequada, associada ao aumento nos níveis de atividade física, tem sido encorajada como medida benéfica para a redução da pressão arterial. Estas MEV são importantes estratégias para prevenção e tratamento da HAS (CARVALHO, 2015).

Em relação à abordagem terapêutica, o tratamento da HAS pode ser baseado em medidas medicamentosas e não medicamentosas, tendo como objetivo principal reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares. O tratamento não medicamentoso inclui diminuir o peso corporal, diminuir a ingestão de sódio, aumentar a ingestão de potássio, aderir a dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com baixo teor de gordura, atenuar o consumo de álcool, cessar o tabagismo e praticar exercícios físicos, sendo esta última uma das mais estudadas e exploradas formas de tratamento não medicamentoso (CARVALHO, 2015).

Estudos demonstram que uma única sessão de exercício físico proporciona hipotensão pós-exercício, que consiste na redução da PA após o exercício

físico para valores inferiores àqueles medidos antes do exercício. Pesquisas reportam que, entre hipertensos, o exercício físico diminui cronicamente a pressão arterial sistólica – PAS e a pressão arterial diastólica – PAD de repouso, em média, 8,3 mmHg e 5,2 mmHg, respectivamente, estando a redução crônica da PA associada ao efeito cumulativo das reduções agudas. Sendo assim, nos últimos anos, diversos estudos tem procurado descrever os benefícios e as peculiaridades do exercício físico, principalmente o aeróbio, no tratamento da HAS (CARVALHO, 2015).

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão preconizam a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis não só como forma de tratamento, mas também na prevenção da doença. Dentre eles destacam-se controle de peso corporal, estilo alimentar, redução do consumo de sal, abstinência de fumo, moderação na ingestão de bebida alcoólica e adoção da prática de atividade física (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Os programas de intervenção sobre o estilo de vida entre populações de alto risco têm efeitos benéficos sobre o controle da pressão arterial. As intervenções sobre o estilo de vida parecem ser pelo menos tão efetivas quanto o tratamento medicamentoso. Portanto, a mudança no estilo de vida, há muito considerada o pilar das intervenções, é extremamente importante para reduzir o ônus das doenças crônicas (CHAVES, 2015).

O número de pessoas que morrerão por DCV, principalmente doença cardíaca – DC e acidente vascular cerebral – AVC é estimado em cerca de 23,3 milhões em 2030, permanecendo como a principal causa de morte no mundo. A OMS estima que três quartos da mortalidade cardiovascular pode ser diminuída com adequadas mudanças no estilo de vida, e esse é o grande desafio das diversas diretrizes existentes em prevenção Cardiovascular (JARDIM, 2014).

Os fatores comportamentais mais importantes associados à DC e ao AVC são dieta inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de bebida

alcoólica. Estes fatores comportamentais são responsáveis por cerca de 80% dos casos de doença arterial coronariana e cerebrovascular (JARDIM, 2014).

Os efeitos benéficos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais; pobre em gorduras) sobre o comportamento dos níveis pressóricos são conhecidos. Dentre os fatores nutricionais que se associam à elevada prevalência de HAS estão o elevado consumo de álcool e sódio e excesso de peso. Recentemente, vêm sendo, também, associados o consumo de potássio, cálcio e magnésio, os quais atenuariam o progressivo aumento dos níveis pressóricos com a idade (SILVA, 2012).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, passou a recomendar a adoção da dieta DASH – *Dietary Approaches to Stop Hypertension* no tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. Em estudo realizado em indivíduos com hipertensão arterial foi observado que a dieta DASH reduziu substancialmente a pressão sanguínea (sistólica: 5,5 mmHg) no período de dois meses e, quando combinada com a redução do sódio, houve queda adicional da pressão arterial (sistólica: 8,9 mmHg) (SILVA, 2012).

O padrão dietético DASH, rico em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da PA. Um alto grau de adesão a esse tipo de dieta reduziu em 14% o desenvolvimento de hipertensão. Os benefícios sobre a PA têm sido associados ao alto consumo de potássio, magnésio e cálcio nesse padrão nutricional. A dieta DASH potencializa ainda o efeito de orientações nutricionais para emagrecimento, reduzindo também biomarcadores de risco cardiovascular (SELEM, 2013).

A dieta do mediterrâneo associa-se também à redução da PA. O alto consumo de frutas e hortaliças revelou ser inversamente proporcional aos níveis de PA, mesmo com um mais alto percentual de gordura. A substituição do excesso de carboidratos nesta dieta por gordura insaturada induz à mais significativa redução da PA (SELEM, 2013).

Dietas vegetarianas são inversamente associadas com a incidência de doenças cardiovasculares. Isto se explica em razão de fornecerem menor

quantidade de nutrientes, como gordura saturada e colesterol. Entretanto, essas dietas são deficientes em micronutrientes como ferro, vitamina B12 e cálcio, sendo necessária a suplementação para atender às recomendações vigentes. As deficiências de micronutrientes, muitas vezes observadas em lacto-vegetarianos, têm sido identificadas como fatores predisponentes à HAS em adultos seguidores desse estilo alimentar. Fato relevante é a observação de que os vegetarianos apresentam, em geral, menor índice de massa corporal – IMC, que, independentemente do tipo de dieta, se associa a menor PA (SELEM, 2013).

A quantidade considerada máxima saudável para a ingestão alimentar diária de cloreto de sódio (sal de cozinha) é de 5 g de (que corresponde a 2 g de sódio). Na prática, recomenda-se o consumo de, no máximo, 3 colheres de café rasas (3 g), que somados aos 2 g de sal já existentes nos próprios alimentos contemplaria o total de 5 g (SELEM, 2013).

Em indivíduos hipertensos, a ingestão de álcool, agudamente e dependentemente da dose, reduz a PA, porém ocorre elevação algumas horas após o seu consumo. Tendo em vista a controvérsia em relação à segurança e ao benefício cardiovascular de baixas doses, assim como a ação nefasta do álcool na sociedade, devemos orientar àqueles que têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas a não ultrapassarem 30 g de etanol ao dia, para homens, de preferência não habitualmente; sendo a metade dessa quantidade a indicada para as mulheres. As quantidades máximas diárias sugeridas dos tipos de bebidas alcoólicas mais comuns são: 2 latas (350 x 2 = 700 ml) ou 1 garrafa (650 ml) de cerveja; 2 taças de 150 ml ou 1 taça de 300 ml de vinho; 2 doses de 50 ml de uísque, vodca ou bebida destilada (SELEM, 2013).

A prática regular de atividade física aeróbia, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, está indicada para a prevenção, sendo que para o tratamento recomenda-se o exercício diário supervisionado. Exercícios resistidos podem ser associados aos aeróbios (SELEM, 2013).

Manter o peso corporal na faixa normal (IMC entre 18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup>) e medidas de circunferência abdominal abaixo de 102 cm, para homens e 90 cm, para mulheres (SELEM, 2013).

Diferentes técnicas de controle do estresse têm sido avaliadas, porém com resultados conflitantes. Meditação, musicoterapia, biofeedback, yoga, entre outras técnicas de controle do estresse, foram capazes de reduzir discretamente a PA de hipertensos (SELEM, 2013).

Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível (SELEM, 2013).

A hipertensão arterial pode ser prevenida ou postergada. As mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Tais adequações de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos (SELEM, 2013).

A adesão ao tratamento significa o quanto o comportamento do paciente coincide com a prescrição dos medicamentos e com o seguimento das orientações relacionadas à adoção de um estilo de vida saudável. Entre os diversos fatores responsáveis pela baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial (HA), os principais são: natureza oligossintomática e crônica da HA; fator socioeconômico e cultural; entendimento e percepção inadequados do problema; aspectos relacionados ao sistema de saúde; relação entre os profissionais de saúde e o paciente; e complexidade do regime terapêutico. Para melhorar a adesão do paciente, é fundamental inseri-lo no processo do tratamento, informando sobre a importância de saber e atingir as metas pressóricas (BITENCOURT, 2012).

Estudos mostram que os efeitos secundários do tratamento da HA estão associados a menor aderência e a abandono do tratamento medicamentoso, podendo interferir na Qualidade de Vida – QV desses pacientes (CARVALHO, 2012).

As baixas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso proposto são uma das principais causas de inadequado controle da hipertensão arterial.

Hipertensos que abandonaram o tratamento apresentaram risco de síndrome coronária aguda três vezes superiores aos pacientes que mantiveram o tratamento anti-hipertensivo. Também podemos observar a importância da nãoaderência ao tratamento anti-hipertensivo como uma das responsáveis pelas altas taxas de doenças cerebrovasculares em nosso país (GREZZANA, 2013).

As taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo variam no Brasil entre 23% e 62,1%. Esses dados são decorrentes, principalmente, de estudos que utilizaram métodos indiretos de avaliação da adesão por apresentarem baixos custos e factibilidade de aplicação. Apesar disso, a utilização de métodos auxiliares de medidas de PA e a sua relação com a adesão ao tratamento medicamentoso não tem sido adotada amplamente em Atenção Primária em Saúde – APS (GREZZANA, 2013).

O controle da pressão arterial nos hipertensos tem ligação muito estreita com a adesão ao tratamento prescrito. A não adesão à medicação é uma preocupação importante para os profissionais de saúde e para os gestores. Vários fatores podem estar relacionados à adesão, incluindo as características do paciente, a qualidade da relação médico-paciente, a gravidade da doença, o acesso aos cuidados de saúde e fatores específicos relacionados à prescrição medicamentosa (SOUZA, 2014).

A abordagem dos fatores de risco clássicos, por meio da prevenção primária, reveste-se de grande importância e as recomendações sugerem a atuação multifatorial de todos, contemplando esse grupo de pacientes com metas mais rigorosas com vistas à redução da morbimortalidade pelas DCV (ANDRADE, 2013).

Concordamos com Mendes (2012) que se referindo ao cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde menciona que “é imperativo a consolidação da estratégia da saúde da família” e ainda:

"Quebrar o paradigma do atendimento ao episódio agudo, da cura para o cuidado contínuo às condições

crônicas, da atenção à saúde com o envolvimento do cidadão e da sociedade, é, sem dúvida, um grande desafio. Um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas para que elas não adoçam e não apenas cuidar de doentes e de doenças". (p.19)

Esta afirmação deveria ser adotada como um paradigma por todos os profissionais que trabalham na Saúde da família, especialmente pelos médicos.

## **6. PLANO DE INTERVENÇÃO**

Para a definição dos problemas se utilizaram métodos e técnicas de grupo para gerar ideias ou lograr consensos, como: grupo nominal, grupos focais, tormenta ou tempestade de ideias. Estas técnicas se fizeram com a participação de líderes formais e não formais da comunidade. Depois das análises e discussões, os principais problemas de nossa comunidade são os seguintes:

### **Problemas Identificados**

- Alta incidência de enfermidades respiratórias agudas.
- Alta prevalência de Hipertensão Arterial descompensada.
- Deficiente controle do Risco Reprodutivo.
- Alta prevalência de obesidade.
- Elevada incidência de alcoólatras y tabagistas.
- Alta prevalência de Diabetes Mellitus descompensada.

### **Priorização dos Problemas de Saúde Identificados**

Para priorizar os problemas de saúde identificados podem ser usados métodos como: Ranqueo, Grupo Nominal, Hanlon, ou outros. Nós utilizamos o Método de Ranqueo. Seleccionamos o Método de Ranqueo (ver anexo 1).

Foram seleccionados seis problemas; o Método de Ranqueo permitiu ordená-los segundo prioridade para dar solução.

O seguinte quadro mostra a pontuação outorgada a cada problema, tendo em conta os critérios anteriormente mencionados.

**Quadro 3. Problemas Priorizados segundo ordem do Metodo de Ranqueo.**

<b>Problemas</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>Total</b>
1. Alta incidência de enfermidades respiratórias agudas.	2	2	2	2	0	1	09
2. Alta prevalência de Hipertensão Arterial descompensada.	2	2	2	2	2	2	12
3. Deficiente controle do risco reprodutivo.	2	2	2	2	1	1	10
4. Alta prevalência de obesidade.	2	2	2	1	1	1	09
5. Elevada incidência de alcoólatras e tabagistas.	2	2	2	2	0	0	08
6. Alta incidência de Diabetes Mellitus descompensada.	2	2	2	1	2	1	10

**PROBLEMAS PRIORIZADOS SEGUNDO ORDEM DO METODO DE RANQUEO**

Alta prevalência de Hipertensão Arterial descompensada.

Deficiente controle do Risco Reprodutivo.

Alta prevalência de Diabetes Mellitus descompensada.

Alta incidência de enfermidades respiratórias agudas.

Alta prevalência de obesidade.

Elevada incidência de alcoólatras e tabagistas.

É imprescindível conhecer as causas e fatores causais e de risco para cada problema e assim poder determinar os objetivos e as estratégias que se devem realizar para eliminar esses fatores e dar solução ao problema.

A técnica de Ishikawa ou de espinha de peixe, não somente serve para identificar os problemas, mas também permite analisar as causas, assim como os fatores que intervierem nelas. Trabalharemos com o primeiro problema por ser o de maior possibilidade de intervenção com recursos próprios de saúde. Os demais necessitam da participação intersetorial não disponível neste

momento. Por outro lado, é a primeira vez que daremos início ao trabalho em equipe de saúde para intervir nessa problemática.

**Quadro 4. Atividade Problema: Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Atividade 1: Preparação individual de cada membro da equipe do tema HAS.**

<b>Data de cumprimento</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Produto esperado</b>
Permanente	Casa de cada membro da equipe.	Humanos e material de apoio.	Agentes comunitários, Médico e Enfermeira	Cada membro da equipe da saúde da família (ESF).	Que os membros da equipe conheçam da HAS como parte da educação permanente.

**Quadro 5. Atividade Problema: Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Atividade 2: Revisão bibliográfica de HAS do Médico e discussão do tema em reunião da ESF.**

<b>Data de cumprimento</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Produto esperado</b>
1er trimestre do ano 2015.	PSF-Fatima I.	Humanos e material de apoio.	Agentes comunitários, Médico e Enfermeira.	Medico.	Que os membros da ESF conheçam da HAS e unificar critérios para um melhor acompanhamento dos pacientes com HAS.

**Quadro 6. Atividade Problema: Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Atividade 3: Capacitação aos agentes comunitários sobre HAS.**

<b>Data de cumprimento</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Produto esperado</b>
1er trimestre do ano 2015.	PSF-Fatima I	Humanos e material de apoio.	Agentes comunitários, Médico e Enfermeira.	Médico e Enfermeira.	Que os agentes comunitários façam o cadastro dos pacientes com HAS presentes na comunidade e façam atividades educativas das casas dos pacientes.

**Quadro 7. Atividade Problema: Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Atividade 4: Coordenar a agenda de trabalho de cada integrante ESF para realizar um adequado acompanhamento dos pacientes com HAS.**

<b>Data de cumprimento</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Produto esperado</b>
Permanente	PSF-Fatima I	Humanos e materiais.	ESF.	ESF.	Garantir a correta pesquisa e acompanhamento dos pacientes com HAS que garanta um controle adequado da doença.

**Quadro 8. Atividade Problema: Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Atividade 5: Discussão de caso de paciente hipertenso na reunião da equipe de saúde.**

<b>Data de cumprimento</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Produto esperado</b>
Uma vez por mês .	PSF-Fatima I	Humanos e materiais.	Equipe de saúde.	Médico, Enfermeira, ACS.	Acompanhamento e avaliação dos pacientes hipertensos.

**Quadro 9. Atividade Problema: Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Atividade 6: Orientações individuais do médico ao paciente na consulta.**

<b>Data de cumprimento</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Produto esperado</b>
Permanente	PSF-Fatima I.	Humanos.	Médico e pacientes.	Médico.	Orientar a os pacientes sobre sua doença, fatores de risco e modificar estilos de vida inadequados .

**Quadro 10. Atividade Problema: Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Atividade 7: Orientações individuais da enfermeira ao paciente durante o acolhimento.**

<b>Data de cumprimento</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Produto esperado</b>
Permanente.	PSF-Fatima I.	Humanos.	Enfermeira e pacientes.	Enfermeira.	Orientar a os pacientes sobre sua doença, fatores de risco e modificar estilos de vida inadequados .

**Quadro 11. Atividade Problema: Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Atividade 8: Orientações individuais do agente comunitário na visita domiciliar ao paciente.**

<b>Data de cumprimento</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Produto esperado</b>
Permanente.	Casa dos pacientes.	Humanos.	ACS e pacientes.	ACS.	Orientar a os pacientes sobre sua doença, fatores de risco e modificar estilos de vida inadequados .

**Quadro 12. Atividade Problema: Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Atividade 9: Realizar palestras sanitárias sobre HAS com o título: “Controlando sua pressão protege seu coração” nos grupos de hipertensos.**

<b>Data de cumprimento</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Produto esperado</b>
Três vezes ao ano.	PSF-Fatima I e micro áreas do território.	Humanos e material educativo..	Integrantes do grupo de hipertensos e ESF.	ESF.	Orientar a os pacientes sobre sua doença, fatores de risco e modificar estilos de vida inadequados

**Quadro 13. Atividade Problema: Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Atividade 10: Realizar palestras educativas na população em cada micro área e utilizar as visitas domiciliares para apoiar isso.**

<b>Data de cumprimento</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Produto esperado</b>
A cada três meses	Micro área.	Humanos e materiais educativo.	ESF e população.	Enfermeiras e agentes comunitários de saúde e promotores de cada área.	Que a população conheça às principais riscos e conseqüências sobre a saúde e como podem evitar e estimular o autocuidado dos pacientes e a população em geral.

**Quadro 14. Atividade Problema: Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Atividade 11: Disponibilizar propaganda gráfica na sala de espera.**

<b>Data de cumprimento</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Produto esperado</b>
Permanente.	PSF-Fatima I	Material de apoio.	ESF.	ESF.	Orientar a os pacientes e população em geral sobre HAS.

**Quadro 15. Atividade Problema: Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada. Atividade 12: Utilizar os meios de comunicação para enviar mensagens educativas á população.**

<b>Data de cumprimento</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Produto esperado</b>
Permanente.	Onde radica cada meio de comunicação .	Humanos e materiais.	Pessoal de Saúde pessoas dos meios preparadas.	Secretaria Municipal de Saúde.	Que os meios de comunicação transmitam a mensagem educativa á população.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao término presente trabalho chegamos à conclusão de que no Brasil, e especificamente, na comunidade que pertence ao ESF-Fátima I, existe um controle inadequado da HAS, que é traduzido em futuras complicações e sequelas da doença, geradas principalmente por um seguimento incorreto do tratamento, pouca disponibilidade de medicamentos, assim como uma débil vontade de agir sobre as causas que provocam esta situação.

É por isso que estamos prontos para trabalhar para desenvolver na população uma cultura sanitária e estimular o autocuidado diário como o melhor jeito de garantir uma saúde com qualidade de vida. Queremos com este projeto ensinar as pessoas a viver em um total controle da HAS evitando que esta provoque danos na saúde e estabilidade familiar e do país.

Podemos dizer que o presente trabalho tem uma importância vital no melhoramento de saúde de nossa comunidade e isso demonstra a grande necessidade de levar a cabo este projeto, que foi realizado com o esforço e os aportes de todos os membros de nossa equipe de saúde, com o compromisso de fazer de nossa unidade uma referência em quanto ao controle da HAS que tanto afeta a este país e seus recursos, assim como a sua força de trabalho.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Jadelson Pinheiro de et al . Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 3, p. 203-211, mar. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2013000300001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000300001&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 14 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130061>.

ARMAGANIJAN, Luciana et al . Denervação Renal com Cateter Irrigado em Hipertensos Resistentes: Uma Estratégia Promissora?. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 102, n. 4, p. 355-363, abr. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2014000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000400006&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 13 fev. 2016. Epub 17-Fev-2014. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140034>.

BITENCOURT, Fernando; GOTTSCHALL, Carlos Antonio Mascia. Avaliação da acurácia do rastreômetro: um novo equipamento para rastreamento de hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 98, n. 2, p. 151-160, fev. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 16 fev. 2016. Epub 31-Jan-2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000013>.

CAMPOS, F. C.C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, 2010. CARVALHO, Maria Virgínia de et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 2, p. 164-174, fev. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2013000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 14 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130030>.

CARVALHO, Michelle Adler Normando et al. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 98, n. 5, p. 442-451, maio 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000500010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000500010&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 16 fev. 2016. Epub 05-Abr-2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000032>.

CARVALHO, Raphael Santos Teodoro de et al. Magnitude e Duração da Resposta Hipotensora em Hipertensos: Exercício Contínuo e Intervalado. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 104, n. 3, p. 234-241, mar. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2015000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000300009&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 13 fev. 2016. Epub 16-Dez-2014. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140193>.

CHAVES, Graciela et al. Educação para um Estilo de Vida Saudável Melhora Sintomas e Fatores de Risco Cardiovasculares – Estudo AsuRiesgo. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 104, n. 5, p. 347-355, maio 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2015000500002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000500002&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 13 fev. 2016. Epub 17-Mar-2015. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150021>.

GREZZANA, Guilherme Brasil; STEIN, Airton Tetelbon; PELLANDA, Lúcia Campos. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 4, p. 335-361, abr. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2013000400008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000400008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 14 fev. 2016. Epub 22-Mar-2013. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130046>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas de Desenvolvimento Humano**. Município Sabará /Minas Gerais, 2014.

JARDIM, Thiago Veiga et al. Comparação entre Fatores de Risco Cardiovascular em Diferentes Áreas da Saúde num Intervalo de Vinte Anos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 103, n. 6, p. 493-501, dez. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2014002400008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014002400008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 13 fev. 2016. Epub 10-Out-2014. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140150>.

MENDES, Vilaça E. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde, Brasília 2012. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em 19 fev. 2016.

MICHEL-CHAVEZ, Anaclara et al. Variabilidade da Frequência Cardíaca e da Pressão Arterial Sistólica em Diabéticos com Diagnóstico Recente. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 105, n. 3, p. 276-284, set. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2015002200276&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015002200276&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 13 fev. 2016. Epub 03-Jul-2015. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150073>.

311X2013000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Jan. 2016.

OLIVEIRA, Beatriz Fátima Alves de et al . Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1617-1630, Ago. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ. **História de Sabará**. 2013-2016. [http://sabara.mg.gov.br/site\\_pms/](http://sabara.mg.gov.br/site_pms/). Acesso em: 5 abril, 2014a.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ. **Plano Saúde Municipal. Sabará/Minas Gerais.** Disponível em: Secretaria Saúde Sabará. Consultado em: 5 mar., 2014b.

SELEM, Soraya Sant'Ana de Castro et al. Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 1, p. 52-59, jan. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2013000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 14 fev. 2016. Epub 18-Dez-2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000119>.

SILVA, Leilane Bagno Eleutério da et al . Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas do Sétimo Dia da capital e do interior paulista. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 98, n. 4, p. 329-337, abr. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000400007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000400007&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 16 fev. 2016. Epub 15-Mar-2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000018>.

SOUZA, Clarita Silva de et al . Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 102, n. 6, p. 571-578, jun. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2014000600007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000600007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 14 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140081>.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 18 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

## ANEXO I

### **Método de Ranqueou**

O Método de Ranqueou permite ordenar os problemas selecionados segundo sua prioridade para busca de solução pela ordem estabelecida seguindo os seguintes critérios:

A- Tendência.

B- Frequência.

C- Gravidade. Afetar.

D- Vulnerabilidade.

E- Disponibilidade de recursos para sua solução.

F- Coerência com a missão do que planifica.

Estabeleceu-se um valor de 2 a 0 para cada um dos problemas selecionados.

O Valor de 2 fornece: alta frequência, gravidade, repercussão na população e nos recursos disponíveis, tendência ascendente, e alta vulnerabilidade.

O Valor de 1 outorga a cada um dos critérios que se cumprem em parte e o 0 para os que no se cumprem.

## ANEXO II

Arvore problema sobre elevada prevalência de hipertensão arterial descompensada no PSF FATIMA I.

