

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

MILITZA GRILLO RODRIGUEZ

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
REDUZIR OS FATORES DE RISCO NA ESF “MARIA VENÂNCIO” NO
MUNICÍPIO DE NACIP RAYDAN.**

Governador Valadares - Minas Gerais

2015

MILITZA GRILLO RODRIGUEZ

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
REDUZIR OS FATORES DE RISCO NA ESF “MARIA VENÂNCIO” NO
MUNICÍPIO DE NACIP RAYDAN.**

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

Orientador: Prof.^a Maria José Nogueira

Governador Valadares - Minas Gerais

2015

MILITZA GRILLO RODRIGUEZ

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
REDUZIR OS FATORES DE RISCO NA ESF “MARIA VENÂNCIO” NO
MUNICÍPIO DE NACIP RAYDAN.**

Banca examinadora

Examinadora 1: Profa. Maria José Nogueira (orientadora)

Examinadora 2 – Profa. Ms.Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovado em Fevereiro de 2016.

AGRADECIMENTOS

Á enfermeira Larissa Figueiredo pela amizade e por prontificar-se sempre que encontrei dificuldades na língua portuguesa.

Á enfermeira Kezia Vieira coordenadora de Atenção Básica de Saúde de nossa equipe por disponibilizar dados que me permitiram realizar esse trabalho.

Á recepcionista Lucinéia Moura por providenciar os prontuários dos pacientes hipertensos para que assim eu pudesse revisá-los.

Aos agentes comunitários de saúde por me auxiliarem permitindo assim que eu conhecesse o cotidiano do grupo estudado.

Aos professores do Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família

A TODOS VOCÊS OBRIGADA

“A verdadeira medicina não é aquela que cura, senão aquela que previne. Em prever está toda a arte de salvar. Salvar-se é prever”.

José Martí.

RESUMO

A hipertensão arterial é a principal causa de óbitos evitáveis, responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo, é considerado um fator de risco modificável para doenças cardiovasculares; 54% dos casos de acidente vascular cerebral (AVC) e 47% dos infartos agudos do miocárdio no Brasil estão relacionados a elevados níveis pressóricos. Afeta quase 20% da população acima dos 20 anos. Em nossa área de abrangência os fatores de risco modificáveis são responsáveis por um aumento nos índices de hipertensão arterial. De tal modo, este trabalho objetivou elaborar um plano de intervenção para reduzir os fatores de riscos da hipertensão arterial na população da Estratégia de Saúde da Família Nacip Raydan baseado no método de Planejamento Estratégico Situacional com a finalidade de modificar os hábitos e estilo de vida da população por meio de um processo de educação em saúde com a capacitação da equipe multidisciplinar. Os fatores de risco que mais atingiram o nosso grupo de estudo foram as dislipidemias com 52,38% e o sedentarismo correspondendo a 52,06%. Realizou-se pesquisa nas bases de dados da Literatura Latino americana e do Caribe, Sistema Online de Busca e Análise da Literatura Médica, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde, os descritores foram Promoção de Saúde e Planejamento em Saúde.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Fatores de Risco. Promoção de Saúde. Planejamento em saúde.

ABSTRACT

High blood pressure is a major cause of avoidable death, responsible for about 7.1 million deaths a year in the world, is considered to be a modifiable risk factor for cardiovascular disease; 54% of cases of cerebral vascular accident (CVA) and 47% of acute myocardial infarcts in Brazil are related to high blood pressure. Affects nearly 20% of the population by over 20 years. In our area the modifiable risk factors are responsible for an increase in rates of high blood pressure. So, this work aimed to draw up a plan of intervention to reduce risk factors of hypertension in population of the Nacip Raydan based on Situational strategic planning method in order to change the habits and lifestyle of the population through a process of health education with multidisciplinary team training. The risk factors that most struck our study group were the dyslipidemias with a 52.38% and sedentariness corresponding 52.06%. Research was conducted in the databases Scientific and Technical Literature of Latin America and the Caribbean, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online and INDEX Bibliographic HEALTH SCIENCES OF SPANISH and the descriptors were health promotion and health planning.

Keywords: Hypertension. Risk Factors. Health Promotion. Health planning.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DCV	Doença Cardiovascular
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fator de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LILACS	Literatura latino-americana e do Caribe.
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Indicadores geográficos do Município Nacip Raydan -2010 pág. 12.
- Tabela 1 Distribuição da população segundo sexo e área. Nacip Raydan. 2010
Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idade. Nacip Raydan.
2014, pág. 12.
- Tabela 2 .Morbidade em pacientes maiores de 15 anos. Nacip Raydan. 2014,
pág. 16.
- Quadro 2 Classificação de prioridades para os problemas identificados no
diagnóstico da equipe de saúde da família, Nacip Raydan, pág. 28.
- Quadro3 “Desenho das operações para os nós críticos” do problema Hipertensão
Arterial, pág. 30, 31.
- Quadro 4 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para
o enfrentamento dos "nós críticos" do problema hipertensão arterial,
pág. 32, 33.
- Quadro 5 Propostas de ações para a motivação dos atores, pág. 33, 34.
- Quadro 6 Plano operativo, pág. 35, 36.
- Quadro 7 Planilha para acompanhamento de projetos, pág. 37, 38.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	11
2- JUSTIFICATIVA	16
3- OBJETIVO	18
4 METODOLOGIA	19
5- REVISÃO DA LITERATURA	20
6-RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO	25
7- PLANO DE INTERVENÇÃO	26
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
9- REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido no município de Nacip Raydan- MG, localizado na mesorregião do Rio Doce e microrregião de Governador Valadares, distante da capital cerca de 317 km. As principais rodovias que servem ao município são: BR-381, BR-120, MG-434, MG-129, MG-314, e seus municípios limítrofes: José São da Safira, Santa Maria do Suaçui, Virgolândia, Coroaci e Marilac. A cidade possui clima subtropical.

No final do século XVIII e início do século XIX o território da então Capitania de Minas Gerais era quase a metade do que hoje se constitui. Logo após os vinte e um dias de abril de 1792, os espaços não explorados nas imediações dos centros auríferos começaram a ser ocupados, atestando isso à criação de novos municípios. Rumo ao leste muitas fazendas foram fundadas nos afluentes do rio Doce, Nacip Raydan; antigo distrito de Bananal é resultado deste movimento.

Os primeiros colonizadores de Bananal de Virgolândia, hoje Nacip Raydan, foram as famílias Bernardo Guimarães e Alvarenga. Sua origem remonta ao Ciclo Ferroviário. Com a decadência do Ciclo do Ouro na região da Mata do Peçanha, milhares de pessoas se deslocam de Diamantina, Serro, Conceição, Itabira, Ferros, Minas Novas e Itamarandiba para fundar fazendas nas matas dos afluentes do rio Doce, onde foi criado o município de Peçanha. A esse, pertencia o atual município de Virgolândia, do qual se desmembrou Nacip Raydan em 1962. O povoado foi elevado à categoria de distrito de Virgolândia, com o topônimo de Nacip Raydan (IBGE. 2010).O distrito de Nacip Raydan emancipou-se pela Lei nº 2.764, de 30/12/1962, tornando-se o município.

A população do município no ano de 2010 era 3154 habitantes com estimativa de 3.261 para o ano de 2014. O município ocupa uma área de 233 km², com uma densidade populacional de 13,51 hab./km². (Quadro 1)

Quadro 1- Indicadores geográficos do Município Nacip Raydan. 2010

População estimada 2014	3.261
População 2010	3.154
Área da unidade territorial (km ²)	233, 493
Densidade demográfica (hab./km ²)	13,51

Fonte-IBGE-2010

Tabela 1 Distribuição da população segundo sexo e área. Nacip Raydan. 2010.

INDIVIDUOS	M	%	F	%	TOTAL	%
AREA URBANA	972	61,28	1007	64,22	1979	62,74
AREA RURAL	614	38,71	561	35,77	1175	37,25
TOTAL	1586	100	1568	100	3154	100

Fonte: IBGE (2010)

Os 62,74% da população de Nacip Raydan reside na área urbana. Da população de 3154 habitantes, 1586 são homens, (50,28%) e 1568 mulheres, (49,71%). Tal proporção é bastante semelhante á proporção do Estado de Minas Gerais .(Tabela 1).No que se refere a faixa etária encontramos a seguinte distribuição na população de Nacip Raydan: e 0-9anos: 15.66%, de 10-19anos: 21.14%, de 20-29anos: 13.57% de 30-39anos:13.34% e adultos de 60 anos e mais 15.56%.(segundo pirâmide populacional IBGE. 2010).

Em relação a alguns aspectos socioeconômicos epidemiológicos vale ressaltar que o município de Nacip Raydan conta com alto índice de desemprego sendo que a prefeitura municipal é a maior empregadora, com 205 funcionários, e a escola estadual apresenta um quadro de 30 funcionários estaduais. Algumas pessoas não possuem renda fixa, e a maioria dos trabalhadores tem trabalho informal (diarista, ajudante de pedreiro, etc.). A população está distribuída em 928 famílias, das quais 526 recebem bolsa família, correspondendo um 56.68%%. (SIAB-Municipal. 2014).

O número de pensionistas e aposentados chega a 302, correspondendo a aproximadamente 10% da população, muitos deles são os provedores das famílias.

A população empregada vive, basicamente, do trabalho nas empresas rurais que plantam milho, feijão, batata e criam gado de corte em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade, da prestação de serviços e da economia informal. É grande o número de desempregados e subempregados. (SIAB- 2014).

Segundo o portal OMD, neste município, de 1991 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo reduziu em 29,4%; para alcançar a meta de redução de 50%, deve ter, em 2015, no máximo 39,3%.

De acordo com dados do IBGE(2010)e SIAB(2014) a cobertura de saneamento básico é realizada pela concessionária de água COPASA e Concessionária de esgoto Prefeitura Municipal. Neste Município, em 2010, 65,1% dos moradores tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo e 58,9% possuíam formas de esgotamento sanitário consideradas adequadas. No ano de 2011, 75,56% das famílias tinham acesso à rede de água geral, com relação às famílias cobertas por instalações sanitárias que contam com sistema de esgoto corresponde a 71,31%, fossa 22,31% e a céu aberto 6,38% e o destino do lixo no município por coleta publica é 71,55%.

Possuem algumas ruas não pavimentadas. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. Nos domicílios de risco muito elevado o esgoto é ligado clandestinamente à rede de esgoto oficial ou fica a céu aberto. Nas famílias de risco muito elevado o lixo é depositado em um local determinado e recolhido pelo Sistema de Limpeza Urbana semanalmente, mas a maioria deixa o lixo a céu aberto e alguns queimam o lixo.

O Município conta com duas escolas;uma municipal que oferece o ensino fundamental do 1º ao 5º ano, e outra de nível estadual que oferece ensino fundamental do 5º ao 9º ano e ensino médio. O nível de alfabetização do município em 2014 foi de 89,59%. No município, em 2010, 41,7% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 19,4%. (SIAB Municipal 2010). O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 95,2%. No Estado, em 2010 a taxa de frequência líquida no ensino fundamental era de 83,0%. No ensino médio, este valor cai para 51,0%. A distorção idade-série eleva-se à medida que se avança nos níveis de ensino. Entre alunos do ensino fundamental, 31,5% estão com idade superior à recomendada chegando a 33,7% de defasagem entre os que alcançam o ensino médio. (IBGE, 2010). Conforme dados do SIAB, no ano de 2011 na faixa etária de 7-

14 anos que estavam na escola era de 421 pessoas correspondendo a 97,91%, com relação à alfabetização na faixa etária de 15 anos e mais tinha 1.853 correspondendo a 86,43%. Comparado ao ano de 2010 houve um declínio na taxa de alfabetização. Ainda segundo o portal OMD, o IDEB é um índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado a crianças da 4ª e 8ª séries, podendo variar de 0 a 10.

Este município está na 2.145.ª posição, entre os 5.565 do Brasil, quando avaliados os alunos da 4.ª série, e na 1.829.ª, no caso dos alunos da 8.ª série. O IDEB nacional, em 2011, foi de 4,7 para os anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 3,9 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,5 e 6,0. Em relação ao sistema de saúde do município, Nacip Raydan conta com uma farmácia popular e um centro de saúde, este agrega a Estratégia Saúde da família (ESF) e a Unidade Básica de Saúde (UBS).

O Centro de Saúde de Nacip Raydan está localizado no município de Nacip Raydan-Mg e pertence à Gerência Regional de Saúde de Governador Valadares (GRS-GV). A Estratégia Saúde da Família está localizada na Avenida Doutor Antonio da Cunha, 478- Centro. Funciona de Segunda a Sexta feira de 7:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00. A estrutura física da unidade de saúde conta com 01 recepção, 03 consultórios médicos, 01 sala de vacina, 01 laboratório, 01 sala de curativo, 01 sala de enfermagem, 01 sala de observação com três leitos, 01 sala de eletrocardiograma, 01 almoxarifado, 01 sala de expurgo, 01 de esterilização, 01 sala para reuniões, 04 banheiros e 01 copa. A equipe da ESF está composta por 02 médicos generalista, pertencentes ao Programa Mais Médicos, 01 enfermeiro, , 01 recepcionista, 04 auxiliares de serviços gerais, 01 nutricionista, 01 Psicóloga, 01 farmacêutico, 01 fisioterapeuta e 01 fonoaudióloga.

A equipe atende a população local por meio das seguintes atividades: visitas domiciliares de toda a equipe de saúde; consultas médicas; consultas de enfermagem; consultas odontológicas; procedimentos de assistência de enfermagem na unidade e, se necessário, no domicílio; reuniões de grupos como Hiperdia, gestantes, puericultura, dentre outros; aplicação de flúor nas crianças da escola local, com supervisão de escovação; agendamento de consultas para especialidades e exames diariamente, como também, dispensarão de medicamentos pela Farmácia de Minas; educação continuada; prevenção do câncer de colo uterino dentre outros. Na cidade não tem Instituição de Longa Permanência para as pessoas

idosas que precisam de cuidados e não tem familiares disponíveis são encaminhadas para a Instituição da cidade vizinha de Virgolândia ou Governador Valadares.

O Conselho Municipal de Saúde de Nacip Raydan foi criado no dia vinte e dois de junho de mil novecentos e noventa e três por meio de leis, é constituído por 16 conselheiros e 08 usuários. O Conselho é formado por: representantes do sindicato dos trabalhadores rurais, igreja evangélica, igreja católica, associação de moradores, profissionais da saúde e gestores. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. As reuniões ordinárias acontecem mensalmente.

Tendo em conta que o principal problema em nossa área de abrangência é a incidência de HAS, torna-se necessário conhecer quais são os fatores de risco que estão atingindo a população de Nacip Raydan que tem uma população de 3154 pacientes e 402 estão com diagnóstico de hipertensão arterial, considerando que deve haver um sub-registro sabendo que esta doença muitas vezes desenvolve-se de forma silenciosa. Na Unidade Básica de Saúde Maria Venâncio, observa-se um alto índice de hipertensos, e um grande número de pessoas com fatores de risco sendo os principais motivos para abordar este tema.

O aumento do número de casos de HAS deve-se a dificuldade de modificação no estilo de vida em pacientes que ainda não tem a doença, porém desconhecem ou ignoram a necessidade de mudança tendo como base os fatores predisponentes.

Nos pacientes já portadores da HAS além dos fatores já citados, a má adesão ao tratamento medicamentoso, a falta de interesse no próprio tratamento e muitas vezes o fato de residirem sozinhos complicam esta doença

2 - JUSTIFICATIVA

A população deste município apresenta um alto nível de morbidades como mostra a tabela 2. A maior porcentagem correspondeu ao sedentarismo com 53,2%, seguido do tabagismo com 15,66% e a HAS com 12,74%, porém sabe-se que existe um sub-registro desta doença, tendo em conta que esta se desenvolve na maioria das vezes de forma silenciosa.

Tabela 2- Morbidade em pacientes maiores de 15 anos. Nacip Raydan. 2014

Morbidade	NRO	%
Tabagismo	494	15,66
Sedentarismo	1677	53,2
Alcoolismo	32	1,01
Hipertensão Arterial	402	12,74
Acidente Vascular Encefálico	6	0,19
Diabetes Mellitus	88	2,79
Câncer	8	0,25
Cardiopatia	23	0,72

Fonte: (SIAB 2014)

Os fatores de risco modificáveis como obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dislipidemias apresentam grande impacto para a morbimortalidade e qualidade de vida da comunidade que reside no município de Nacip Raydan. Dentre os problemas identificados através do diagnóstico situacional, a hipertensão arterial foi priorizada devido à grande

incidência e prevalência na população, aumentando os fatores de risco para as doenças coronarianas, pacientes descompensados e maior índice de complicações em pacientes com doenças de base.

Diante do grande número de pacientes portadores de HAS, a equipe viu a necessidade de realizar através de intervenções planejadas, ações com ênfase na diminuição desses índices. Essas intervenções têm o objetivo de modificar os hábitos dos usuários através de um processo de educação em que os pacientes conheceram a doença, fatores que predispõe à mesma e prevenção da patologia, evitando assim complicações que possam atingir os órgãos-alvo, causando dessa forma além de grandes riscos à saúde, o desgaste familiar e altos custos para a sociedade e estado.



3 - OBJETIVO

-Elaborar um plano de intervenção visando à redução dos fatores de risco da hipertensão arterial na população adulta da cidade de Nacip Raydan.

4 METODOLOGIA

O trabalho foi realizado em três etapas: realização do Diagnóstico Situacional do Município, revisão da literatura e elaboração do plano de ação.

O município constitui-se por 3154 pessoas, dispostas em 928 famílias. O número de pacientes com diagnóstico de HAS totaliza 402. A equipe envolvida foi composta por 1 médico do Programa Mais Médicos, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 8 agentes comunitários de saúde, 1 farmacêutica e 1 recepcionista. A amostra escolhida para o diagnóstico foi de 315 pacientes, de acordo com o levantamento feito pela revisão de prontuários. Todos eles com disponibilidade de participar no estudo, neste excluíram-se os acamados.

Para a elaboração do plano de ação utilizamos o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Este método é composto de quatro momentos:

1. Momento explicativo, onde se procurou conhecer a situação atual, buscando identificar, priorizar e analisar os problemas; o seja, dado por o conhecimento de a situação atual que estamos confrontando que é a incidência da hipertensão arterial.
2. Momento normativo, que é o momento de elaboração de propostas de soluções, ou seja, é quando formulamos as soluções que vamos a dar a este problema de alto índice de hipertensão arterial.
3. Momento estratégico, onde se procurou analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado.
4. Momento tático-operacional, que é o momento de execução do plano.

Utilizamos estratégias de curto/médio prazo para que o ator social que é a equipe de saúde de acordo com o problema identificado pudesse reduzir os fatores de risco.

Utilizamos a pesquisa bibliográfica para conseguir maior fundamentação teórica e organizar o plano de intervenção. A busca das publicações se deu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados: Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS). Os descritores utilizados para a busca foram: Planejamento em Saúde, e Promoção em Saúde.

5- REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se define como a elevação mantida da pressão arterial (PA) por acima dos limites normais. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são hipertensos os adultos cuja pressão arterial sistólica (PAS) alcança valores iguais ou superiores a 140mmhg e ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou maior que 90mmhg, em 2 ou mais ocasiões, em ausência de medicamentos anti-hipertensivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 2007).

A Hipertensão Arterial é a principal causa de óbitos evitáveis nos países em desenvolvimento e no mundo (BRASIL, 2010) sendo considerado um fator de risco modificável para doenças cardiovasculares e um dos mais importantes problemas de saúde pública, por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. 2010). A hipertensão também representa um dos principais problemas de saúde pública nas populações negras em todo o mundo (LESSA, 2006), e no Brasil, por ser mais frequente em populações afrodescendentes, destaca-se no contexto das doenças mais importantes por razões étnicas (GUSMÃO, 2006).

Estudos de base populacional realizados nos últimos 10 anos demonstram que a prevalência de hipertensão arterial, na população brasileira com 18 anos ou mais, varia de 18,9% a 36,5%, dependendo do grupo estudado, da região ou da definição adotada. (MANO, 2005. SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002. JARDIM; 2007). A etnia, assim como idade, sexo, características socioeconômicas, consumo de sal, obesidade, consumo de álcool e a inatividade física, são fatores importantes de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial (PIRES; MUSSI, 2008).

O Brasil é a segunda maior nação negra do mundo, atrás somente da Nigéria. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a população de negros e pardos no Brasil corresponde a 50,7% dos habitantes. (NOBLAT; LOPES; LOPES, 2004). Dada à persistência de disparidades raciais, evidências sistemáticas indicam que os negros têm maior incidência de doenças e morrem mais precocemente, em todas as idades

(SMELTZER; BARE, 2006). Dentre as doenças que acometem essa população, a hipertensão arterial aparece em destaque, sendo cerca de duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca (HASSELMANN et al., 2001; BRASIL, 2006).

5.1 Fatores de risco não modificáveis

➤ Idade

Percebe-se, através da análise de conteúdos de literatura científica, que o aumento da pressão com o avançar da idade tem sido observado, embora (segundo III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, BRASIL, 2001). É sabido que alterações próprias do envelhecimento como enrijecimento de artérias contribuem com a elevação da pressão arterial em indivíduos com mais de 60 anos.

Prevení-lo constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando as dificuldades e o elevado custo social de seu tratamento e de suas complicações. De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão há uma relação direta e linear da pressão arterial com a idade da pessoa, sendo a prevalência de hipertensão arterial superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos de idade. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. 2010).

Este estudo concorda com a literatura revisada onde de 315 pacientes hipertensos estudados 203 foram da faixa etária de 60 anos e mais que correspondem um 64,44% da população em estudo.

➤ Sexo

Dos pacientes estudados 120 foi do sexo masculino o que corresponde ao 38,09%. Como houve uma predominância do sexo feminino, 195 pacientes que obedece ao 61,90% fez-se por relevante abordar a relação entre climatério e HAS onde Irigoyen *et al.* (2003) afirmam que estudos demonstraram que a pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres até a faixa etária de 60 anos. Sugere-se que os hormônios ovarianos são responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres (durante o climatério) e com a chegada da menopausa a prevalência da pressão alta entre homens e mulheres tende a se aproximar.

➤ Raça

“A etnia negra predispõe os indivíduos a apresentarem níveis pressóricos mais elevados que a branca, evidenciando que aqueles têm maior propensão ao desenvolvimento da hipertensão arterial” (COSTA et al , 2007; além de terem mais chances de desenvolver as formas mais graves da doença e as patologias associadas. Contudo deve-se levar em consideração a miscigenação da população brasileira que dificulta a classificação genérica da mesma.

Quanto à etnia, a hipertensão arterial é duas vezes mais prevalente em indivíduos negros, segundo investigação realizada por Ávila *et al.* (2010) e Ferreira *et al.* (2009).

Em nosso trabalho do grupo estudado 98 pacientes foram brancos para 31,11%, 79 da etnia negra que corresponde ao 25,07% e 138 pacientes pardos obedecendo ao 43,80%, pelo que o maior grupo de hipertensos correspondeu a etnia parda.

5.2 Fatores de risco modificáveis

➤ Tabagismo

Costa *et al.* (2009) refere que o tabagismo é a maior causa de mortalidade por problemas cardiovasculares do mundo, embora a cessação do hábito de fumar não diminua os níveis de pressão arterial, o abandono é a medida mais efetiva para a redução dos riscos de agravos cardiovasculares.

A nicotina presente no cigarro provoca o aumento do trabalho cardíaco, a disfunção do endotélio capilar, a liberação de catecolaminas e a hiper-reatividade vascular aumentando, conseqüentemente, a pressão arterial (MORENO JUNIOR, 2004). A prevalência do tabagismo é maior em homens e este fator somado à predisposição maior do sexo masculino de desenvolver hipertensão aumenta as chances dos homens tabagistas serem hipertensos (NUNES FILHO et AL, 2007).

➤ Alcoolismo

Alvarez (2008) alerta que o consumo elevado de álcool aumenta, significativamente, o risco de doença isquêmica cardíaca, hipertensão arterial e acidentes cerebrovasculares.

Wenzel, Souza e Souza (2009) descrevem que o consumo de álcool, contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial ao estimular o sistema simpático, ocasionando estresse oxidativo e efeito vaso constritor associado ao aumento de inflamações ligadas a hipertensão.

62% declararam-se não consumidores de bebidas alcoólicas, enquanto 35,15% consomem socialmente e 2,85% (9 pacientes) consideram-se alcoólicos.

➤ Obesidade

A obesidade é originada por fatores genéticos e ambientais e estes se apoiam na alta incidência de obesidade em países desenvolvidos. Esta não deve ser avaliada só em termos de peso absoluto; deve ser também valorizada pela forma em que a gordura é distribuída e sua porcentagem, reconhecidos são os fatores determinantes. Com frequência, a obesidade se relaciona com outros fatores de risco como a diabete, hipercolesterolemia e sedentarismo (ALVAREZ, 2008).

Estudos de Ávila et al (2010) relatam que o excesso de peso se associa com maior predomínio á hipertensão arterial desde idades jovens, e que na vida adulta, incluso entre indivíduos no sedentários, um incremento de $2,4\text{kg/m}^2$ no índice de massa corporal resulta em maior risco de desenvolver a hipertensão.

Estudos de Costa et al (2009) y Nascente (2010) se pode ver que a obesidade leva a um envelhecimento no exitoso. O risco de morrer apresenta uma relação com o índice de massa corporal, aí pessoas com excesso de peso tem maior probabilidade de desenvolver varias doenças como hipertensão, diabetes tipo 2, entre outras.

Peixoto et al (2006) sugerem que aproximadamente 70% dos casos novos de hipertensão arterial podem ser atribuídos á obesidade ou aumento de peso.

Os dados sobre aumento de sobrepeso e obesidade reforçam a necessidade de programar medidas objetivas para seu combate por meio de ações na Estratégia Saúde da Família, diminuindo a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares. Nascente (2010)

A forte relação entre a obesidade e a hipertensão arterial indica a urgência de medidas educativas capasses de atuar sob fatores de risco que podem determinar o predomínio da hipertensão arterial. (JARDIM, 2007)

➤ Sedentarismo

Os estudos epidemiológicos sugerem que o estilo de vida sedentário aumenta o risco de hipertensão enquanto o exercício físico ocupacional ou de tempo livre se associa com níveis mais baixos de pressão arterial.

Em quanto ao sedentarismo, Ávila et al (2010) referem que a atividade física reduz a incidência de HAS em indivíduos pré hipertensos além de reduzir a mortalidade e os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares.

As atividades físicas reduzem a mortalidade por problemas cardiovasculares, independentemente da pressão arterial e de outros fatores de risco, existindo fortes evidências de que a atividade física diminui a pressão sanguínea, prediciendo um envelhecimento saudável. Costa et al (2009):

➤ Dislipidemias

O Estudo Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) (ano 2006) mostrou o efeito aditivo do colesterol e a (PAS) em o risco de enfermidade coronária. Um paciente com pressão sistólica maior de 142 mmhg e um colesterol total maior de 245 mg/dl tem uma mortalidade, por enfermidade coronária, de 34 por 10.000 pacientes ano, que é 11 vezes mais que um sujeito que tem normalidade destes parâmetros. Além disso, este estudo demonstra que uma elevação moderada de ambos os fatores determina um risco de mortalidade muito maior que a elevação severa de um só fator.

A HAS e dislipidemia resultam como quase todas as entidades patológicas, de uma interação entre genética e ambiente. HAS e dislipidemia manifestam um efeito sinérgico no desenvolvimento da aterosclerose.

.Ressalta-se, ainda, que se tem comprovado o valor preditivo dos níveis de colesterol HDL como fator de risco em relação inversa à aparição da doença cardiovascular. O fato de que as mulheres na idade fértil tenham uma incidência menor de doenças cardiovasculares tem relação direta com níveis mais elevados de HDL, o qual se deve à ação dos estrogênios. As mulheres perdem esta vantagem em relação aos homens com a menopausa. A forma de aumentar o HDL e equilibrar a proporção entre LDL e HDL, ou seja, de diminuir o risco de doenças cardíacas, e substituir a ingestão de gorduras saturadas por monoinsaturadas e aumentar o exercício físico (ALVAREZ, 2008).

RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO

Analisando os dados apresentados na literatura revisada autora deste estudo percebe muitas similaridades em relação à idade onde de 315 pacientes hipertensos diagnosticados, 203 estão na faixa etária de 60 anos ou mais que correspondem um 64,44% da população em estudo.

Dos pacientes estudados 120 são do sexo masculino o que corresponde ao 38,09%. Como podemos verificar houve uma predominância do sexo feminino, 195 pacientes que corresponde a 61,90%.

Em relação ao tabagismo o maior número de fumantes era do sexo masculino correspondendo a 6,66% (21 pacientes) e 06 mulheres (1,90%) concordando com estudos anteriores. Resultaram 25 pacientes com obesidade correspondendo a 7,93% e 57(18,09%) pacientes com sobrepeso totalizando 82 (26,03%) pacientes que não tem um peso adequado.

O trabalho demonstra também que existe uma relação entre sedentarismo e hipertensão, pois 164 pacientes são sedentários que corresponde a 52,06%.

Os principais fatores de risco que atingiram ao grupo estudado foram em ordem de frequência às dislipidemias, o sedentarismo e a obesidade e ou sobrepeso.

Em quanto ao comportamento de variável idade, sexo e raça: a idade mais afetada foi o grupo de 60 anos e mais com um 64,44%,o sexo mais afetado foram as mulheres,correspondendo ao 61,90% e a raça mais afetada foi a parda em um 43,80%.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Segundo o expressado anteriormente, este plano foi elaborado com base no PES e seguiu quatro momentos, que por sua vez, são divididos em passos de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

O primeiro momento explicativo se constituiu dos seguintes passos:

➤ **Primeiro passo: definição dos problemas.**

Neste momento identificaram-se os principais problemas através da estimativa rápida, obtendo-se informações que permitiram conhecer as causas e consequências deles. Uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional de nossa área de abrangência com toda a equipe se identificou os principais problemas da comunidade.

Os principais problemas identificados no município de Nacip Raydan foram:

- Gravidez na adolescência
- Alcoolismo
- Drogas
- Prevalência e incidência de Hipertensão Arterial
- Alta prevalência de baixo peso na faixa etária escolar

➤ **Segundo passo: priorização do problema**

Após a identificação dos problemas, foi necessária a priorização deles, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010) tendo em conta critérios como a importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los. Daí os problemas foram selecionados quanto à prioridade, segundo os seguintes critérios:

- Atribuindo valor "alto, médio ou baixo" para a importância do problema.
- Distribuindo pontos de 0 a 10 conforme sua urgência.
- Definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.
- Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

- Posteriormente damos uma ordem de prioridades e por último escolheu-se um dos problemas prioritários para elaborar um plano de ação para intervenção, o problema selecionado foi à incidência de hipertensão arterial em nossa comunidade de acordo com Faria

A ordem de prioridade estabelecida pela equipe revela-se no quadro 2

Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico de saúde da família, município Nacip Raydan. 2014.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Aumento de fatores de risco para hipertensão arterial	Alta	8	Parcial	1
Alto índice de grávidas adolescentes	Alta	7	Parcial	2
Alta prevalência de baixo peso na faixa etária escolar	Alta	6	Parcial	3
Alcoolismo	Médio	5	Parcial	4
Drogas	Médio	4	Parcial	3

A equipe considerou que o problema aumento dos fatores de risco para hipertensão arterial é de prioridade 1. Nos últimos 5 anos a incidência de hipertensão arterial foi maior, sendo cadastrados, ao final do ano 2014, 402 pacientes hipertensos. Notam-se alguns pontos deficientes que podem ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

➤ **Terceiro passo: descrição do problema selecionado.**

Uma vez selecionado o problema priorizado, passamos a descrevê-lo, ou seja, caracterizá-lo para ter a idéia da sua dimensão e como ele se apresenta na realidade.

Nestes últimos anos observou-se um aumento nos índices da hipertensão arterial, terminando o ano 2014 com 402 pacientes registrados. Esse número corresponde a um 13% do total da população do Município. Isso chamou a atenção da equipe, pois a mesma é uma doença

crônica não transmissível que pode levar a múltiplas complicações cardiovasculares, cerebrais e renais podendo levar a um maior número de internações hospitalares, aposentadoria e mortalidade por esta causa.

➤ **Quarto passo: explicação do problema.**

Neste passo explicamos o problema com o objetivo de entender a sua gênese. O aumento do número de casos de HAS deve-se a dificuldade de modificação no estilo de vida em pacientes que ainda não tem a doença, porém desconhecem ou ignoram a necessidade de mudança tendo como base os fatores predisponentes.

São realizados numerosos trabalhos com diversos profissionais da saúde como fisioterapeuta, enfermeiro, nutricionista e médicos tendo em vista a conscientização do público-alvo em relação às mudanças no estilo de vida, principalmente no que se diz respeito à má alimentação e sedentarismo que é grande rival no tratamento e detecção de novos casos.

➤ **Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”.**

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010) a identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se enfrentar suas causas. É por isso que foi importante selecionar os "nós críticos", que são causas de um problema que, quando acometidas, são capazes de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

Os *nós críticos* identificados foram:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Nível de informação;
- Processo de trabalho.

O momento normativo se formou a partir dos passos:

➤ **Sexto passo: desenho das operações**

As operações são um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano e neste passo deve-se descrevê-las, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS 2010).

A equipe propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução (Quadro 3).

Quadro 3- Desenho das operações para os "nós críticos" do problema-

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	+ saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 20% o número de tabagistas, obesos e sedentários.	.Programa de caminhada orientada. .campanha educativa na rádio local. .Palestras sobre alimentação saudável.	<u>Organizacional</u> : para organizar as atividades físicas. <u>Cognitivo</u> : informação sobre o tema. <u>Político</u> : conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino. <u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Baixo nível de informação sobre a doença e seus fatores de risco.	Mais conhecimento em saúde/ Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de risco da hipertensão arterial.	População mais informada sobre os fatores de risco da hipertensão arterial.	-Campanha educativa na rádio local. -Programa de saúde escolar. -Capacitação dos ACS e cuidadores.	<u>Cognitivo</u> : conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. <u>Organizacional</u> : organização da agenda. <u>Político</u> : articulação intersetorial e mobilização social .
Organização do processo de	+ instrumentos	Cobertura de 90% da	.Protocolos cumpridos.	<u>Cognitivo</u> : elaboração de projeto do sistema de

trabalho da equipe de saúde	para o cuidado Estabelecer sistema de cuidado. Aferir a pressão arterial de todos os pacientes durante a consulta e em visita domiciliar.	população com FR de desencadear Hipertensão Arterial.	.Recursos Humanos capacitados. .Regulação implantada. .Gestão de linha de cuidado implantada.	cuidados e protocolos. <u>Político</u> : articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais <u>Organizacional</u> : adequação de fluxos.
-----------------------------	--	---	---	--

Junto com a equipe definimos ações serem trabalhadas:

- **Grupo Hipertensão:** realizar palestras educativas, ressaltando como a hipertensão pode ser controlada, como ela pode levar a problemas ainda mais graves, a importância e forma correta do uso das medicações, fatores de risco, dentre outras. Devem ser utilizados recursos audiovisuais e dinâmicos, visando despertar o interesse e facilitar a compreensão dos temas abordados de forma acessível. A proposta visa possibilitar a troca de experiência e esclarecer as dúvidas dos pacientes.

- **Oficina de culinária saudável:** realizar junto com a nutricionista grupo de culinária para ensinar os pacientes como preparar uma alimentação saudável e com baixo teor de sal, como exemplo temperos naturais que podem substituir o sal.

- **Grupo de caminhada e atividade física:** formação de grupos de exercícios e caminhada com alongamentos e exercícios na academia de saúde visando diminuir o sedentarismo, obesidade, estresse, ansiedade, alcoolismo, tabagismo e outros fatores de risco e complicações para Hipertensão Arterial baixo orientação e supervisão do Educador Físico da Academia de Saúde.

- **Confecção de caixa personalizada de medicamentos:** confeccionar caixas para colocar medicamentos de acordo com o turno que os mesmos devem ser tomados. As caixas deveram ter desenhos ilustrativos de forma a facilitar a compreensão do paciente. Durante as visitas dos agentes comunitários de saúde, os mesmos devem ensinar como usar os medicamentos e separando - lós na caixa por horário.

Espera-se que com as ações propostas os pacientes tenham uma adesão e uma responsabilidade maior sobre a importância das mudanças quanto ao estilo de vida, uso correto das medicações prescritas e controle da pressão arterial. A equipe multidisciplinar tem papel importante no tratamento de pacientes com Hipertensão Arterial, sendo fundamental desde a orientação, acompanhamento e acolhimento visando à proposta de melhoria de qualidade de vida, por meio da aceitação e convivência com a hipertensão.

➤ **Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.**

Identificamos os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis.

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos” do problema.

Operação/ Projeto	Recursos Necessários
+saúde	<p>.Organizacional: organizar caminhadas.</p> <p>.Cognitivas: informação sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógicas.</p> <p>.Político:conseguir espaço na rádio local.</p> <p>.Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, foldetes educativos, etc.</p>
+ informação	<p>Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógicas.</p> <p>Organizacional: organização da agenda.</p> <p>Político: articulação intersetorial.</p>

+ instrumentos para o cuidado	<p><u>Cognitivo</u>: elaboração de projeto de linha de cuidado.</p> <p><u>Político</u>: articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais.</p>
-------------------------------	---

No momento estratégico, buscou-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo desenhado, desenvolvendo os seguintes passos:

- **Oitavo passo: análise de viabilidade do plano.**

Neste momento foi preciso identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para motivar o ator que controla os recursos críticos como sintetizado no quadro 5.

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida	<p><u>Político</u>: conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino</p> <p><u>Financeiro</u>: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>	<p>-Setor de comunicação social.</p> <p>-Secretário de Saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	Educação em saúde
Mais conhecimento em	<u>Organizacional</u> : organização da	-Secretaria de Saúde	Favorável	Educação em saúde

<p>saúde/ Aumentar o nível de informação da população sobre os FR da Hipertensão Arterial.</p>	<p>agenda <u>.Político:</u> articulação intersetorial. <u>.Cognitivo:</u> informação sobre o tema e estratégias de comunicação.</p>	<p>-Equipe de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	
<p>+ Instrumentos para o cuidado Implantar protocolo de ações para risco de Hipertensão Arterial .</p>	<p><u>.Político:</u> articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais <u>.Cognitivo:</u> elaboração de projeto de linha de cuidado.</p>	<p>Secretário de Saúde .Equipe de Saúde</p>	<p>Favorável Favorável</p>	<p>Mobilização dos profissionais para garantir esta tarefa. Elaborar o protocolo de ações .</p>

Nono passo: elaboração do plano operativo.

Aqui foram designados os responsáveis por cada operação e definidos os prazos para a execução das operações, conforme apresentado no QUADRO 8.

Quadro 6- Plano operativo

Operações/ Projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 20% o número de tabagistas, obesos e sedentários.	- Educação em saúde (palestras) - campanha educativa na rádio local e distribuição de folhetos educativos.	Educação em saúde	. <i>Setor de comunicação social.</i> . <i>Secretário de Saúde.</i>	Três meses para o início das atividades
+ Informação Aumentar o nível de informação da população	População informada sobre riscos de adoecimento e formas de prevenção.	Avaliação do nível de informação da população sobre FR da Hipertensão Arterial. - Campanha educativa na rádio local; - Programa de Saúde	Educação em saúde	- <i>Equipe de saúde</i> - <i>Setor de comunicação social.</i> - <i>Secretaria de saúde.</i>	Início em seis meses e termino em doce meses. Avaliação aos doze meses.

		- Capacitação dos ACS.			
+ instrumentos para o cuidado Implantar protocolo de ações para risco de Hipertensão Arterial	Mapeamento e cobertura de 100% da população com fatores de risco de desencadear Hipertensão Arterial	- Protocolos Implantados - recursos humanos capacitados - regulação Elaboração do protocolo, ações intersectoriais implantada - gestão da linha de cuidado implantada	Elaboração do protocolo, ações intersectoriais	Enfermeiros e coordenação da saúde	Mapeamento – 3 meses Protocolo- Início em três meses e finalização em 12 meses.

Por fim, no momento tático-operacional, momento de execução do plano, deve-se trabalhar sobre a base de:

- **Décimo passo: gestão do plano**

Em que vamos desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, devendo garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

Quadro 7 - Planilha para acompanhamento de projetos

Operação: + Saúde
Coordenação: enfermeira – Avaliação após seis meses do início do projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada orientada. .campanha educativa na rádio local. .Palestras sobre alimentação saudável.	Profissional de educação física Enfermeiro/nutricionista	2 meses	Realização mensal em todas as microáreas	Processo em negociação com o dono da radio	6 meses

Operação: + Informação
Coordenação: Enfermeira e Médicos – Avaliação após seis meses do início do projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
-Campanha educativa na rádio local. -Programa de saúde escolar. -Capacitação dos ACS e cuidadores.	Enfermeiro e médicos. Professoras Coordenador de saúde, Enfermeiro	2 meses 6 meses	Realização mensal de palestras em as 2 escolas sobre alimentação saudável.	Implantação parcial na rede estadual, Incompatibilidade de horário e greves.	

Operação: + Instrumentos para o cuidado
Coordenação: Enfermeira e coordenador de saúde – Avaliação após seis meses do início do projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Mapeamento	Secretario de Saúde	3 meses	Projeto finalizado		
Implantação de Protocolos	Enfermeiros e coordenador em saúde	12 meses	Projeção da demanda		

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conhecimentos dos hipertensos sobre a doença e os seus fatores de risco são de grande valor para que os profissionais de saúde demarquem o tratamento adequado, seja este medicamentoso ou não; para diminuição de danos, por meio da adoção de medidas que apontem minimizar o impacto da hipertensão na vida de seus portadores, com a melhoria da condição de vida a fim de preservar os órgãos alvo.

A equipe de saúde deve prover uma melhor educação e informação sobre a doença e os fatores de risco a fim de evitar o desenvolvimento da hipertensão e lograr modificar os hábitos e estilos de vida da população.

Com este estudo podemos afirmar que trabalhando sobre os fatores de risco modificáveis da hipertensão arterial prevenimos a doença e os que estão diagnosticados controlamos seus níveis pressóricos e evitamos complicações que além de grandes riscos à saúde, ocasionam desgaste familiar e altos custos para a sociedade e estado.

Corresponde então a ESF melhorar a assistência que é prestada aos usuários de nossa área de abrangência portadores de HAS para que assim, estes possam usufruir de boa saúde e qualidade de vida.

8. REFERÊNCIAS

1. Ávila, Adriana, et al., VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária, **Revista Brasileira de Hipertensão** Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.
2. ALVES, L.C, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2007; 23:1924-30.
3. Alvarez S., R. Medicina Geral Integral. Principais afecções nos contextos familiar e social. Havana: **Editorial Ciências Médicas**, v. 2, n. 70, p. 83 - 86. 2008.
4. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística. IBGE. Cidades. 2010.
- 5.. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: MS; 2006.
- 6.CAMPOS, F. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.
7. COSTA, J.S. D da. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores de risco associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio grande do sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** 2007; 88(1): 56-65.
8. Costa, Maria F. F. de L, et al. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. **Revista de Saúde Pública** vol.43 supl.2 São Paulo, nº 2009.
9. Ferreira, Sandra R. G, et al. Frequência de Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Associados: Brasil 2006. **Revista de Saúde Pública** vol.43 supl 2, São Paulo, Nov.2009
- 10.GUSMÃO, J.L; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento conceitos. **Rev. Bras. Hipertens.** 2006; 06; 13(1): p 23-25.
- 11.Hasselmann, M.H, et al . Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: estudo pró-saúde. **Cad Saude Publica** 2008; 24(5):1187-1191.

12. Hasselmann, M.H, et al . Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: estudo pró-saúde. **Cad Saude Publica** 2008; 24(5):1187-1191.
13. JARDIM, P.C.B. V et al. Hipertensão Arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.** 2007; 88(4): 452-457.
14. LESSA I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.** 2006; 13(1): p39-46.
15. MANO G.M.P PIERIN A.M.G Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paul. enferm** 2005; 18(3): 267-275.
16. Moreno Júnior H, Toledo JCY, Fonseca FAH. Hipertensão refratária e tabagismo. **Rev. Bras. Hipertens.** 2004; 11(4): 256-261
17. Multiple Risk Factor Intervention Trial. (MRFIT)_Stamler J, Daviglius ML, Garside DB, et al. *Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease.* ; 2006:49-60
18. Nascente, Flávia Miquetichuc Nogueira. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Epub 27-Ago. 2010.
19. NOBLAT ACB, LOPES MB, LOPES AA. Raça e lesão de órgãos-alvo da hipertensão arterial em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de referência na cidade de Salvador. **Arq. Bras. Cardiol.** 2004; 82(2): 111-115.
20. Nunes Filho JR, Debastiani D, Nunes AD, Peres KG. Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq. Bras. Cardiol.** 2007; 89(5): 319-324.
21. Peixoto, et al. Circunferência da cintura e índice de massa corporal como preditores da hipertensão arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. vol.87 n.4 São Paulo oct. 2006.
22. PIRES CG DA S, MUSSI FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Cien Saude Colet** 2008; 13(2): 2257-2267.

23. SIAB. Municipal 2014

24. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010;95(1 Suppl 1):1-51.

25. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras Cardiol** 2007; 89(3): e24-e 79.2.

26. SIMONETTI JP, BATISTA L, CARVALHO LR de. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev. Lat. Am. Enfermagem** 2002; 10(3): 415-422.2004; 20:512-21.

27. Smeltzer SC, Bare BG. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão In: Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 904-916.

28. WENZEL, D; SOUZA, J.M.P; SOUZA, S.B. Prevalência de hipertensão arterial em militares jovens e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.5, p. 789-95, 2009.