

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DENNIS PABLO CORREA AZAHARES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ALCANÇAR BENEFÍCIO
CARDIOVASCULAR, REDUZIR A MORBIMORTALIDADE E
CONTROLAR OS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE DE JARDIM DAS
OLIVEIRAS NO MUNICÍPIO ESMERALDAS**

DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS

2016

DENNIS PABLO CORREA AZAHARES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ALCANÇAR BENEFÍCIO
CARDIOVASCULAR, REDUZIR A MORBIMORTALIDADE E
CONTROLAR OS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE DE JARDIM DAS
OLIVEIRAS NO MUNICÍPIO DE ESMERALDAS**

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

Orientador: Prof.^a Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS

2016

DENNIS PABLO CORREA AZAHARES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ALCANÇAR BENEFÍCIO
CARDIOVASCULAR, REDUZIR A MORBIMORTALIDADE E
CONTROLAR OS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE DE JARDIM DAS
OLIVEIRAS NO MUNICÍPIO DE ESMERALDAS**

BANCA EXAMINADORA.

**Profª Drª Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - Universidade Federal do
Triângulo Mineiro – Orientadora Profª Drª Regina Maura Rezende -
Universidade Federal do Triângulo Mineiro**

Aprovado em Belo Horizonte em 11/julho/2016

DEDICATÓRIA.

A minha querida família, a meu filho por terem suportado minha ausência, a minha mãe por acreditar em mim, ao meu país por me dar a oportunidade de ajudar aos povos necessitados.

AGRADECIMENTO.

A minha tutora e professora Isabel Aparecida Paracatti de Walsh, ao professor Alisson Araújo pela dedicação e paciência em nosso ensino. A Coordenação de Atenção Básica pelas Informações fornecidas, a minha equipe de saúde por a incondicionalidade e ajuda nestes dois longos anos de trabalho.

Há homens que lutam um dia e são bons, há outros que lutam um ano e são melhores, há os que lutam muitos anos e são muito bons, mas há os que lutam toda a vida, estes são os imprescindíveis.

Bertolt Brecht.

RESUMO.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA). Portanto, se associa que as alterações funcionais ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos fatais. Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo de avaliação e seguimento a 362 pacientes hipertensos selecionados de uma população de 2152 habitantes cadastrados na área de abrangência, para diminuir os fatores de risco (FR), melhorando o controle da (HAS) e estilo de vida dos hipertensos maiores de 18 anos de idade usuários da unidade estratégia de saúde da família no bairro Jardim das Oliveiras situado no Município de Esmeraldas, estado Minas Gerais. Critérios de inclusão: Morar na área de saúde Jardim das Oliveiras, pertencer ao grupo diagnosticado com hipertensão arterial sistêmica (HAS), maiores de 18 anos de idade e aceitar participar na investigação epidemiológica. Os critérios de exclusão: pacientes procedentes de outras áreas que foram atendidos temporariamente na (UBS). Este trabalho visa educar e incentivar métodos e estilos de vida, mais saudável, assim como incrementar o nível de conhecimento da população sobre os principais fatores de risco da doença e como evita-los. Os parâmetros avaliados foram: condições socioculturais e demográficas, adesão e cumprimento do tratamento farmacológico e estilos de vida. O estudo foi no período compreendido entre março 2015 e abril 2016. Para o cumprimento dos objetivos foi necessário à capacitação da equipe de saúde para o desempenho adequado, assim como recursos materiais próprios e necessários para o desenvolvimento do trabalho. Os benefícios deste projeto estão encaminhados a uma população mais saudável, para garantir vida longa e de qualidade com menor custo socioeconômico e maior disponibilidade de recursos humanos aptos para o trabalho criativo que beneficie o desenvolvimento sustentável do país.

Palavras chaves: Hipertensão, fatores de risco, estilo de vida.

ABSTRACT

Hypertension (SAH) is considered a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure (BP). For so associates that the functional changes of structural e/ou targets (heart, brain, kidneys and blood vessels) and the metabolic changes, with consequent increased risk of fatal events. It is a prospective longitudinal study of evaluation and follow-up the 362 hypertensive patients selected from a population of 2152 inhabitants in the area, to improve the control and quality of life of hypertensive patients over 18 years of age, family strategic salud (FES), municipality of Esmeraldas, Minas Gerais State. Inclusion criteria: patients with confirmed diagnosis of (HAS) that had systematic follow-up by the PSF health team, and patients over 18 years diagnosed with (HTS). Exclusion criteria were those who had any mental illness preventing his collaboration, as well as patients from other areas that were assisted temporarily in the FHP. This work is forwarded to educate and encourage methods y styles of lives but healthy, as well as increase the level of knowledge of the population about the major risk factors of the disease and how to avoid them. The parameters evaluated were socio-cultural and demographic conditions, adherence and compliance with the pharmacological treatment and lifestyles. The study was in the period between March 2015 and April 2016. For the fulfillment of the goals it was necessary to the training of health staff for proper performance, and material resources for the development of this work. The veneficios this project are forwarded to a healthier population , to ensure long life and quality with lower socioeconomic cost and greater availability of qualified human resources for creative work that veneficie sustainable development of the coun try .

Key words: Hypertension, Rick factors, Lifestyle.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.

Tabela 1: Indicadores do município de Esmeraldas do estado de Minas Gerais (2014).

Tabela 2: Famílias cobertas por abastecimentos de água, segundo a modalidade. Esmeraldas, 2014.

Tabela 3: Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade, Esmeraldas, 2014.

Tabela 4: Redes físicas de saúde pública e privada, prestadora de serviço ao SUS Esmeraldas 2013.

Tabela 6: Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído a classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas

Tabela 7: Categoria de risco.

Tabela 8: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual em maiores de 18 anos.

Tabela 9: Classe de anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico. Classificação segundo sua função.

Tabela: 10: (HAS) e fatores de risco segundo população cadastrada (UBS) Jardim Das Oliveiras em Esmeraldas, Minas Gerais - 2015.

Tabela 11: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade na(UBS) Jardim Das Oliveiras Minas Gerais 2015.

Tabela: 12-Descrição do problema. Prevalência de hipertensão arterial aumentada, com deficiente controle).

Tabela 13: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema, na população da Equipe de Saúde da Família Jardim das Oliveiras – Esmeraldas, MG 2015.

Tabela 14: Elaboração do plano operativo para o "nó crítico 1" na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim das Oliveiras - Esmeraldas. MG.

Tabela 15: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, na população da Equipe de Saúde da Família Jardim das Oliveiras – Esmeraldas, MG 2015.

Tabela 16: Elaboração do plano operativo para o "nó crítico 2" na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim Das Oliveiras Esmeraldas MG 2015.

Tabela 17: Operações sobre o "nó crítico 3" relacionado ao problema, na população da Equipe de Saúde da Família Jardim das Oliveiras – Esmeraldas, MG 2015.

Tabela 18: Elaboração do plano operativo para o "nó crítico 3" na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim Das Oliveiras Esmeraldas, MG.

Tabela 19: Operações sobre o "nó crítico 4" relacionado ao problema, na população da Equipe de Saúde da Família Jardim das Oliveiras – Esmeraldas, MG 2015.

Tabela 20: Elaboração do plano operativo sobre o "nó crítico 4" na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim Das Oliveiras Esmeraldas, MG.

Tabela 21- Planilha para acompanhamento de projeto

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.

ASS- Análise situação de saúde.

CAPS - Centro de atenção psicossocial.

DCV - Doenças Cardiovasculares.

DM - Diabetes mellitus.

ESF - Estratégia de Saúde da Família.

FR - Fatores de risco.

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica.

MG - Minas Gerais.

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

PA - Pressão arterial.

PES - Planejamento Estratégico Situacional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 O município de Esmeraldas	19
1.2 Históricos da criação do município	19
1.3 Principais atividades econômicas	20
1.4 Serviços existentes	20
1.5 Principais representantes do município	21
1.6 Sistema municipal de saúde	21
1.7 UBS Jardim das Oliveiras	23
2 JUSTIFICATIVA	26
3 OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo geral	28
3.2 Objetivos específicos	28
4 METODOLOGIA	29
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	30
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	35
6.1 Nos críticos do problema	37
6.2 Gestão do plano	47
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
8 REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO.

1.1 O município de Esmeraldas

Esmeraldas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais (MG) localizado na região Metropolitana de Belo Horizonte e seus habitantes se chamam esmeraldenses. Seus vizinhos são os municípios de Florestal, São José da Varginha, Ribeirão das Neves, Betim, Contagem, estando situado a 24 km Noroeste de Ribeirão das Neves, situada a 754 metros de altitude. As coordenadas geográficas do município são: Latitude 19 graus 45, longitude 44 graus 18' 47" Oeste. Em relação a outras capitais, está a 485 km de São Paulo, a 58 km de Belo Horizonte e 368 km de Rio de Janeiro (DATASUS, 2014).

1.2 Histórico da criação do município.

Diz à tradição que em fins do século XVII, quando três rapazes, procedentes de São Paulo, os irmãos Coelho transitavam por certo trecho da estrada que ligava Pitangui a Sabará, foram irresistivelmente atraídos pela beleza panorâmica daquela região e pela amenidade de seu clima, resolvendo ali permanecer, para se dedicarem à agricultura. Dentre os primeiros habitantes do lugar, destacava-se a figura do alferes Miguel da Silva Fernandes, a quem se atribuem os mais relevantes serviços prestados à nascente população. As primeiras edificações surgiram na fazenda de dona Izabel. Por decreto imperial de 14 de julho de 1832, foi criada a Igreja de santa Quitéria. Em 1855, foi eleito o 1.º Conselho Distrital de Santa Quitéria (Esmeraldas). Em 2 de janeiro de 1902, foi instalado o município, compondo os seguintes distritos: Santa Quitéria, Capela Nova de Betim, Contagem e Vargem de Pântano.

A Tabela 1 apresenta os indicadores demográficos do município.

Tabela 1: Indicadores do município de Esmeraldas do estado de Minas Gerais (2014).

Área total do município	909.592km ²
Densidade demográfica	68.45habitantes/km ²

PIB	\$276738.667 mil reais
PIB per capita	\$4746.23 reais
Número domicílios aproximados.	33.000

Fonte: Portal DATA SUS TAB Net (2015)

1.3 Principais atividades econômicas.

As principais atividades econômicas de Esmeraldas são agricultura e criação de gado já que é uma zona com muitas fazendas localizadas nas periferias do município. Outras formas de vida são o comércio, serviços de extração de areia para construções e pequenas indústrias inclusive de desenvolvimento de materiais da construção. Os empregos estão voltados Agricultura, Comércio e Criação de gado (DATASUS, 2014)

1.4 Serviços existentes.

Luz elétrica, água, Telefonia, Correios e agência do Banco do Brasil.

A Tabela 2 apresenta o número e porcentagem de famílias cobertas por abastecimentos de água, segundo a modalidade.

Tabela 2: Famílias cobertas por abastecimentos de água, segundo a modalidade. Esmeraldas, 2014.

Modalidade	Numero	%
Rede geral água ligada	1813	55.5
Água ligada cortada	9683	29.3
Poço ou nascente	5000 mais o menos	15.1
Sem abastecimento	490	1.4
Total de famílias	33.000	100

Fonte: COPASA municipal (2014).

A Tabela 3 apresenta o número e porcentagem de famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade.

Tabela 3: Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade, Esmeraldas, 2014

Modalidade	Número	%
Rede geral de esgotos (RGE)	3030	9.2
RGE não disponível	17.752	3.2
Não solicitação de ligação com possibilidades	1083	3.2
Fossa rudimentar	Não controle	0
Fossa séptica	Não controle	0
Total	33.000	100

Fonte: COPASA municipal (2014)

1.5 Principais representantes do município.

Prefeito: Glacialdo Souza (PT)

Secretário municipal de Saúde: Marcilio Alves Dos Santos

Coordenador de atenção básica: Kaity Aparecida de Souza Guimarães Coordenador da atenção à saúde bucal: Lisânia Maria Pires de Souza

1.6 Sistema municipal de saúde.

- Composição do Conselho municipal de saúde.

Polo central e região adjacente.

- Efetivo: José Gonçalves de Andrade

-Efetivo: Cláudia de Jesus Candeia

Polo Melo Viana e Região adjacente.

- Maria Aparecida Marque

- Nelsi José de Pereira

Polo Santa Cecilia e Região adjacente.

- Amaro Marcio da Silva

- José Divino de Oliveira

Polo Novo Retiro e Região adjacente.

-Alaor Paulo da Silva

- Iracema Pereira Silva

A estratégia de saúde da família foi implantada desde 2006.

- Cobertura: 33 %
- No de equipes SF: 6
- No de equipes SB: 22
- No de equipes NASF: 1
- No de equipes CEO: 1

O sistema de referência e contra referência fica desde os Postos de Saúde, Hospital municipal e hospital de Especialidades médicas em Belo Horizonte, Betim, Contagem.

Outros recursos da comunidade:

- Hospital: 1
- Igreja: 1
- Escolas: 39
- Clínicas: 1
- Laboratórios: 3
- Creches: 0

A Tabela 4 apresenta as Redes físicas de saúde pública e privada, prestadora de serviço ao SUS.

Tabela: 4- Redes físicas de saúde pública e privada, prestadora de serviço ao SUS Esmeraldas, 2013.

Tipo de estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
Centro de saúde	7	4		3
Unidade básica de saúde (UBS)				
Clínica centro de Especialidade	1	0	0	1
Consultório isolado	1		0	0
Farmácia	1	1	0	0
Hospital	1	1	0	1
Posto de saúde	11	11	0	0

CAPS	2	0	0	2
Unidade de apoio diagnóstico e terapêutico	2	0	0	2
Secretaria de saúde	1	1	0	0
Total	27	18	0	9

Fonte: Portal DATASUS, (2014)

A Tabela 5 apresenta os Recursos humanos por categoria

Tabela: 5 - Recursos humanos por categoria. Esmeraldas, 2014.

Especialidade	Número	%
Médicos	81	36.6
Enfermeiras	33	14.9
Técnica de laboratório	7	3.1
Técnica de medicamentos	10	4.5
Administrativos	8	3.6
T. manutenção	5	2.2
T. De enfermagem	15	6.7
Outros	62	28.0
Total	221	100

Fonte: Portal DATASUS, (2014)

1.7 Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim das Oliveiras.

Jardim Das Oliveiras, bairro de aproximadamente 120 km quadrados a uma distância aproximada de 4 km do território de Melo Viana e 55 km da cidade de Esmeraldas. O território nasce de grandes fazendas loteadas e vendidas pelos antigos donos no ano 1985. Com uma população aproximada de 2700 habitantes e predominantemente mestiça. Principal fonte de emprego: agricultura, comércio e criação de gado. Limita pelo norte com Sete Lagoas, pelo sul com Contagem, ao leste com Tijuco e o bairro Paraguai e ao oeste com Ribeirão das Neves. Formada na atualidade por cinco zonas cujos nomes são: Jardim Das Oliveiras, Jardim Barone, Goiabeiras, Redentor e Bairro Corcovado.

-Agentes comunitárias

- Gisele Ramos
- Diana Saleme
- Daniela Camargo
- Isabel Cristina
- Valdinéia Aparecida Souza
- Elizabeth Sabino
- Gislaine Pereira

-Principais representantes políticos do bairro:3 vereadores
Não existem outras associações administrativas

-Sistema de saúde (Composição do Conselho de saúde)

- Vania Pereira (enfermeira)
- Cláudia Márcia Amorim (Técnica de enfermagem)

-Representante dos trabalhadores de saúde

- Diana Nery Saleme

-Taxa de emprego

- Agricultura, comércio e criação de gado.

-Recursos da comunidade

-Hospital: 0

-Igreja: 5

-Escolas: 1

-Clínicas: 0

-Laboratórios: 0

-Creches: 0

-Serviços existentes

-Luz elétrica, água e telefonia.

-Território e área de abrangências da (UBS) Jardim Das Oliveiras.

- Número de familias: 593
- Número de Habitantes: 2700
- Número de Habitantes cadastrados: 2152.

2 JUSTIFICATIVA.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial, com elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações (CORRÊA *et al.*, 2006).

A (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (WILLIAMS, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, 30% da população brasileira pode ser considerada hipertensa. Desse total, 5% são crianças e adolescentes. Anualmente, quase trezentas mil pessoas morrem no Brasil por doenças cardiovasculares sendo que mais da metade destas mortes são decorrentes da hipertensão. O Ministério da Saúde estima que cerca de 15 milhões de hipertensos desconheça sua condição. Em relação ao tratamento, a estimativa é de que apenas 7 milhões estejam sendo tratados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, Apud ZENI, 2008).

A expectativa é que, até 2025, o número de hipertensos em países em desenvolvimento, como o Brasil, cresça 80%, segundo estudo realizado por especialistas da Escola de Economia de Londres, do Instituto Karolinska (Suécia) e da Universidade do Estado de Nova Iorque (SAÚDE & LAZER, 2008).

A causa exata na maioria dos casos de hipertensão não é identificada, porém sabe-se que é uma condição multifatorial. Vários são os fatores de risco que associados entre si e a outras condições favorecem o aparecimento desta patologia, sendo eles: idade, sexo, hereditariedade, raça, obesidade, estresse, anticoncepcionais orais, dieta rica em sódio e gorduras e diabetes mellitus (TRINDADE *et al.*, 2007).

A hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida dos pacientes, sejam elas na esfera psicológica (sensação de impotência, de medo), familiar (deixar de viajar com a família), social (isolamento, perda das atividades de

lazer) ou econômica (deixar de trabalhar, aposentadoria) pela possibilidade de agravos em longo prazo (MANTOVANI *et al.*, 2008).

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na comunidade da UBS Jardim Das Oliveiras, onde a HAS é a de maior incidência em morbimortalidade da área, pelo que fizemos uma análise com toda a equipe de saúde onde expusemos todos os problemas de saúde e demos prioridade para realizar um projeto de intervenção e dar solução a eles, contando com recursos da própria unidade (ASS da comunidade Jardim Das Oliveiras, Esmeraldas Minaz Gerais, 2015).

3-OBJETIVOS.

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção visando um maior conhecimento da população sobre os principais fatores de riscos para reduzir a incidência da (HAS) na estratégia de saúde da família do Jardim das Oliveiras.

3.2 Específicos

- Identificar os principais fatores de risco da HAS em pacientes da área de abrangência.
- Agir sobre os principais fatores de risco, com medidas educativas, ações preventivas e promoção de saúde.

4 METODOLOGIA.

Para o desenvolvimento do plano de Intervenção utilizamos o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Também utilizamos bibliografias da página oficial do Ministério da Saúde, em jornais indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo (SIAB) e outros pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção de dados.

Primeiramente, foi executado um diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde, baseado no método de estimativa rápida. Os princípios que apoiam a estimativa rápida são: coletar somente os dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais e envolver a população na realização da estimativa rápida. Os dados levantados por meio deste método serão coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e na observação ativa da área.

Sendo este um método que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, em curto período de tempo sem gastos, constituindo uma importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais, a comunidade em geral.

O problema de alta incidência de Hipertensão Arterial foi selecionado como primeira prioridade pela equipe de saúde, após se identificarem os nós críticos do problema, identificam-se os recursos críticos e analisa-se a viabilidade do plano e finalmente a elaboração do plano operativo.

5 REVISÃO BIBLIORAFICA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (WILLIAMS, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e é responsável por altas taxas de morbidade (OLIVEIRA, 2013).

A pressão normal em repouso situa-se entre os 100 e 140 mmHg para a sistólica e entre 60 e 90 para a diastólica. Para que os valores sejam confiáveis, a medida deve fazer-se após um período de repouso de 5 a 10 minutos em um ambiente calmo (HELENA, 2010).

Tabela: 6 - Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído a classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas.

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

risco, LOA ou SM – DM	risco adicional	risco adicional	risco adicional	adicional	adicional	adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

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

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

Tabela: 7-Categoria de risco.

Categoria	Considerar
-Sem risco adicional	-Tratamento não medicamentoso isolado.
-Risco adicional baixo	-Tratamento não medicamentoso isolado por até seis meses. Se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso.
-Risco adicional médio, alto e muito alto.	-Tratamento não medicamentoso + medicamentoso

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

Vários motivos são causas para a mudança de hábitos de vida, por exemplo, os comportamentos construídos ao longo do tempo, não conhecer as consequências que poderiam trazer não cuidar a saúde além das complicações que acontecem da hipertensão arterial sistêmica (ARGUEDAS, 2009; MONTEIRO, 2010; RIBEIRO, 2012).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Muitas pessoas possuem pressão alta durante anos, sem ter conhecimento disso, na maioria das vezes, a doença não apresenta sintomas, porém quando permanece sem tratamento, causa danos nas artérias e nos órgãos vitais (MOURA, 2011).

A única forma de identificá-la é medindo a pressão, por meio de um procedimento simples, rápido e indolor. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica) (MOURA, 2011).

A HAS apresenta prevalência entre 15% e 20% na população adulta e mais de 50% na população idosa. Por acometer uma parcela significativa de indivíduos em plena fase produtiva, ganha especial relevância o fato de que na população hipertensa, apenas 50% têm o diagnóstico e destes, metade recebe tratamento e apenas 25% têm sua pressão adequadamente controlada. Além disso, os dados da literatura indicam que 25% dos pacientes com HAS não aderem ao tratamento (GIROTTI *et al.*, 2013).

A hipertensão relaciona-se com várias doenças que podem provocar graves problemas de saúde e, inclusivamente, a morte. Felizmente, os valores da pressão arterial podem ser eficazmente controlados, reduzindo em grande medida a probabilidade dessas doenças terem complicações graves (OLIVEIRAS, 2011).

Estudos epidemiológicos sobre Hipertensão Arterial foram realizados especialmente nas regiões Sul e Sudeste brasileiras, com estimativas acima de 25%. Em Campo Grande – MS, a prevalência de Hipertensão Arterial foi de 41,1%. Os fatores associados à hipertensão detectados de forma mais consistente nos estudos brasileiros são sobrepeso e/ou obesidade e raça negra. Vários estudos mostram que existem alguns fatores de risco que favorecem a aparição da HAS sendo: tabaco, álcool, anticoncepcionais, idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, alimentação rica em sal e gorduras (BEATÓN, GARCÍA e COUSOSEOANE, 2013; BRASIL, 2005; SELLÉN, 2009).

No Brasil, a prevalência de HAS é de 23.4% e a população afetada por fatores de risco como: sobrepeso 40.3%, obesidade 18.5%, etilismo 53.8% e tabagismo 17.5%. A doença renal terminal, outra condição frequentemente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007 (DATASUS, 2009).

Os especialistas na área consideram que as alterações do estilo de vida a nível mundial contribuem para aumentar a pressão arterial, como por exemplo, o consumo de alimentos ricos em sal, gordura, açúcar e calorias; a diminuição da atividade física e o aumento do consumo de tabaco e álcool (RIAZ et al., 2012).

O controle da (HAS) inicia-se com a detecção desses fatores. Há uma classe de hipertensivos disponíveis para uso clínico como os apresentados na Tabela 8

Tabela 8: Classe de anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico. Classificação segundo sua função.

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

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

Além disso, acredita-se que a educação em saúde das pessoas portadoras de HAS é um bom caminho. Segundo o informe mundial da hipertensão arterial, na maioria dos países, a ingestão média de sal por pessoa é de 9 g a 12 g por dia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

A Organização Mundial de Saúde, (2012) recomenda aos adultos a consumir menos de 2000mg de sódio, ou seja, 5g de sal ao dia. O conteúdo de sódio é

elevado nos alimentos processados como o pão, as carnes processadas como o toucinho (aproximadamente 1500 mg/100 g), os temperos como, o sal, a soja e cubos de caldo de carne (aproximadamente 20 000 mg/100 g).

Segundo Roese et al., (2011) os municípios que possuem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) realizam o cadastro e o acompanhamento da população registrada com HAS. Apesar disso, o número de usuários acompanhados, em geral, é menor do que o de usuários cadastrados, algumas vezes devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou a busca pelos mesmos apenas em momentos agudos da doença.

A implantação de programas multidisciplinares no âmbito de ESF envolvendo o acompanhamento do estado de saúde individual e coletivo, além do estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, se mostrou medida eficaz para a redução dos riscos à saúde na população em questão (AMER, MARCON e SANTANA, 2010)

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas realizadas em consultório. O diagnóstico deve sempre ser validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões (Tabela 9) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Tabela 9: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual em maiores de 18 anos.

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

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

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010)

6- PLANO DE INTERVENÇÃO.

A Tabela 10 apresenta os fatores de risco segundo população cadastrada (UBS) Jardim Das Oliveiras em Esmeraldas.

Tabela 10: HAS e fatores de risco segundo população cadastrada (UBS) Jardim Das Oliveiras em Esmeraldas 2015

Parâmetros	#	%	FR	#	%
Número de habitantes	2700 (aprox.)	100	Obesidade e sobrepeso (Segundo # habitantes)	175	6.48
População cadastrada	2152	79,7	Tabagistas (segundo # de habitantes)	252	9.33
Hipertensão arterial sistêmica	362	13.4	Alcoólatras (segundo # de habitantes)	263	9.74
			Diabéticos (segundo # de habitantes)	71	2,8

Fonte: ASS da comunidade Jardim Das Oliveiras, Esmeraldas Minas Gerais 2015.

Segundo o diagnóstico situacional realizado, os principais problemas de saúde do território estão constituídos por doenças crônicas não transmissíveis, como apresentados na Tabela 11.

Tabela 11: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade na(UBS) Jardim Das Oliveiras Minas Gerais 2015

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	Alta	7	Parcial	1
Diabetes Melitus	Alta	5	Parcial	2
Doenças aparelho respiratório	Alta	5	Parcial	2
Parasitismo intestinal	Alta	5	Parcial	3
Doenças mentais	Alta	4	Parcial	4

Fonte: ASS da comunidade Jardim Das Oliveiras, Esmeraldas Minas Gerais (2015).

Descrição do problema.

Tendo em consideração a Tabela 10, 13,4% de a população cadastrada corresponde a pacientes com HAS, coincidindo com os fatores de risco:

-Obesidade e/ou sobrepeso 6.48%

-Tabagistas 9.33%

-Diabéticos 2,8%

Alcoólatras 9.74%

Deste grupo, 48 pacientes ficaram internados no hospital de Esmeraldas durante o período que se analisa, os que representam o 2,2% do total da população cadastrada (2152), deles faleceram 6 o que corresponde ao 12,5% dos pacientes internados e o 4% restante ficam incapacitados por doenças cérebro vascular (AVC), pelo que uma vez concluído nesta análise e tendo o conhecimento de nossa realidade na área de saúde, sobre a elevada prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a HAS ficou estabelecida como o problema prioritário de nosso trabalho.

Fonte: ASS da comunidade Jardim Das Oliveiras, Esmeraldas Minas Gerais (2015).

Tabela: 12-Descrição do problema. Prevalência de hipertensão arterial aumentada, com deficiente controle.

Descritores	Valores	%
Hipertensos cadastrados	345	100
Hipertensos confirmados	362	104.9
Hipertensos controlados	255	70.4
Diabéticos cadastrados	65	100
Diabéticos confirmados	71	109.2
Diabéticos controlados	54	76.0
Tabagistas (HAS)	252	69.6
Consumo de álcool (HAS)	263	72.6
Dislipidemias (HAS)	104	28.7
Obesos (HAS)	73	20.1
Sobrepeso (HAS)	102	28.1
Inatividade física (HAS)	217	59.9

Fonte: ASS da comunidade Jardim Das Oliveiras, Esmeraldas Minas Gerais (2015).

6.1-Nós críticos do problema.

A equipe de nossa área de abrangência selecionou os “nós críticos” do problema HAS, as situações relacionadas a esta sobre a qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Estes são:

- 1- Hábitos e estilos de vida inadequados da população.
- 2-Desconhecimento sobre a doença e seus fatores de risco.
- 3-deficiência na estrutura dos serviços de saúde.
- 4-Dificuldade no processo de trabalho da equipe de saúde para enfrentar o problema.

Tabela 13: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema, na população da Equipe de Saúde da Família Jardim das Oliveiras – Esmeraldas, MG, 2015.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados da população
Operação	-Aumento do nível de conhecimento e informação de pacientes com (HAS),sobre os fatores de risco associados e como manter um controle com hábitos e estilo de vida saudável
Projeto	Ganhar em conhecimento e em Percepção de risco, aumentar o nível de motivação e auto estima.
Resultados esperados	Grupo de pacientes com (HAS) com maior informação sobre o tema, para lograr aderência ao tratamento e diminuindo o nível de prevalência da doença.
Produtos esperados	-Grupos operativos de hipertensos e talheres de ensino -Campanha educativa na rádio local -Capacitação dos ACS e cuidadores
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, líder das comunidades, líder políticos, comunicadores sociais.
Recursos necessários	-Cognitivos: conhecimentos disponíveis por equipe da saúde, informação estratégica sobre o tema, estratégias de

	<p>comunicação sociais e pedagógicas.</p> <p>-Organizacionais: vídeos, Panfletos, recurso humanos, sala de aulas, folhas de papel, canetas, mural, espaços para fazer exercícios, caminhadas.</p> <p>-Econômicos: Financeiro para recursos audiovisuais, folhetos educativos, fazer xeroques, panfletos educativos.</p> <p>-Políticos: (assegurar local, mobilização sociais, intersetoriais com a rede, assegurar a quadra poliesportivo, recursos audiovisuais, folhetos educativos)</p>
Recursos críticos	<p>-Organizacional: vídeos, Panfletos, recurso humanos, sala de aulas, folhas de papel, canetas, mural.</p> <p>-Econômicos: Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p> <p>-Políticos: parceria com o setor educação, conseguir o espaço na radio local, articulação intersetorial.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>-Recurso organizacional: Secretario de educação – motivado</p> <p>-Recurso econômico: controla Secretario de saúde – motivado</p> <p>-Recursos políticos: controla Setor educação - indiferente</p>
Ação estratégica de motivação	-Motivação com apresentação do projeto

Fonte: Autoria própria, (2015)

Tabela 14: Elaboração do plano operativo para o "nó crítico 1" na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim das Oliveiras - Esmeraldas. MG

Operações	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Saber más, Percepções más.	-Acionar os grupos operativos de hipertensos.	Médico	3 m
	-Fazer campanha educativa na rádio local.	Enfermeira Assistente	3 m

	-Capacitar a equipe de saúde	Social	
	.Avaliar o nível de conhecimentos dos pacientes com (HAS)	Médico	3 m
		Aux. Enfermagem	6 m
	-Aulas de ensino para pacientes e cuidadores sobre nutrição saudável, importância do exercício físico, sobre a principal complicação da (HAS), fatores de risco da doença e importância da adesão ao tratamento.	Médico Nutricionista Professor educação Física Enfermeira	3 -6 m

Fonte: Autoria própria, (2015)

Tabela 15: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, na população da Equipe de Saúde da Família Jardim das Oliveiras – Esmeraldas, MG 2015.

Nó crítico 2	-Desconhecimento sobre a doença e seus fatores de risco.
Operação	Diminuir os fatores de risco, modificando hábitos e estilos de vida inadequados.
Projeto	Mais saúde Maior controle Desenvolver cultura sobre dieta saudável, fomentar a prática de exercícios físicos, evitar hábitos tóxicos.
Resultados esperados	Diminuir em um 30 % fatores de riscos tais como:

	<ul style="list-style-type: none"> -Dietas inadequadas -Sedentarismo -Obesidade
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Programas de exercícios físicos, aeróbicos (caminhadas) -Campanha educativa na rádio local -Programa saudável -Mesas redondas e Talheres de cozinha -Atividades de promoção e prevenção -Acompanhamento de nutricionistas
Atores sociais/responsabilidades	<p>Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, líderes das comunidades, líderes políticos. Nutricionista, tec. de fisioterapia.</p>
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> -Cognitivos: conhecimentos disponíveis por equipe da saúde, informação estratégica sobre o tema, estratégias de comunicação social. -Organizacionais: Vídeos, Panfletos, recurso humanos, sala de aulas, folhas de papel, canetas, mural, para fazer exercícios, caminhadas. -Econômicos: Financeiro para recursos audiovisuais, folhetos educativos, fazer xeroques, panfletos educativos. -Políticos: (assegurar local, mobilização social, intersetoriais com a rede, assegurar a quadra poliesportivo, recursos audiovisuais, folhetos educativos)
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> -Econômicos: Financeiro para recursos audiovisuais, folhetos educativos, fazer xerox, panfletos educativos. -Políticos: assegurar local, mobilização social, ações intersetoriais com a rede, assegurar a quadra poliesportivo, conseguir o espaço na rádio local.

Controle dos recursos críticos / Viabilidade	-Secretário de saúde: motivado -Setor comunicação social: indiferente
Ação estratégica de motivação	Motivação com apresentação do projeto

Fonte: Autoria própria, (2015)

Tabela 16: Elaboração do plano operativo para o "nó crítico 2" na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim Das Oliveiras Esmeraldas MG 2015.

Operações	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
Mais saúde maior controle	-Programas de exercícios físicos, aeróbicos (programa de caminhadas)	Médico e profissional de educação física	3 m
	-Campanha educativa na rádio local	Enfermeira e Assistente Social	3 m
	-Mesas redondas e aulas de ensino sobre artes culinárias	Nutricionista	3 m
	-Atividades de promoção e prevenção	Médico	3 m
	-Acompanhamento de nutricionistas	Nutricionista	6 m
	Aulas de ensino sobre Estilo de vida mais saudáveis	Médico	3 -6 m

Fonte: Autoria própria, (2015)

Tabela 17: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema, na população da Equipe de Saúde da Família Jardim das Oliveiras – Esmeraldas, MG 2015.

Nó crítico 3	Deficiência na estrutura dos serviços de saúde.
Operação	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento ao grupo de pacientes hipertensos e pesquisa da população do risco
Projeto	Cuidar melhor
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Garantia de 90% cobertura dos medicamentos -Cumprimentos 95 % dos protocolos estabelecidos para o tratamento de doença (HAS) -Controle 95 % das doenças crônicas associadas em estes pacientes -Adequar ofertas de consultas, exame e medicamentos
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Visitas domiciliares a hipertensos e familiares -Capacitação de pessoal de saúde -Gestão de contratação de compra consultas especializadas e exames e medicamentos e equipamento da rede. -Acompanhamento dos pacientes segundo estratificação do risco
Atores sociais/responsabilidades	<p>Equipe de saúde</p> <p>Pacientes</p> <p>Líder da comunidade</p>
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> -Cognitivos: elaboração de projetos e protocolos -Organizacionais: recurso humanos médicos especialistas -Econômicos: Financeiros, aumento de oferta de exames, consultas especializadas e novos

	<p>medicamentos, recursos necessários para estrutura do serviço e equipamento.</p> <p>-Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço</p>
Recursos críticos	<p>-Organizacional: Recursos humanos Médicos Especialistas de outras disciplinas</p> <p>-Econômicos: Financeiro, aumento de exames, consultas especializadas e novos medicamentos.</p> <p>-Políticos: decisão de aumentar os recursos para estrutura e serviço</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>-Secretario de saúde: favorável</p> <p>-Coordenador da ABS: favorável</p> <p>-Prefeito municipal: favorável</p>

Fonte: Autoria própria, (2015)

Tabela 18: Elaboração do plano operativo para o "nó crítico 3" na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim Das Oliveiras Esmeraldas, MG.

Operações	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
Cuidar melhor	-Adequar ofertas com demandas	Enfermeira	3m
	-Visitas domiciliares a hipertensos e familiares	Médico-enfermeira	1ª 6 m
	-Classificação do risco dos pacientes	Médico	3 m
	-Protocolos implantados, atualizados e cumpridos.		1ª 6 m

-Cadastraras famílias de hipertensos	Médico- enfermeira	1ª 6 m
-Acompanhamento multidisciplinar segundo as necessidades de paciente	Enfermeira	3 -6 m
	Médico	3 m
-Aulas de ensino para os familiares e cuidadores	Enfermeira	
-Gestão de contratação de compra consultas especializadas e exames e medicamentos e equipamento da rede	Saúde municipal	1 – 6 m

Fonte: Autoria própria, (2015)

Tabela 19: Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema, na população da Equipe de Saúde da Família Jardim das Oliveiras – Esmeraldas, MG 2015.

Nó crítico 4	Dificuldade no processo de trabalho da equipe de saúde para enfrentar o problema
Operação	Melhora da qualidade do processo de gestão e da cultura institucional
Projeto	Linha de cuidado Má qualidade no tratamento
Resultados esperados	-Cadastrar 100 % da população da área de abrangência -Cobertura de 90 % de pacientes hipertensos da população - mais de 90 % dos pacientes com doença classificada - mais de 90 % dos pacientes com doença controlada
Produtos esperados	-Equipe de trabalho completo -Recursos humanos capacitados -Linha do cuidado para risco cardiovascular implantada -Gestão da linha de cuidado implantada -Classificação da doença em cada paciente -Estratificação do risco -Mecanismos de referencia e contra referencia Trabalho multidisciplinar
Atores sociais/responsabilidade	Equipe de saúde Pacientes Líder da comunidade
Recursos necessários	-Cognitivos: Elaboração de projeto de linha dos cuidados e de protocolos -Organizacional: Adequação de fluxos (referência

	<p>e contra referência)</p> <p>-Econômicos: Financeiro para recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p> <p>-Políticos: articulação entre os setores da saúde.</p>
Recursos críticos	<p>-Econômicos: Financeiros recursos necessários para estrutura do serviço e equipamento</p> <p>-Políticos: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade Motivação	<p>-Secretário Municipal de Saúde: favorável</p> <p>-Comunidade: favorável</p> <p>-Coordenador da ABS: favorável</p>

Fonte: Autoria própria, (2015)

Tabela 20: Elaboração do plano operativo sobre o "nó crítico 4" na população sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim Das Oliveiras Esmeraldas, MG.

Operações	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
Linha de cuidado má qualidade do processo de gestão Melhor cultura institucional	-Completar estrutura da equipe de trabalho.	Coordenadora da ABS	3 m
	- Equidade no planejamento de consultas e acompanhamento dos hipertensos.	Médico e enfermeira	1ª 6 m
	-Avaliação integral dos hipertensos.	Médico	Trimestral
	-Melhoria de conhecimentos e habilidades dos meios de trabalhos	Médico e enfermeira	1ª 6 m
	Oficina de ensino .Missão da equipe. .Cultura Institucional .Hipertensão Arterial		
	-Avaliar cumprimento de objetivos de trabalho da equipe.	Enfermeira	6 m
-Fazer Reunião da equipe	Enfermeira	Mensal	

Fonte: Autoria própria, (2015)

6.2-Gestão do plano:

Esse momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS et al.,2010).

Tabela 21- Planilha para acompanhamento de projeto.

Operação mais saúde					
Coordenadora: Diana Saleme. Avaliação após 6 meses.					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada	Daniela Camargo	3 meses	Em andamento	-	
Campanha educativa na rádio	Gisele Ramos	9 meses	Projeto sem aprovação		
Vida saudável	Gislaine Pereira	3 meses	Em andamento	-	

7- CONSIDERAÇÕES FINÁIS.

A HAS vem se destacando como a epidemia moderna nos dias atuais tornando um grande problema de saúde pública. Como relatado durante este trabalho, esta doença está cada vez mais crescente na população adulta. Explorar esse estudo é de fundamental importância na qualidade de vida dos pacientes hipertensos da UBS Jardim das Oliveiras.

O trabalho descrito nos permitiu aumentar a visão da magnitude do problema em nossa área de abrangência e modificar nossa atuação em relação às doenças crônicas, assim como capacitar o pessoal da equipe e prepará-los para a pesquisa ativa dos casos e a promoção da saúde. Também houve acesso às informações por meio das palestras e seguimento dos pacientes ao reduzirem o consumo de sal, comidas não saudáveis e incorporação dos exercícios físicos no seu cotidiano.

Nossa expectativa é de melhorar a qualidade de vida dos nossos pacientes, diminuindo as complicações e fundamentalmente modificando hábitos de vida não saudáveis. Toda a equipe trabalha na investigação e seguimento dos pacientes doentes e com sintomas para lograr controle da (HAS), já que é uma doença que deixa muitas incapacidades nos pacientes principalmente: cardíacas, renais, cerebrais.

O plano de intervenção se mostra uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia da unidade. Por meio dele, levam-se em conta todas as variáveis conhecidas do problema em questão, o que por si, já facilita sua resolução.

8. REFERÊNCIAS.

- AMER N. M.; Marcon, S. S.; Santana, R. G. Índice de massa corporal e Hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. *Arq.Bras. Cardiol.* São Paulo, vol. 96, no. 1, jan. 2011.
- ARGUEDAS JA, PEREZ MI, WRIGHT JM. Treatment. Blood pressure targets for hypertension [archive]. *Cochrane Data base Syst. Rev.* 2009; 3. CD004349. Pub 2.
- BEATÓN LOBAINAYARIMA BEATRIZ, GARCÍA GUERRA LUIS ARMANDO, COUSOSEOANE CLEMENTE. Identificación de algunos factores de riesgo en ancianos hipertensos. *MEDISAN [revista en la internet]*. 2013 nov. [citado 2014 Sep 16]; 17(11): 8043-8050. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001100009&lng=esAcesso em: 22 de Nov. 2014.
- CORRÊA, Thiago Domingos et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. 2006. Disponível em:<<http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc91.pdf>>. Acesso em: 17 abr.2009.
- DATASUS. Ministério da Saúde. Acessado em: 13, 14, 22, 23 e 24 Jan. 2009. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>
- GIROTTI, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & saúde coletiva*, Londrina, V. 18, n. 6, p. 1763-1772. 2013.
- MONTEIRO LUCIANA ZARANZA, SPINATOITANALISANE, SILVA CARLOS ANTONIO BRUNO DA, SANTOS ZELIA MARIA DE SOUSA ARAUJO, MONTENEGRO JUNIOR RENAN MAGALHAES. Nível de conhecimento do profissional de educação física frente a alunos com hipertensão arterial nas academias de ginástica. *Rev. Brás. cineantropom. desempenho hum.* [periódico na internet]. 2010 Ago [citado 2014 sept 14]; 12(4):262-268. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198000372010000400006&lng=pt<http://dx.doi.org/10.5007/1980/0037.2010V12N4P262>Acessado 26 nov. 14
- MOURA DENIZIELLE DE JESUS MOREIRA, BEZERRA SARA TARCIANA FIRMINO, MOREIRA, THEREZA MARIA MAGALHÃES, FIALHO ANA VIRGINIA DE MELO. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão

bibliográfica. Rev. Bras. enferm. [Periódico em la internet]. 2011 ago. [Citado 2014Set14];64(4):759765.Disponívelem:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S0034-71672011000400020&Nov.20 2014.

OLIVEIRA T. L. et. al., Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Acta Paul Enferm., São Paulo, V. 26, n. 2, p.179-184. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guideline:** Sodium intake for adults and children.Geneva, Organização Mundial da Saúde, 2012. Disponível em:

http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2013/salt_potassium_20130131

ROESE, A. et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabete Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. APS. 2011; Jan/Mar; 14(1); 75-84 (p.80)

SAÚDE & LAZER. Hipertensão aumenta entre jovens. 2008

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol., 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.

TRINDADE, Dannielleet al. Estudo da ocorrência de acidente vascular cerebral em hipertensos cadastrados no PSF Carapina II do município de Governador Valadares. 2007. 46 f. TCC (Graduação em Enfermagem) – Área de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009.

WILLIAMS B. The year in hypertension. JACC. 2010; 55(1): 66-73