

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

ODALIS RAMOS GALVEZ

**CARACTERIZAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF JARDIM
PALMEIRA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS-MG: PLANO DE
INTERVENÇÃO**

MONTES CLAROS – MG

2016

ODALIS RAMOS GALVEZ

**CARACTERIZAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESFJARDIM
PALMEIRA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS-MG: PLANO DE
INTERVENÇÃO**

Trabalho apresentado no curso Especialização em Estratégia da Saúde da Família, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. M.Sc. Haliton Alves de Oliveira Junior

MONTES CLAROS – MG

2016

ODALIS RAMOS GALVEZ

**CARACTERIZAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESFJARDIM
PALMEIRA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS-MG: PLANO DE
INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. M.Sc. Haliton Alves de Oliveira Junior

Examinador 2 – –Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar dedico este trabalho a meu filho Marcos Antônio por ser fonte de inspiração e estímulo diário no enfrentamento das adversidades da vida cotidiana e do trabalho em um país distante, de hábitos e cultura diferentes. Dedico também a meu pai e minhas irmãs pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus quando algumas vezes, sentindo-me desacreditada e perdida nos meus objetivos, ideais ou minha pessoa, fez-me vivenciar do conhecimento para o término deste projeto. Ao meu professor orientador, meus amigos da turma, amigos íntimos que muito me ajudaram nas horas difíceis.

EPÍGRAFE

“A ciência pode impor limites ao conhecimento,

Mas “não deve impor limites à imaginação”

Bertrand Russell.

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença comum em todo o mundo e acomete jovens, adultos e idosos, pessoas de ambos os sexos, de todas as raças e de qualquer padrão social. Durante os atendimentos de nossa Equipe de Saúde Familiar (ESF), tanto na demanda espontânea quanto na programada dos hipertensos notou-se um grande número deles em descontrole. Para o enfrentamento desta importante problemática de Saúde foi desenvolvido um plano de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional na ESF Jardim Palmeira I do Município de Montes Claros no estado de Minas Gerais com o objetivo de reduzir o descontrole da hipertensão arterial sistêmica; identificar os fatores determinantes do aumento do descontrole da hipertensão arterial sistêmica. Descreveu-se a fundamentação teórica para a elaboração do plano de intervenção, mediante a revisão da literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como Scielo (Scientific Electronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina). Ao concluir este trabalho, se pretende evidenciar a eficácia do plano de intervenção, conseguir incrementar o nível de conhecimento da população sobre a Hipertensão Arterial como Doença Crônica Não Transmissível e a importância da adesão aos tratamentos, da alimentação saudável, da prática do exercício físico sistemático e do controle do peso e da pressão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Crônica. Fatores de risco. Hábitos e estilos de vida saudável.

ABSTRACT

Hypertension is a common disease worldwide and affects young adults and elderly people of both sexes, all races and all social standard. During the visits of our Family Health Team (FHT), both in spontaneous demand and scheduled we have noticed a large number of hypertensive people indisarray. To address this important health issue we have developed a joint action plan on the Situational Strategic Planning in the Family Health TeamJardim das Palmeiras I in Montes Claros, Minas Gerais, in order to reduce uncontrolled hypertension and identify the determinants of the increase in uncontrolled hypertension. Thus, we described the theoretical basis for the preparation of the action plan by reviewing the literature on the subject based on electronic data of virtual libraries as Scielo (Scientific Electronic Library Online) and BIREME (Regional Library of Medicine). Upon completion of this work, it is intended to highlight the effectiveness of the intervention plan, achieve an improvement in the population's level of knowledge about Hypertension and Chronic Disease Not Transmissible and the importance of treatment adherence, healthy eating, the practice of systematic physical exercise, controlling weight and blood pressure.

Keywords: Chronic Hypertension. Risk factors. Habitsandhealthylifestyles.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

PA- Pressão Arterial

ICM- Índice de massa corporal

ESF- Equipes de Saúde da Família

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família SES/MG- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

AVC- Acidente Vascular Cerebral

IAM- Infarto Agudo do Miocárdio.

AIT- Ataque isquêmico Transitorio.

RCV- Risco Cardiovascular.

SciELO - Scientific Electronic Library Online

BIREME - Biblioteca Regional de Medicina

PES- Planejamento Estratégico Situacional

OMS- Organização Mundial de Saúde

PIB- Produto interno bruto

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Famílias no município de Montes Claros	8
Tabela 2: Domicílios particulares permanentes no município.....	8
Tabela 3: Rendimento nominal médio	9
Tabela 4: Distribuição da população do município de Montes Claros de acordo com a faixa etária	Ошибка! Залкада не определена.
Tabela 5: Distribuição da população urbana e rural	11
Tabela 6: Distribuição da população segundo o sexo	11
Tabela 7: Alfabetização no município	12
Tabela 8: Priorização dos problemas na ESF	28
Tabela 9: Desenho das operações para enfretamento do controle inadequado de portadores de hipertensão.....	31
Tabela 10: Identificação dos recursos críticos.....	33
Tabela 11: Análise da viabilidade do plano: Atores e motivadores.....	34
Tabela 12: Projeto de Plano operativo	35

LISTA DE QUADROS

Quadro1 : Variação da Pressão Arterial	23
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2.JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4. MÉTODOS	18
5. REVISÃO DA LITERATURA	20
5.1- Panorama e Conceituação dá Hipertensão Arterial.	20
5.3- Hipertensão: Fatores de risco e Estratificação do risco cardiovascular.	24
5. 4 - Prevenção e Atenção Básica à Saúde.....	27
6. RESULTADOS	29
6.1 DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS DA ÁREA DA ABRAGÊNCIA DA ESF.....	29
6.2 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO	32
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

Montes Claros é um município localizado ao norte do estado de Minas Gerais. Pertence à microrregião homônima e Mesorregião do Norte de Minas, localizando-se a norte da capital do estado, distando desta cerca de 420 km². Seus municípios limítrofes são, a norte; São João da Ponte, a norte; Capitão Enéas, a nordeste; Francisco Sá, a leste; Juramento e Glaucilândia, a sudeste; Bocaiúva e Engenheiro Navarro, a sul; Claro dos Poções, a sudoeste; São João da Lagoa e Coração de Jesus, a oeste; e Mirabela e Patis, a noroeste (IBGE, 2010). Apresenta uma população de 361.915 (IBGE, 2010), com estimativa para 2012 de 370.216 pessoas, numa área de 3.568,941 km²

A gestão atual desse município é realizada pelo Prefeito, Ruy Adriano Borges. A gestão da saúde conta com a Secretária Municipal de Saúde, Ana Paula de Oliveira Nascimento, com o Coordenador da Atenção Primária a Saúde, Danilo Fernando Macedo Narciso e com a Coordenadora da Atenção à Saúde Bucal, Marinilza Soares Mota Sale.

Histórico de Criação do Município

Montes Claros foi emancipado no século XIX. As terras do atual município de Montes Claros eram, até a década de 1760, habitadas apenas pelos índios Anais e Tapuias. Por volta do ano de 1768, uma expedição composta por 12 bandeirantes, a Expedição Espinosa, desbravou a região à procura de pedras preciosas, e embrenharam-se pelo sertão do Norte da Capitania de São Paulo e Minas de Ouro. Fernão Dias Pais, o governador, organizou uma bandeira, para conquistar aquela região (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2015).

Dessa forma, o primeironome foi Arraial de Formigas, depois Arraial de Nossa Senhora da Conceição e São José de Formigas, Vila de Montes Claros de Formigas e por fim cidade de Montes Claros, em 1857 com pouco mais de 2000 habitantes. A partir de então seriam montesclarenses.

Aspectos Geográficos.

A cidade de Montes Claros ocupa uma área de 3.568,941 km², sendo que 38,7 km² estão em perímetro urbano e os 3.543, 334 km² restantes constituem a zona rural. Em 2014 sua população foi estimada pelo IBGE em 390.212 habitantes, assim no ano 2000, a população montesclareense era composta por 131.231 brancos (42,75%); 16.691 pretos (5,44%); 156.126 pardos (50,86%); 260 amarelos (0,08%); 1,153 indígenas (0,38%); além de 1,485 sem declaração de raça (0,48%). A concentração habitacional é de 107,73Hab./Km² e o número aproximado de famílias de 100.313 (IBGE, 2014). As Tabelas 1 e 2 abaixo exibem a conformação geográfica no município.

Tabela 1: Famílias no município de Montes Claros

Delimitação	Famílias
Zona Urbana	95.567
Zona Rural	4.746
Total	100.313

FONTE: IBGE 2010

Tabela 2: Domicílios particulares permanentes no município

Delimitação	Domicílios particulares permanentes
Zona Urbana	98.540
Zona Rural	5.473
Total	104.013

FONTE: IBGE 2010

De acordo com um estudo genético recente, a composição ancestral da população de Montes Claros é a seguinte: 39% de contribuição africana, 52% de contribuição europeia e 9,0% de contribuição indígena. (OLIVEIRA & RODRIGUES, 2000)

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,783, considerando-se assim como alto em relação ao do país que é de 0,744. Fatores como aumento da expectativa de vida da população e taxa de alfabetização estão diretamente associados a esse progresso. Assim o município tem uma taxa de urbanização da ordem de 95.2 %.

RENDA FAMILIAR

A Tabela 3 a seguir mostra as características de renda da população do município de Montes Claros. O Município conta com uma renda média familiar de R\$ 674,70.

Tabela 3:Rendimento nominal médio

	Mensal/ familiar (R\$)	Per capita (R\$)
Área Urbana	931,59	255
Área Rural	2.331,39	450

FONTE: IBGE 2010

Quanto ao abastecimento de água tratada, 92,77% dos domicílios são atendidos pela rede geral. Do total das moradias, 90,04% possuíam lixo coletado por serviço de limpeza. Conforme IBGE 2010, 88,9% das residências possuíam rede geral de esgoto adequado, 6,8% semi-adequado e 4,3% inadequado ou inexistente.

As principais atividades econômicas, no setor primário, é a pecuária de corte e leite, seguidos da agricultura (feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado). O setor secundário representa a principal atividade econômica, com presença de indústrias farmacêuticas (insulina), têxtil, cimento e laticínios.

O setor terciário constitui a maior fonte geradora do PIB montesclarenses, sobretudo devido ao comércio. Segundo estatísticas da prefeitura, no ano de 2009 a cidade contava com 617 estabelecimentos e 3185 trabalhadores na área da construção civil; 6777 estabelecimentos e 14997 trabalhadores no comércio; e 5091

estabelecimentos e 24473 trabalhadores no setor de serviços. A cidade conta com diversos núcleos ou centros comerciais, como o Mercado Municipal, inaugurado em 1899; o Ibituruna Shopping Center, criado em 18 de março de 2009; o Montes Claros Shopping, fundado em 8 de novembro de 1997; e o Shopping Popular Mário Ribeiro, inaugurado em 2003.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Nas **Tabelas 4, 5, 6 e 7a** seguir mostraremos dados demográficos para a população montesclareense.

Tabela 4: Distribuição da população do município de Montes Claros de acordo com a faixa etária

Faixa Etária	Masculino (n)	Feminino (n)	Total (n)
Menor de 1 ano	2598	2572	5170
De 1 a 4 ano	10466	10117	20583
De 5 a 9 ano	13957	13680	27637
De 10 a 14 anos	15854	15699	31553
De 15 a 19 ano	16797	17346	34143
De 20 a 39 ano	63164	68167	131331
De 40 a 49 ano	21753	24250	46003
De 50 a 59 ano	15230	17236	32466
De 60 e mais.	14430	18599	33029
Total	174249	187666	361915

Fonte Centro Demográfico e Contagem Populacional MS/SE/DATASUS, 2010.

Tabela 5:Distribuição da população urbana e rural

Localização	Habitantes (n)	Habitantes (%)
Zona Urbana	344.427 habitantes	95%
Zona Rural	17.488 habitantes	5%
Total	361.915 habitantes	100%

FONTE: Relatório de Gestão - Prefeitura de Montes Claros/ Secretaria Municipal de Saúde, Montes Claros, 2011.

Tabela 6:Distribuição da população segundo o sexo

Sexo	Habitantes (n)	Habitantes (%)
Masculino	174.249 habitantes	48.15%
Femininos	187.666 habitantes	51.85%
Total	361.915 habitantes	100%

FONTE: Relatório de Gestão - Prefeitura de Montes Claros/ Secretaria Municipal de Saúde, Montes Claros, 2011.

Em Montes Claros a Taxa de Crescimento Anual é de 17.91% (2010) com uma Densidade demográfica: 101,41Hab./Km² e de Taxas de escolarização: 78.953 alunos matriculados da pré-escola ao ensino médio.(IBGE,2010)

Tabela 7: Alfabetização no município

Alfabetização	Frequência absoluta
Alfabetizados	311.869 pessoas
Não alfabetizados	50.046 pessoas
Frequenta creche ou escola	117.094 pessoas

FONTE: IBGE 2010

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Montes Claros era, no ano de 2009, de 4,85; valor acima ao das escolas municipais e estaduais de todo o Brasil, que é de 4,0%. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da educação era de 0,872 (classificado como elevado), enquanto o do Brasil é 0,849.

SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

Conselho Municipal De Saúde

O Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros foi criado em 16 de maio de 1991. Tem composição paritária (50% representação dos Usuários; 25% Trabalhadores da Saúde; 25% Gestores e Prestadores), sendo 24 conselheiros titulares e 24 suplentes, cada um deles indicado por suas respectivas entidades através de ofício encaminhado à mesa diretora. Reúne-se toda 1ª quarta-feira do mês, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde à Av. Dulce Sarmiento, 2.076 - Monte Carmelo. Conforme regimento interno, a presidência do Conselho é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde

O Instrumento de gestão foi instituído em 26/06/1992. Lei 2.052 com um orçamento destinado à saúde de 300 milhões ao ano e o Programa saúde da família constituída por 103 equipes, 8780 profissionais de saúde e seishospitais como redes de média e alta complexidade.

Rede de Atenção à Saúde

A rede de saúde da Atenção Básica conta com 103 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 13 Centros de Saúde, duas Policlínicas, dois Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), um Centro de Referência em Doenças Infecciosas, um Centro de Oftalmologia Social (COS), um Centro de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CEREST), 24 Consultórios Odontológicos em Escolas, 15 Consultórios odontológicos em Centros de Saúde, 45 Consultórios Odontológicos no ESF, duas Farmácias Populares, um Hospital – Doutor Alpheu de Quadros.

TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGÊNCIA

No território da ESF Jardim Palmeira I residem 751 famílias, o que corresponde a 2798 habitantes. Nessa área, 92 % dos cidadãos entre 7 e 14 anos frequentam a escola e 94.43 % acima de 15 anos, são alfabetizados. Nessa área há também 1218 pessoas em idade ativa, e delas, 637 com emprego, para uma taxa de emprego de 52.29 %.

As principais ocupações são: Vendedores, serviço gerais, comerciantes, professores, domésticas, pedreiros, motoristas, mecânicos, moto taxistas, militares, costureiras, balconistas, funcionários públicos, entre outros em ordem decrescente, como os empregos de remuneração mais baixas.

A primeira causada morte é o câncer. Entre eles estão o de mama, entre as mulheres, e o de próstata entre os homens, seguido do câncer de colo de útero na mulher e de câncer de intestino para ambos sexos. Existem múltiplos fatores de risco que contribuem ao desenvolvimento desses tipos de câncer como são: o tabagismo, os hábitos alimentares inadequados, a obesidade, fatores psicossociais e ambientais, e que também são responsáveis pelo descontrole da Hipertensão Arterial.

RECURSOS DA COMUNIDADE

As ruas da área de abrangência da ESF Jardim Palmeira I são todas asfaltadas. O transporte público apresenta um grande fluxo no bairro, atendendo a demanda da população. A região apresenta quatro linhas de ônibus que realizam o transporte dos moradores para o centro e para outros bairros da cidade. O ponto de ônibus

encontra-se em lugar estratégico do bairro, cujo fluxo da população é maior, facilitando o acesso da mesma.

Próximo ao bairro existe a rodovia (BR 135) que atravessa a cidade de Montes Claros e é responsável por ligar o extremo norte da região nordeste de Minas Gerais à região central do país. Existe também a rodovia (MG 308) que dá acesso à cidade Juramento e à zona rural.

O bairro Jardim Palmeira possui um centro Espírita e quatro igrejas, sendo uma delas católica. Há poucas áreas de lazer no território de abrangência do ESF Jardim Palmeira I. Nessa região também está presente o Batalhão de Polícia Militar.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A unidade de ESF é localizada em uma casa alugada na Rua Natal, 318, bairro Jardim Palmeira. O acesso à unidade de saúde é facilitado pelo tipo de relevo do bairro e pela não existência de barreiras geográficas. Os funcionários da unidade prestam atendimento de segunda a sexta-feira no horário de funcionamento: 07:30 às 11:30 e 13:30 às 17:30.

As micro áreas da equipe de saúde possuem a seguinte composição:

Micro área 1: Com um total de 130 famílias cadastradas, com usuários de três ruas.

Micro área 2: Com um total de 131 famílias cadastradas, com usuários de cinco ruas.

Micro área 3: Com um total de 131 famílias cadastradas, com usuários de oito ruas.

Micro área 4: Com um total de 124 famílias cadastradas com usuários de seis ruas.

Micro área 5: Com um total de 116 famílias cadastradas, com usuários de cinco ruas.

Micro área 6: Com um total de 119 famílias cadastradas, com usuários de quatro ruas.

RECURSOS HUMANOS

Trabalham 12 profissionais na ESF, sendo um médico (autor deste estudo), uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma técnica em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e uma zeladora. A carga horária de

trabalho semanal é de 40 horas, exceto para o médico que trabalha 32horas, de acordo com o estabelecido no Programa Mais Médico Para o Brasil¹.

RECURSOS MATERIAIS

A unidade básica de saúde Jardim Palmeira I foi caracterizada de acordo ao padrão mínimo determinado para o Brasil (Brasil, 2004), cuja resolução dispõe sobre o projeto físico da unidade básica de saúde. A unidade possui uma recepção; sala para acomodação de armários com formulários e prontuários; dois consultórios clínicos; um consultório de puericultura, que além de funcionar para este fim funciona como local para a realização de alguns procedimentos de enfermagem; um banheiro para funcionários e um para usuários; um consultório odontológico;umacozinha;uma sala de curativo;uma área externa e um almoxarifado.

¹LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em 15/10/2015.

2.JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial é uma doença comum em todo o mundo e acomete jovens, adultos e idosos, pessoas de ambos os sexos, de todas as raças e de qualquer padrão social. É uma doença crônica cujo critério atual de diagnóstico é para a mínima 90 e para a máxima 140 (PA 140/90 MMHG). A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (MENDES, 2011).

Na população da ESF Jardim Palmeira I a Hipertensão Arterial tem uma importante prevalência. Durante os atendimentos da demanda espontânea e programada dos hipertensos notou-se que um grande número deles estava em descontrole o que motivou a realização deste trabalho pela repercussão negativa desta doença, estabelecendo como objetivo a elaboração de um Plano de Intervenção. Com o plano de intervenção, a finalidade é de conseguir o controle desses pacientes, assim como aperfeiçoar o uso da educação em saúde pela Equipe Saúde da Família, educação à família dos portadores de HAS e da própria população e incentivar hábitos e estilos de vida saudáveis aos portadores de HAS.

Com este Plano de Intervenção pretendemos promover ações de controle da hipertensão na comunidade, brindando ações educativas por meio da implementação de estratégias de prevenção e promoção em saúde dirigida à redução dos fatores de risco responsáveis do descontrole da Hipertensão Arterial, com a adoção de ações de educação em saúde, o incremento do conhecimento desta doença e seus fatores de risco. As pessoas com Hipertensão Arterial realizarão mudanças satisfatórias no estilo e hábitos de vida, que não são saudáveis, além de conseguir uma melhor adesão ao tratamento, obtendo assim melhor qualidade de vida (DA SILVA, 2012)

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um projeto de intervenção com vistas à redução do descontrole da hipertensão arterial sistêmica na ESF Jardim Palmeira I.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores determinantes do aumento do descontrole da hipertensão arterial sistêmica no ESF Jardim Palmeira I.
- Descrever a fundamentação teórica para a elaboração do plano de intervenção.

4.MÉTODOS

Para elaboração do plano de intervenção para o enfrentamento do problema identificado como prioritário (pacientes com alto descontrole de HAS, inscritos na ESF Jardim Palmeira I), foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica, e elaboração do Plano de intervenção. A busca de informações se deu nas bibliotecas virtuais como Scielo (Scientific Eletronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) por meio dos seguintes descritores: hipertensão e estratégia saúde da família.

A elaboração do plano de intervenção foi realizada, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, tendo presente os quatro momentos identificado por Matus, que caracterizam o processo de PES, que são apresentados a seguir:

- Momento explicativo (passo 1 a 5): busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Na priorização do problema foi avaliado importância, urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe aplicando os seguintes itens a cada problema: Magnitude e factibilidade: gravidade do problema, tamanho da população afetada. Grau de governabilidade. Valorização social (transcendência): impacto do problema na percepção dos diversos grupos da população. Disponibilidade tecnológica para enfrentamento (vulnerabilidade): capacidade operacional, técnicoadministrativa. Custo estimado: não apenas custo financeiro direto, foi incluído o custo social e ambiental. Eficácia da intervenção, impacto na qualidade da saúde da comunidade.
- Momento normativo (Passo 6 e 7): quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, que podemos entender como o momento de elaboração da proposta de solução.
- Momento estratégico (Passo 8 e 9): busca-se, aqui, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.

- Momento tático- operacional (Passo 10): é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do Plano, esses momentos, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente articulados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complemento, dando-lhe caráter processual e dinâmico.

A elaboração deste plano de ação possibilitará a Equipe de Saúde perceber a importância de se utilizar um método de planejamento como ferramenta para conseguir o controle da HAS em nossos pacientes e ter um acompanhamento mais efetivo dos portadores desta doença.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1- Panorama e Conceituação dá Hipertensão Arterial.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A causa da HAS está relacionada com a perda progressiva da elasticidade da parede das artérias, dificultando a passagem do fluxo sanguíneo. Com o processo de envelhecimento ocorre uma perda da elasticidade dos vasos e artérias de grosso calibre, tornando-os mais rígidos e, dessa maneira, determinando um aumento progressivo na pressão arterial sistólica e, assim, ocasionando um aumento na pressão de pulso (OIGMAN & NEVES, 1999).

Existem dois tipos de pressão arterial elevada: a primária, desenvolvida ao longo dos anos, e a secundária, que pode estar relacionada com diversas doenças ou uso de determinadas medicações. Entre as causas de hipertensão arterial secundária podemos citar: anormalidades nos rins, defeitos congênitos do coração, doenças da tireóide e da supra-renal, uso de anticoncepcionais orais, medicamentos como os AINE, uso de drogas como a cocaína e anfetaminas (FERNANDO et al, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em

decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vasculocerebral e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

No Brasil apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (CHOBANIAN, 2004). Na Alemanha, a HAS atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40% e da Itália, com 38% da população maior de 18 anos hipertensa (SHERMA et al., 2004; MARQUEZ et al. 2007; GRANDI et al. 2006).

No Canadá, houve uma mudança radical nos últimos 15 anos, pois, em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% não fazia tratamento para esse problema e 16% tinha a pressão arterial controlada (LEENEN et al., 2008). As

peças com maior número de fatores de risco encontravam-se com melhor tratamento e controle. Um estudo de prevalência e manejo dos hipertensos, publicado em maio de 2008 (MOHAN; CAMPBELL, 2008), descreve uma prevalência de 22% da população geral com HAS, e 52% acima de 60 anos. Relata que 87% dos hipertensos foram diagnosticados, constituindo-se no local com melhor indicador mundial neste quesito (CAMPBELL et al., 2003). Os dados sobre a qualidade do acompanhamento surpreendem: 82% dos pacientes fazem tratamento e 66% têm a HAS controlada.

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

Os indicadores cubanos superam os indicadores dos EUA, Inglaterra, Itália, Alemanha, Suécia e Espanha, e os bons resultados são atribuídos a vários fatores. O primeiro refere-se à organização do sistema de Saúde a partir da AB (ALDERMAN, 2006; ORDUÑEZ-GARCIA et al., 2006). O segundo é a implementação de uma política nacional de atenção à saúde, cujo principal objetivo, desde 2001, é diminuir os indicadores de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo de miocárdio (IAM) – os mais altos do planeta naquela época.

Essa política foi sustentada por um protocolo de práticas, objetivos e metas a serem alcançados, um sistema de informação que permite avaliação constante e a participação significativa de profissionais não médicos no processo de acompanhamento dos hipertensos (SHARMA et al., 2004; ORDUÑEZ-GARCIA et al., 2006).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (BRASIL, 2013).

Por tratar-se de uma patologia oligossintomática e às vezes assintomática, acaba sendo de difícil diagnóstico, o qual, muitas vezes, ocorre de forma tardia. Segundo RIBEIRO *et al.* (1996), por ser uma doença fundamentalmente assintomática, grande parte dos hipertensos desconhece sua condição e dos que a conhecem, apenas cerca de 30% apresentam um controle adequado (RIBEIRO *et al.* 1996).

5.2 Classificação da Pressão Arterial

A pressão arterial é considerada normal quando a pressão sistólica (máxima) não ultrapassar a 130 e a diastólica (mínima) for inferior a 85 mmHg. De acordo com a situação clínica, recomenda-se que as medidas sejam repetidas pelo menos em duas ou mais visitas clínicas (Fernando et al, 2010.).

No quadro 1, vemos as variações da pressão arterial em adultos maiores de 18 anos em mmHg. Os limites de PA considerados normais são arbitrários.

Quadro 1: Variação da Pressão Arterial

Classificação	Pressão sistólica (mmHG)	Pressão Diastólica (mmHG)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109

Hipertensão estágio 3	> 180	> 110
Hipertensão Sistólica Isolada	> 140	< 90

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão-DB,2010

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

No Brasil 10 a 15% da população é hipertensa. A maioria das pessoas desconhece que são portadoras de hipertensão. A hipertensão arterial pode ser sistólica e diastólica (máxima e mínima) ou só sistólica (máxima). A maioria desses indivíduos, 95%, têm hipertensão arterial chamada de essencial ou primária (sem causa) e 5% têm hipertensão arterial secundária a uma causa bem definida. O achado de hipertensão arterial é elevado nos obesos 20 a 40%, diabéticos 30 a 60%, negros 20 a 30% e idosos 30 a 50%. Nos idosos, quase sempre a hipertensão é só sistólica ou máxima (FERNANDO et al, 2010.).

5.3- Hipertensão: Fatores de risco e Estratificação do risco cardiovascular.

Vários estudos realizados sobre HAS apontam que fatores que atuam como determinantes para o seu desenvolvimento são a idade, sexo e estado nutricional, sendo que o risco é maior em indivíduos do sexo masculino, acima dos 40 anos e que encontram-se com excesso de peso (BERTIM *et al.*, 2011; BANDONI, JAIME, SARNO, 2008).

BERTIM *et al.*(2011) colocam que, a partir dos quarenta anos de idade, verifica-se aumento na prevalência de indivíduos com pressão arterial elevada para ambos os sexos, principalmente entre os considerados com sobrepeso e obesidade.

Estudo similar sobre hipertensão arterial encontrou prevalência geral de excesso de peso de aproximadamente 46% (30,0% sexo feminino (F) e 56,0% masculino(M)), prevalência geral de hipertensão arterial de aproximadamente 30% (18,7% mulheres e 38,1% homens), e a hipertensão arterial foi diretamente associada à idade em ambos os sexos ($\geq 40 < 50$ 38,6% F e 65,8% M; ≥ 50 54,3% F e 63,7% M) (BANDONI, JAIME, SARNO, 2008).

Existem fatores de risco considerados não modificáveis como a idade, sexo, raça/cor e história familiares, e aqueles modificáveis como sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consumo de alimentos com excesso de sal, gordura animal, ingestão diária acima de 100 ml de café ou de bebidas que contém cafeína, uso abusivo de álcool), estresse não gerenciado e tabagismo (CAETANO, MOREIRA, SANTOS, 2011).

A identificação de fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial é fundamental, uma vez que se tem demonstrado que vários aspectos e lesões atribuídos à hipertensão são, na realidade, concomitantes ou antecedentes a ela (ALMEIDA *et al*, 2011).

Entretanto, não se deve considerar que estando com a pressão limítrofe (139/89), está tudo bem. Na verdade, quanto mais alta a pressão, mais dano ela traz para o organismo, mesmo que "oficialmente" ainda seja considerada normal. Portanto, na prática, é indicado que a pressão esteja sempre abaixo de 120/80. (Fernando *et al*, 2010.).

A hipertensão arterial é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular. Primeiro, por apresentar alta prevalência, segundo por ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores (BRASIL, 2011), como a realização da estratificação do risco cardiovascular sendo de muita importância.

O processo de estratificação possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios. Na segunda etapa, será avaliada a idade, exames de LDLc, HDLc, PA e tabagismo. Após, inicia-se a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres.

São considerados fatores de risco baixo ou intermediários para doença cardiovascular: Tabagismo, hipertensão, obesidade, sedentarismo, sexo

masculino, história familiar de evento cardiovascular prematuros (homens < de 55 anos e mulheres < de 65 anos), idade >65 anos.

Dentre os fatores de risco alto estão: Acidente vascular cerebral (AVC) prévio, Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio, Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA), Ataque isquêmico transitório (AIT), Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE), Nefropatia, Retinopatia, Aneurisma de aorta abdominal, Estenose de carótida sintomática, Diabetes mellitus.

Para a classificação do risco cardiovascular, o escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular (BRASIL, 2010) e auxilia na definição de condutas:

- **Baixo Risco** – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.
- **Risco Intermediário** – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejado da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.
- **Alto Risco** – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento em todos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejado da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas.

Dessa forma, o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo RCV. Se apresentar ao menos um fator de alto RCV, também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto RCV. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário (BRASIL, 2010).

5. 4 - Prevenção e Atenção Básica à Saúde

Segundo Almeida *et al.*(2011) hipertensão arterial pode ser controlada com tratamento não farmacológico que inclui a restrição de alimentos ricos em sódio, lipídios e carboidratos simples; abandono do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, controle do peso e do estresse, bem como a realização de atividade física e ainda, o aumento da ingestão de potássio, controle das dislipidemias, suplementação de cálcio e magnésio e atividade antiestresse (dança, ginástica, caminhada, ioga, o taichi e o pilates etc.)

O envolvimento dos profissionais de saúde no tratamento da hipertensão arterial é de suma importância. Estes podem abordar questões para que aconteçam mudanças na vida dos hipertensos e de promoção à saúde, prestar informações ao público, propor programas educativos e avaliá-los periodicamente (FENSTERSEIFER& GASPERIN, 2006).

Uma das maneiras mais eficientes para estimular a adesão ao tratamento da hipertensão arterial é a Educação em Saúde. Nesse sentido, a abordagem multiprofissional, através dos diversos saberes dos profissionais envolvidos, e a realização de Grupos Educativos tem se mostrado um instrumento de grande valor no controle da doença hipertensiva. Uma educação de uma forma interativa entre profissionais e usuários, fazendo com que estes possam refletir e expor a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles, trocar experiências e propor mudanças de hábitos (ALMEIDA *et al.*, 2011).

O processo de interdisciplinaridade, através do compartilhamento de experiências pode acelerar o crescimento profissional de cada um, e ao mesmo tempo é possível prestar assistência de qualidade ao paciente hipertenso. Dessa forma, isso repercute positivamente na redução da taxa de morbimortalidade por doenças associadas à hipertensão arterial refletindo na minimização dos custos com assistência médica (SANTOS, 2004).

Segundo ALENCAR&FERNANDES(2010), dentro da equipe multidisciplinar cada profissional possui um papel importante no atendimento ao paciente. Quando ocorre este trabalho interdisciplinar, a atenção à saúde ocorre de forma eficaz.

6. RESULTADOS

6.1 DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS DA ÁREA DA ABRAGÊNCIA DA ESF

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF realizada em 2014 no período de março a setembro, foram identificados os seguintes problemas:

- a) Alto descontrole da Hipertensão Arterial Sistêmica;
- b) Alta incidência de Diabetes Mellitus;
- c) Alto descontrole das dislipidemias;
- d) Má adesão dos hipertensos aos tratamentos propostos;
- e) Obesidade
- f) Alta incidência de doenças Respiratórias Agudas;
- g) Alta dependência a psicofármacos

Na **Tabela 8** a seguir estão listados os principais problemas identificados na UBS Jardim Palmeira e as estratégias de priorização a serem adotadas.

Tabela 8: Priorização dos problemas na ESF

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (0 a 5 pontos)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
Alto descontrole da Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	5	Ótimo.
Alta incidência de Diabetes Mellitus	Alta	4	Parcialmente
Alto descontrole das dislipidemias	Alta	3	Parcialmente
Má aderência dos hipertensos e diabéticos a tratamentos	Alta	3	Dentro

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (0 a 5 pontos)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
propostos			
Obesidade	Média	3	Dentro
Alta incidência de doenças Respiratórias Agudas.	Baixa	1	Parcialmente
Alta dependência a psicofarmacos.	Media	2	Parcialmente

Ordem de Prioridade:

- 1) Alto descontrole da Hipertensão Arterial;
- 2) Má aderência dos hipertensos aos tratamentos propostos;
- 3) Alta prevalência das dislipidemias;
- 4) Obesidade;
- 5) Alta incidência de Diabetes Mellitus;
- 6) Alta incidência de Doenças Respiratórias Agudas;
- 7) Alta dependência a psicofármacos.

Problema selecionado:

- 1) Alto descontrole da Hipertensão Arterial.

Seleção dos nós críticos

A seleção dos nós críticos é recurso indispensável para a execução de uma operação, por isso é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

- 1) Hábitos e estilo de vida da população (sedentarismo, alimentação rica em sal e gorduras, estresses);
- 2) Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário);
- 3) Estrutura dos serviços de saúde (não possuem educador físico e nutricionista para abordagem multidisciplinar desta patologia).

Em nossa área existe uma prevalência da Hipertensão de 466 pacientes, o que representa 15.54 % da população maior de 15 anos. Desses, 269 (57,7 %) são mulheres e 197 (42,3 %) são homens, o que discorda com a literatura revisada a onde o risco é maior para o sexo masculino) (BANDONI, JAIME, SARNO, 2008). Todos esses pacientes são acompanhados nas consultas, nas quais se detecta um alto nível de descontrole da hipertensão. Durante o acompanhamento nas consultas foram identificadas 131 (48,6 %) mulheres e 89 (45,17 %) homens. Em resumo, 21% dos pacientes apresentam hipertensão em descontrole, o que representa um problema de saúde a ser resolvido.

Durante a análise percebeu-se a grande influência da presença de fatores de risco para o descontrole da hipertensão, tais como alta prevalência das dislipidemias, a obesidade/sobrepeso, os maus hábitos alimentares e o sedentarismo, tendo correspondência com o descrito pelos autores da literatura revisada (CAETANO, MOREIRA, SANTOS, 2011).

A principal relevância do controle da HAS reside na redução das suas complicações. Os profissionais de saúde da atenção básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso em como seguir, adequadamente, o tratamento.

6.2 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Após discutir e realizar o diagnóstico dos problemas de saúde da ESF é preciso ser construído o plano de ação para resolvê-los. É preciso realizar um projeto de intervenção que utilize métodos capazes de contemplar todos os problemas prioritizados.

O problema prioritário escolhido foi alto descontrole da hipertensão arterial, sendo os nós críticos: hábitos e estilos de vida inadequados, baixo nível de informação e processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema.

O desenho das operações tem objetivo de descrever as situações para enfrentar os nós críticos (tabela 9), identificar os produtos e resultado para cada operação definida (tabela 10) e identificar os responsáveis por cada ação e prazo (tabela 11 e 12).

Nas **Tabelas 9, 10, 11 e 12** a seguir está o desenho das operações para enfrentamento do controle inadequado de portadores de hipertensão.

Tabela 9: Desenho das operações para enfrentamento do controle inadequado de portadores de hipertensão

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Alto descontrole da Hipertensão Arterial Sistêmica	“Menos descontrole da Hipertensão” Busca ativa dos fatores que contribuem ao descontrole	Identificação dos fatores de risco que contribuem para que a doença permaneça em descontrole	Promoção de campanhas educativas; Criar o hábito regular de a população realizar controle e prevenção dos fatores de risco.	Organizacional → para organizar campanhas e cartazes; Cognitivo → preparo e informação sobre a enfermidade; Político → Conseguir novos espaços para campanhas; Estimular farmácias e outros pontos de aferição de pressão arterial; Financeiro → para aquisição e

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
				confeção de cartazes.
Pouca informação ao usuário	Trabalho integral da equipe básica de saúde e comunidade.	Maior e melhor qualidade da informação da enfermidade.	Grupos operativos sistemáticos e de qualidade. Campanhas educativas.	Organizacional → para organizar encontros com família e comunidade. Cognitivo → preparo e informação sobre a enfermidade; Político → Conseguir novos espaços para campanhas; Financeiro → para aquisição e confeção de cartazes.
Sedentarismo e alimentação rica em sal e gorduras.	Trabalho integral da equipe básico de saúde e professor de ginástica.	Incorporar maior número de pacientes hipertensos possíveis à prática de exercícios e dieta mais saudável.	Acompanhamento por equipe e professor de ginástica. Promoção de campanhas educativas;	Organizacional → para organizar campanhas e encontros Cognitivo → preparo e informação sobre a enfermidade; Político → Conseguir novos espaços para campanhas; . Financeiro → para aquisição e confeção de cartazes;

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Tabela 10: Identificação dos recursos críticos

Operação/ Projeto	Recursos necessários
“Menos descontrolo da Hipertensão”	Organizacional → Organizar campanhas e cartazes; Político → Conseguir novos espaços para campanhas.
Trabalho integral da equipe básico de saúde e comunidade.	Organizacional → Organizar encontros com família e comunidade Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes.
Trabalho integral da equipe básico de saúde e professor de ginástica.	Organizacional - para organizar campanhas e encontros Cognitivo → preparo e informação sobre a enfermidade;

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Para desenvolvimento do projeto é necessário designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação); responsável por garantir que as ações sejam executadas de forma coerente, prestando contas do andamento da operação. A responsabilidade por uma operação só pode ser definida para pessoas que participam do grupo que está planejando. Além de determinar os responsáveis também é necessário estabelecer propostas de organizar as ações apresentadas **(Tabelas 11 e 12)**

Tabela 11: Análise da viabilidade do plano: Atores e motivadores

Operação/ Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
“Menos pressão em descontrolé”	Organizacional → Organizar campanhas e cartazes;	Integrantes da unidade;	Favorável	Reuniões e ambiente descontraído;
	Político → Conseguir novos espaços para campanhas.	Associações do bairro e escolas.	Favorável	Carta de apresentação dos projetos.
Trabalho integral da equipe básica de saúde e comunidade.	Organizar encontros com família e comunidade	Integrantes da unidade e associações do bairro.	Favorável	Reuniões e ambiente descontraído.
	Aquisição e confecção de cartazes	Secretário de saúde.	Indiferente	Carta de apresentação demonstrando benefícios.
Trabalho integral da equipe básica de saúde e professor de ginástica.	Organizar campanhas e encontros	Integrantes da unidade e professor	Favorável	Reuniões e ambiente descontraído;
	Preparar informação sobre a enfermidade, fatores de risco e nutrição saudável.	Integrantes da unidade;	Favorável	Organizar espaços e reuniões pra debates.

Fonte: Elaborado pela própria autora

Tabela 12: Projeto de Plano operativo

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
“Menos pressão em descontrolado” Busca ativa de fatores de risco que contribuem para o descontrolado da hipertensão.	Identificação dos fatores de risco que contribuem ao descontrolado da hipertensão.	Promoção do controle dos fatores de risco. Campanhas educativas; Criar o hábito regular de a população realizar controle e prevenção dos fatores de risco.	Reuniões e ambiente descontraído; Carta de apresentação dos projetos.	Agentes, enfermeiro e médico.	Início das reuniões de imediato, com confecção da carta de apresentação. Início das campanhas com dois meses.
Trabalho integral da equipe básico de saúde e comunidade.	Maior e melhor qualidade da informação da enfermidade.	Grupos operativos sistemáticos e de qualidade. Campanhas educativas.	Reuniões e ambiente descontraído. Carta de apresentação demonstrando benefícios.	Integrantes da unidade e associações do bairro. Secretário de saúde.	Início das reuniões de imediato, com confecção da carta de apresentação.
Trabalho integral da equipe básica de saúde e professor de ginástica.	Trabalho integral da equipe básica de saúde e professor de ginástica.	Incorporar maior número de pacientes hipertensos possível à prática de exercícios e dieta mais saudável.	Reuniões e ambiente descontraído; Organizar espaços e reuniões para hipertensão.	Integrantes da unidade e professor	Início dos grupos operacionais imediatos. Início das reuniões de imediato

Fonte: Elaborado pela própria autora.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de um Plano de Intervenção para o controle de pacientes portadores de HAS foi uma importante ferramenta já que permitiu um trabalho em equipe onde cada um teve sua participação importante, por isso esperamos fazer mudanças consideráveis nos pacientes portadores de hipertensão que participaram em nosso trabalho. Os pacientes foram cadastrados no programa Sis-Hiperdia e cada paciente entendeu a importância de ser acompanhado pela equipe multidisciplinar em saúde, levar um tratamento medicamentoso contínuo, assim como conhecer a importância de fazer mudanças nos hábitos e estilos de vida para diminuir os fatores de risco como são: o sedentarismo, a obesidade, as doenças cardiovasculares que podem levar à morte. Também, é importante que cada um dos membros do grupo familiar participe também em acompanhamento e controle do paciente hipertenso, controlando a hipertensão no grupo estudo obtendo uma maior adesão ao tratamento medicamentoso. Atuamos fazendo mudanças nos fatores de risco modificáveis, levando um melhor controle da obesidade, reduzindo o consumo de álcool e o tabagismo, atingindo os objetivos propostos em sua totalidade.

Como aprendizado, todo o plano deve ser avaliado e implementado de acordo com as necessidades da população local. São necessários também o acompanhamento, monitoramento e avaliação de dessas etapas, com propósito de analisar se estão conseguindo resultados com o plano de ação, caso contrário refazê-lo quantas vezes necessário, para que possam se resolver os problemas da hipertensão arterial e da saúde da população de nossa área de abrangência.

REFERÊNCIAS

ALDERMAN, M. H. Does blood pressure control require a Cuban-style revolution? **J.Hypertension**. v. 24, n. 5, p. 811-812, 2006.

ALENCAR, A.K.B.; FERNANDES, T.G. Assistência de Enfermagem aos Indivíduos com transtornos mentais: uma revisão de literatura por Metassíntese. **Sau. &Transf. Soc.**v.1, n.1, p.148-153, 2010.

ALMEIDA, A.B., *et al.*Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev APS**. v. 14, n.3, p. 319-326, 2011.

BANDONI, D.H.; JAIME, P.C; SARNO, F. Excesso de peso e hipertensão arterial em trabalhadores de empresas beneficiadas pelo Programa de Alimentação do Trabalhador na cidade de São Paulo. **Revista de Nutrição**. v.21, n.2, p.177-184, , 2008.

BERTIM, R.L., *et al.*Associação do estado nutricional com hipertensão arterial de adultos. **Rev. Motriz**. v.17, n.3, p.424-430, 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes Melitus. Brasília: Editora MS, 2004.

_____. LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em 15/10/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica.Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde: Rastreamento. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica).

BOLIVAR M. M. *et al.*. Hipertensão Arterial: o desafio da adesão ao tratamento. **REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO**. v.56,n.12,p.193-206, 2011.

CAETANO, J.A.; MOREIRA, F.G.A.; SANTOS, Z.M.S.A. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial uma tecnologia educativa em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.11, p.4385-4394, 2011.

CAMPBELL, N.R.C. *et al.* Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **J. Hypertension**, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, 2003.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde, 2ed, Belo Horizonte: NESCOM/UFMG, 2010.110p

CHOBANIAN, A. V. (Org). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Washington D.C.: National Institutes of Health: 88 p, 2004.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FERREIRA DA SILVA, G. O perfil do paciente atendido por um programa de controle de hipertensão em uma unidade básica de saúde de um município do Rio Grande do Sul. 2012; 614 (81): 616. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6818/1/Graziele%20da%20Silva%20Ferreira%5B1%5D.pdf>

FENSTERSEIFER, L.M.; GASPERIN, D. As modificações do estilo de vida para hipertensos. **Rev. Gaúcha Enferm**. v.27, n.3, p.372-378, 2006.

GRANDI, A. M. *et al.* Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study. **American Journal Hypertension**. v. 19, n. 2, p. 140-145, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/. Acesso 10/06/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 10/06/2014

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

MARQUEZ CONTRERAS, E. *et al.* Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? **Na Med Interna**, USA, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. "In": Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª edição. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 61-208.

MOHAN, S.; CAMPBELL, N. R. C. Hypertension management in Canada: good news, but important challenges remain. **Canadian Medical Association Journal (CMAJ)**, v. 178, n. 3, p. 1458-1459, 2008.

NOBRE, F. *et al.* **Diretrizes Brasileira de Hipertensão**. V. 17, n. 1, p. 8-58, 2010.

OIGMAM, W.; NEVES, F.T. Hipertensão Arterial ao Idoso. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 56, n. 12, p. 193-206, 1999.

OLIVEIRA & RODRIGUES. Formação Social e Econômica do Norte de Minas. Montes Claros: Editora UNIMONTES. 2000

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

Prefeitura Municipal de Montes Claros, 2015. Disponível em: https://es.wikipedia.org/wiki/Montes_Claros, modificada por última vez o 27 nov 2015.

Prefeitura Municipal de Montes Claros. Secretária Municipal de Saúde de Montes Claros, 2011.

RIBEIRO, A. B.; *et al.* Tratamento da Hipertensão Arterial. São Paulo, Atheneu, 1996.

SANTOS, Z.M.S.A. Atendimento multiprofissional e interdisciplinar à clientela hipertensa – relato de experiência. **Rev. Bras. Prom. da Saúde**. v.17, n.1, p.86-91, 2004.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Manual de Orientação Clínica: hipertensão arterial sistêmica (HAS) / Aparecida Teruko Tominaga Yamada/ Carmen Lavras e Maris Salete Demuner (orgs). São Paulo:SES/SP, 2011. Disponível em www.saude.sp.gov.br/.../ses/. Acesso em 15/10/2015.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010. **Cadernos de Atenção Básica**, v.37, p.19-22, 2013.

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