

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

**ANDRES TAMAYO GARCÍA**

**FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UBS FAZENDA NOVA:  
uma proposta de intervenção educativa**

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2015**

**ANDRES TAMAYO GARCÍA**

**FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UBS FAZENDA NOVA:  
uma proposta de intervenção educativa.**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Ms Andréa Fonseca e Silva

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2015**

**ANDRES TAMAYO GARCÍA**

**FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UBS FAZENDA NOVA:  
uma proposta de intervenção educativa para melhorar o conhecimento**

Banca examinadora

Profa. Ms Andréa Fonseca e Silva - orientadora

Profa. Ms.Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

A meus pais, filhos e esposa que sempre  
foram minha razão de viver;  
E que por eles faço e sempre vou fazer tudo que  
estiver ao meu alcance.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Fazenda Nova no ano de 2013. ....10

Quadro 1 - Residências com instalações sanitárias na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Fazenda Nova, no ano de 2013.....11

Tabela 2- Famílias cobertas por destino do lixo na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Fazenda Nova, ano de 2013.....11

Quadro 2 - Desenho de operações dos “nós” críticos do problema Hipertensão.....23

Quadro 3- Plano operativo.

## RESUMO

A cidade de São José da Tapera possui uma área territorial de cerca de 495 km<sup>2</sup> com uma população de 30.140 (trinta mil cento e quarenta) habitantes. A equipe de saúde da qual faço parte, atende a população pertencente ao Programa Saúde da Família de Fazenda Nova e conta com uma população de 2.665 habitantes e 637 famílias. A hipertensão arterial desde o ano 2000 vem sendo um dos principais fatores de morbidade e a prevalência mundial estimada revela um aumento em torno de 26%, devendo passar para 29% em 2025, considerando apenas o aumento populacional e a composição etária. A globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para o aparecimento da hipertensão como uma questão social. Na nossa área de abrangência-, a principal causa de mortalidade está relacionada a doença vascular por morbidade por hipertensão. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção que propõem ações a fim de aumentar o conhecimento dos pacientes sobre a doença e intervir nos fatores de risco para controle da hipertensão arterial. Para embasamento do estudo foi feita uma pesquisa bibliográfica na Scientific Electronic Library OnLine (SciELO) sobre o tema e ainda foram utilizados Manuais e Documentos do Ministério Da Saúde. O plano busca oferecer uma proposta de hábitos alimentares e estilo de vida adequada, além de um melhor atendimento aos pacientes e monitoramento dos fatores de risco para a hipertensão arterial e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, prestados pela equipe de saúde para pacientes com Hipertensão Arterial.

**DESCRITORES:** Hipertensão. Fatores de Risco. Prevenção Primária.

## **ABSTRACT**

The city of São José da Tapera has a land area of 495 km<sup>2</sup> with a population of 30,140 (thirty thousand one hundred forty) people. The health team to which I belong, meets the population belonging to the Health Program New Farm Family and has a population of 2,665 inhabitants and 637 families. The hypertension since 2000 has been one of the main factors of morbidity and the estimated worldwide prevalence shows an increase of around 26% should go to 29% in 2025, considering only the population growth and the age composition. Globalization, consumerism, the need for early pleasures and immediate responses contribute to the onset of hypertension as a social issue. In our health, the main cause of death is related to vascular disease morbidity from hypertension. This study aimed to draw up a contingency plan, propose actions to increase patients' knowledge about the disease and intervene in risk factors for hypertension control. For basement study was done a literature search in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) on the subject and were even used manuals and Health Ministry documents. The plan seeks to offer a proposal of eating habits and style of life appropriate, and a better patient care and monitoring of risk factors for high blood pressure and improve the quality of health care provided by health care team for patients with Hypertension.

Keywords : Hypertension. Risk factors. Primary Prevention.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	OBJETIVOS.....	15
4	METODOLOGIA.....	16
5	REVISÃO TEÓRICA .....	17
6	PLANO DE AÇÃO.....	20
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29



## 1 INTRODUÇÃO

O município São José da Tapera foi fundado por volta de 1900 pelas famílias vindas da Cidade de Pão de Açúcar, do estado de Alagoas. As melhorias feitas pelo comerciante Afonso Soares Vieira na antiga fazenda da Família Mariano, atraíram novos habitantes em sua maioria agricultores para a região. Esta região possui hoje uma área territorial de cerca de 495 km<sup>2</sup> (quatrocentos e noventa e cinco mil/ km<sup>2</sup>) e apresenta clima tropical semiárido, com frequentes chuvas de verão. A precipitação média anual é de 431mm (quatrocentos e trinta e um milímetros) e sua temperatura varia de 37°C a 16° C. Possui hoje cerca de 30.140(trinta mil cento e quarenta e um) habitantes, dos quais 38,69% estão na área urbana e os outros 61,31% em área rural. A população é composta principalmente por mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Em relação aos aspectos socioeconômicos como principal atividade econômica, verifica-se a formação do Polo da Bacia Leiteira de Alagoas. Este Polo é considerado o mais abrangente na produção de leite in natura da região nordeste, formada por aproximadamente 2.500 (dois mil e quinhentos) produtores rurais, os quais geram 25.000 (vinte e cinco mil) empregos diretos. Sua produção atende todas as capitais do Nordeste e algumas capitais do Sudeste do Brasil.

A Equipe de Saúde da qual faço parte atende a uma população pertencente ao Programa Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Fazenda Nova (UBS Fazenda Nova). Trata-se de uma comunidade com uma área de abrangência muito extensa o que dificulta o acesso, com uma população composta por 2.385 habitantes e 637 Famílias. Possui um elevado índice de analfabetismo e sua principal fonte de renda é a agricultura e a pecuária. Além do posto de saúde, a comunidade tem acesso a 4 (quatro) escolas públicas, pequenos mercados e várias igrejas de diferentes credos. Existe cobertura de luz elétrica e a água é fornecida pela rede pública e por caminhões pipas. As principais causas de mortalidade são as infecções respiratórias, verminose, afecções da pele, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e o câncer. Entre os 2.385 habitantes

da área de abrangência da equipe, 52,12% são homens e 47,88% são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1.

**Tabela 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Fazenda Nova, no ano de 2013.**

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	nº	%	nº	%
< 1 ano	23	0,96	14	0,58
1 a 4 anos	97	4,06	88	3,69
5 a 6 anos	45	1,88	52	2,18
7 a 9 anos	87	3,64	80	0,03
10 a 14 anos	152	6,37	143	6,16
15 a 19 anos	175	7,33	142	5,95
20 a 39 anos	377	15,80	351	14,7
40 a 49 anos	91	3,81	87	3,65
50 a 59 anos	87	3,65	89	3,73
> 60 anos	109	4,57	96	4,02
Total	1.243	52,12	1.142	47,88

Fonte: SIAB (2013).

A leitura dos dados aponta a predominância de pessoas na faixa etária de 20 a 59 anos, 555 são do sexo masculino e 527 feminino, seguida adolescente 612, crianças (486) sendo que mas há também um número significativo de pacientes idosos, ou seja, 205 pessoas com mais de 60 anos de idade.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é insuficiente, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A área apresenta elevada concentração do mosquito *Aedes aegypti*, constituindo risco de surtos de dengue.

Os dados sobre instalações sanitárias por micro áreas são apresentados no Quadro 2.

**Quadro 1 - Residências com instalações sanitárias na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Fazenda Nova, no ano de 2013.**

DESTINO FEZES/URINA	nº
Sistema de Esgoto	0
Fossa	271
Céu aberto	289

Fonte: SIAB (2013).

Não existe um sistema público de esgoto, o destino das fezes e urina a céu aberto corresponde a 51.61% de residências e somente 271(48.39%) possuem fossa.

Os dados do tabela 2 apresentam o quantitativo de famílias que têm cobertura do serviço de coleta de lixo.

**Tabela 2- Famílias cobertas por destino do lixo na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Fazenda Nova, ano de 2013.**

DESTINO DO LIXO	nº	%
Coleta publica	18	3,21
Queimado/Enterrado	452	80,71
Céu aberto	90	16,08

Fonte: SIAB (2013).

Em relação ao lixo, a situação não é positiva, uma vez que 16% das residências fazem o descarte a céu aberto, 80,71% queimam ou enterram o lixo e apenas 3,21 % têm coleta pública.

No que tange ao abastecimento de água, os dados mostram um predomínio quase absoluto de rede com água tratada (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA,2013).

O diagnóstico situacional realizado durante as atividades do Módulo de Planejamento e Avaliação em Ações Básicas de Saúde demonstrou que a principal causa de morbidade e mortalidade ocorridas no ano de 2013, foram as doenças vasculares como complicação da hipertensão arterial com 44.72% dos casos. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA,2013).

Os dados do tabela 3 apresentam a morbidade na área de abrangência de Fazenda Nova 2013.

**Tabela 3 - Morbidade referida na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Fazenda Nova, 2013.**

Faixa etária	Morbidade referida							
	Alcoólicos		Hipertensão		Deficientes Mentais		Diabetes	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0 a 14 anos	0	0	0	0	10	1,28	0	0
15 anos e mais	17	0,44	110	8,03	32	2,02	16	1,00
Total	17	0,44	110	8,03	42	3,30	16	1,00

Fonte: SIAB( 2013).

Conforme se apreende do conjunto de dados acima, percebe-se que a hipertensão arterial é o problema de saúde que iremos trabalhar. Estes dados corroboram que a doença por hipertensão arterial está ocupando um lugar preponderante na morbidade e mortalidade, principalmente em pacientes com risco, devido ao aparecimento das doenças cardiovasculares por falta de controle dos riscos. Verifica-se assim, a dificuldade para que

o médico de família possa agir para controlar, modificar e ainda prevenir a doença, favorecendo o aumento da qualidade e da esperança de vida deste grupo de pessoas.

A Unidade Básica de Saúde Fazenda Nova funciona com um horário de atendimento de 7.00 as 12 horas e de 13.00 horas as 17.00 horas, de segunda a sexta feira. A equipe de saúde é constituída por nove agentes comunitários de saúde (ACS), um técnico de enfermagem, uma enfermeira, um motorista e um médico com jornada de 40 horas por semana. A enfermeira e o médico dispõem de 8 horas dedicadas para estudo semanal.

## 2 JUSTIFICATIVA

A partir do diagnóstico situacional previamente realizado por todos os membros da equipe de saúde e, posteriormente, discutido na reunião da equipe, foi avaliado e analisado cada um dos problemas detectados na área de atendimento. Foi escolhido como problema prioritário a hipertensão arterial além das soluções propostas para cada um deles, tendo em conta o nível de resolubilidade e resultados alcançáveis. Também foram usados dados coletados no Sistema de Informação da Atenção Básica da área de abrangência (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Nas consultas que foram feitas junto aos usuários da equipe de saúde da família, detectou-se que as principais causas de aparecimento de hipertensão arterial, sua descompensação e suas complicações, incluindo a morte, dizem respeito ao desconhecimento dos fatores de risco e as ações necessárias quanto ao correto controle.

Na área de abrangência, a principal causa de mortalidade e morbidade é dada por hipertensão arterial, possuindo número elevado de pacientes hipertensos sem controle da pressão arterial, o que justifica abordagem do problema.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção que propõe ações a fim de aumentar o conhecimento dos pacientes sobre a doença e intervir nos fatores de risco para controle da hipertensão arterial.

## 4 METODOLOGIA

Para elaboração do Plano de Intervenção ficou estabelecida uma priorização dos problemas encontrados utilizando o método de estimativa rápida e, em seguida, analisou-se as influências negativas para a população. Assim, com base nos problemas e nos nós críticos, foram desenhadas as operações e possíveis soluções, levando em conta os resultados esperados, o produto e os recursos necessários (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) do Módulo de Planejamento de Planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e textos da seção 1 do Módulo de Iniciação à Metodologia de Textos Científicos (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

Foi ainda realizado uma pesquisa bibliográfica na Scientific Electronic Library OnLine (SciELO) sobre o tema e ainda foram utilizados Manuais e Documentos do Ministério da Saúde utilizando os descritores hipertensão, fatores de risco e prevenção primária onde foram identificados artigos nas línguas portuguesa, espanhol e inglês.



## 5 REVISÃO TEÓRICA

A Hipertensão Arterial, identificada como problema prioritário pela equipe, é definida como a pressão sanguínea de valor igual ou superior a 140\90 mmhg para um adulto jovem (ABODERIN,2001).

A situação epidemiológica da hipertensão arterial de abrangência da equipe não é diferente do resto do país, onde atualmente o 41% das mulheres apresenta hipertensão arterial e 47.9% dos homens adulto. Atualmente, aproximadamente 26 % da população adulta no mundo apresenta hipertensão arterial (BRASIL, 2006).

É considerada como um agravo de caráter multifatorial, envolvendo desde questões biológicas, sociais, culturais de população, costume das pessoas, como obesidade, uso inadequado de sódio, consumo excessivo de álcool, uso de anticoncepcivo oral e o sedentarismo. A globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas também contribuem para o aparecimento da hipertensão como uma questão social ( MATOS,*et al* ,2004).

A hipertensão arterial fundamentalmente é resultado de um desequilíbrio determinado por elevado níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneo. Apresenta-se como um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, enfarte agudo do miocárdio, aneurisma arterial, doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca. Está associada à redução da esperança de vida (SANTOS; MARTINEZ, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a vigilância da hipertensão arterial, com diagnóstico válido e precoce, como importante instrumento no controle das Doenças Cérebro Vasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION,2011).

A relevância da hipertensão arterial (HA) como importante fator de risco cardiovascular (FRCV), sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não fatais quando a ela estão associados outros fatores de risco, tornam muito importante o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2004).

Em 2000, a prevalência mundial foi estimada em torno de 26%, devendo chegar em 29% em 2025, considerando apenas o aumento populacional e a composição etária. Esse percentual equivale a aproximadamente 1,56 bilhão de pessoas afetadas. Na América Latina, a HAS afeta mais de um terço da população. No Brasil, em 2008, aproximadamente 21% das pessoas com 20 anos e mais relataram diagnóstico de HAS e, em 2011, esse percentual chegou a quase 23% entre indivíduos com 18 anos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2014).

Diversos estudos internacionais sobre hipertensão utilizam o termo *awareness* para expressar o conhecimento do indivíduo quanto ao diagnóstico da doença e sua capacidade de referi-la, atuando, assim, como um indicador de sensibilidade (VARGAS; BURT,1997).

O tratamento adequado da HAS é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares e consiste em mudanças no estilo de vida e uso contínuo de um ou mais tipos de medicamentos anti-hipertensivo (CHOBANIAN *et al.*, 2003).

Na maioria dos casos desconhece-se a causa da hipertensão arterial. Porém vários são os fatores que podem estar associados a elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos. Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação destes sobre a elevação da pressão arterial. São conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta

saudável rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras sobre o comportamento dos níveis pressóricos (SARNO; MONTEIRO ,2007).

Ainda para a Sociedade Brasileira de Hipertensão, (2013, p 108) “... temos que agregar que é uma doença assintomática na maioria dos pacientes, conhecendo-se entre os galenos como a “assassina silenciosa” .

Priorizar, controlar e prevenir os fatores de risco que podem desencadear a hipertensão arterial está definido como prioridades estratégicas da OMS, com vistas a redução dos principais fatores e seus determinantes sociais e econômicos, por meio de programas comunitários destinados à promoção e à prevenção integrada das doenças não transmissíveis (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD , 2014).

## 6 PLANO DE AÇÃO

Nossa equipe começou a trabalhar na UBS de Fazenda Nova em novembro de 2013. Desde então temos trabalhado com os dados obtidos pelo SIAB local e temos recolhido, dados ao longo dos meses de trabalho, para realizar o diagnóstico situacional juntamente com equipe de saúde.

### ➤ **Seleção do Problema:**

O diagnóstico situacional da área de abrangência foram levantados os problemas. Para priorização dos problemas foram utilizados os critérios tendo em conta a distribuição dos pontos conforme sua urgência; definido se a solução do problema estava dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto. Enumeramos os problemas por ordem de prioridade e a equipe escolheu a elevado índice de fatores de riscos para hipertensão arterial na área de abrangência como problema prioritário.

### ➤ **Caracterização de problema:**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a hipertensão arterial, agora compõem dois terços de todas as mortes no mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização. O controle dos fatores de risco como o tabagismo, o sedentarismo, a má alimentação e o uso excessivo de álcool se torna ainda mais crítico.

### ➤ **Descrição de problema selecionado:**

Para descrição do problema prioritário, a equipe de saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe, principalmente pelas informações fornecidas por agentes comunitários.

Foram consideradas variáveis e indicadores da frequência de fatores de risco associados ao desenvolvimento de descompensação das DCNT (número de pacientes com descompensação de hipertensão arterial, e fatores de risco como tabagismo, obesidade e dislipidemia). Para facilitar o processo de descrição, a equipe considerou todos os dados de pacientes hipertensos com descompensações frequentes associadas a fatores. Demonstrando como os fatores de risco mencionados acima, contribuíam na incidência e prevalência de hipertensão arterial na área da abrangência

### ➤ **Explicação do problema**

Neste momento, nós tentamos explicar a realidade do problema e avaliar o impacto sobre os fatos que revelam sua existência e sintomas manifestados (Descrição do problema). O que será explicado, o centro da ação prática, isto é, como seremos capazes de agir de modo prático, eficaz e direta sobre a causa; tendo em conta o centro da ação política oportuna durante o período do plano de ação. Esta consiste em estabelecer a relação entre hipertensão, como problema prioritário, quais são os fatores, socioculturais e políticas ambientais que influenciam, de que formas poderiam atuar sobre seus fatores de risco, quais são as causas e consequências da hipertensão e fraco controle dos fatores de risco e quiser desenhar linhas para controlar este problema.

É preciso ampliar o acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde. A utilização dos serviços e dos recursos de Saúde nem sempre ocorrem de forma que quem mais precisa consiga acesso. Frequentemente, pessoas com menores riscos à saúde têm número de consultas considerado maior que o necessário para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas de saúde; enquanto outras com maiores riscos e vulnerabilidade não conseguem acesso ao cuidado.

Além disso, é necessário buscar maior qualidade da atenção à saúde, ou seja, maior capacidade dos serviços de saúde em responder de forma efetiva às necessidades de saúde, no momento em que as pessoas precisam, e a integralidade da atenção, que

compreende promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e recuperação da saúde. Refere-se, ainda, à abordagem integral do indivíduo considerando todos os sistemas fisiológicos, bem como os aspectos psicológicos, e contexto familiar e social.

➤ **Identificação dos nós críticos**

Existem causas principais geradoras do problema: *elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis: hipertensão arterial na população maior de 60 anos*, que são denominadas de nós críticos. Para o enfrentamento de cada nó é preciso definir operações ou projetos para cada nó crítico, com os resultados e produtos esperados, além dos recursos necessários para realização das ações. Segundo Campos; Farias; Santos, (2010, p.65) “o enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando” as ações.

Os nós críticos identificados foram:

Hábitos e estilos de vida inadequados

Nível baixo de Informação

Estrutura inadequada dos serviços de saúde

Agora temos que pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento dos nós críticos, elaboração do Plano de Ação propriamente dito. O Plano de Ação foi composto por operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os nós críticos) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem recursos:

- Econômicos (ou financeiros).
- Organizacionais (estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.).
- Cognitivos (conhecimento acumulado).
- De poder (também denominado recurso político) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Também faz parte deste ponto ter claro os produtos e os resultados esperados das operações, pois eles ajudam no monitoramento do plano de ação.

**Quadro 2 - Desenho de operações dos “nós” críticos do problema Hipertensão**

“Nós” Crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados.	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	<b>Mais saúde</b> Sensibilizar aos usuários hipertensos a mudanças nos hábitos e estilos de vida.	População sensibilizada e adaptada aos hábitos e estilos de vida saudável.  Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos, fumo, álcool, alimentação não saudável no prazo de 1 ano.	-Programa de caminhada orientada.  -Campanha educativa sobre alimentação saudável, habito de fumo e álcool nas palestras da sala de espera e rodas de conversa entre os grupos.-  Acompanhamento com o nutricionista.	<b>Organizacional</b> - para organizar as caminhadas e as palestras.  <b>Cognitivo</b> - informação sobre o tema e estratégias de comunicação.  <b>Político</b> - mobilização social e articulação intersectorial.  <b>Financeiros</b> - para recursos áudios-visuais e folhetos educativos.

Nível baixo de Informação	<p><b>Saber mais.</b></p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre fatores de risco e hipertensão arterial.</p>	<p>População mais informada sobre a hipertensão.</p> <p>Diminuição das descompensações da hipertensão arterial</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre Hipertensão</p> <p>Campanha educativa na unidade básica de saúde.</p> <p>Capacitação dos ACS.</p>	<p><b>Políticos</b> – Articulação intersectorial.</p> <p><b>Organizacional</b> Organização da agenda</p> <p><b>Cognitivo</b> – conhecimento sobre estratégias de comunicação.</p>
Estrutura inadequada dos serviços de saúde	<p><b>Cuidar melhor.</b></p> <p>Orientar a importância do acompanhamento dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial.</p>	<p>Garantia de exames clínicos para 90% dos pacientes com hipertensão arterial.</p>	<p>Capacitação de pessoal.</p> <p>Contratação de de exames e consultas especializadas</p>	<p><b>Cognitivo</b> - elaboração do projeto de adequação.</p> <p><b>Político</b> - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.</p> <p><b>Financeiros</b> - aumento da oferta de exames e consultas.</p>

➤ **Identificação de recursos críticos.**

Chamamos de recursos críticos aqueles indispensáveis para a realização de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso a equipe terá que criar estratégias para que possa viabilizá-los segundo Campos; Faria e Santos (2010).



➤ **Análise da viabilidade do plano.**

Devem ser identificadas 3 variáveis fundamentais:

1. Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano.
2. Quais recursos cada um desses atores controla.
3. Qual é a motivação de cada ator em relação aos objetivos do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

➤ **Elaboração do plano operativo**

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), os objetivos desse passo são:

1. Designar os responsáveis para cada operação (gerente de operação);
2. Definir os prazos para a execução das operações.

Portanto, estamos propondo as ações abaixo:

Quadro 3 - Plano Operativo.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Mais Saúde</b>	População sensibilizada e adaptada aos hábitos e estilos de vida saudável.  Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos, fumo, álcool, alimentação não saudável no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada;  Campanha educativa pela equipe de saúde.	Definir os protocolos de atendimento de pacientes com hábitos tóxicos e estilo de vida inadequado	Alexis e Adila	3 meses para o início das atividades
<b>Saber mais</b>	População mais informada sobre a hipertensão.  Diminuição das desconhecidas da hipertensão arterial	Avaliação do nível de informação da população sobre a Hipertensão Arterial.; Campanha educativa na rádio local, Programa de saúde escolar; capacitação dos ACS e dos cuidadores.	Realização de Palestras de Hipertensão Arterial e seus riscos  Reprodução de Material audiovisual na sala de espera da UBS	Márcia e Silvinha	Início em 3 meses e término em 12 meses, com avaliações a cada 3 meses.
<b>Cuidar melhor</b>	Oferta  Aumentada de consultas e	Capacitação pessoal;  Contratação de compra de	Apresentar  Projeto de Estruturação	Thomsome Clestia..	4 meses para apresentação do

	exames. Garantia de exames clínicos para 90% dos pacientes com Hipertensão	exames e consultas especializadas.	da rede.		projeto. 8 meses para aprovação e liberação dos recursos. 4 meses para compra dos equipamentos. Início em 4 meses e finalização em 8 meses.
--	---	------------------------------------	----------	--	--

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com este trabalho esperamos ter cadastrado 100% da população de nosso PSF maior de 15 anos com hipertensão arterial segundo idade e sexo. Além disto, pretendemos conhecer os fatores de risco destes pacientes e alcançar mudanças para diminuir os mesmos. Para tal foi proposto as ações de protocolos de atendimento de pacientes com hábitos tóxicos e estilo de vida inadequado, palestras de hipertensão arterial e seus riscos e apresentar projeto de estruturação da rede. Assim como conseguir a aplicação de intervenção educativa para melhorar os estilos de vida fazendo influência sobre os fatores de riscos e assim levar a um melhor controle da pressão arterial e lograr reduzir a mortalidade desta doença. Buscou-se também a partir das ações propostas, expandir o conhecimento da população sobre a Unidade de Saúde Básica com uma maior adesão ao tratamento dos pacientes com HAS.

## REFERÊNCIAS

- ABODERIN I, K. et al. **Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes**: Key Issues and Implications for Policy and Research. Summary report of a meeting of experts 2–4 May 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H.P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Minas Gerais, 2010
- CHOBANIAN AV, Bakris GL, BLACK HR, Cushman WC, GREEN LA, Izzo JL, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. **JAMA** 2003; 289: 2560-72.
- CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos . **Iniciação à Metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICA - IBGE. **Censo demográfico 2012**. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/alagoas.pdf](http://www.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/alagoas.pdf)>. Acesso em 20/12/13.
- MATOS, M. F. D et al. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do Centro de Pesquisas da Petrobrás. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 82, n. 1, p. 1 – 8, 2004.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Informe Mundial de la OMS. **Prevención de las enfermedades crónicas**: OMS; 2014.
- SANTOS FILHO, R. D.; MARTINEZ, T. L. R. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas ! **Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. v.46, n.3, p. 212-214, 2002.
- SARNO F.; MONTEIRO C.A. Importância relativa do índice de massa corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Rev Saúde Pública** 2007; 41:788-96.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Município de São José de Tapera, Dados de 2013 Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php> .Acesso em 20/12/13.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** (supl.4): 1-40. 2004

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; **Rev Hipertensão** ,Resumos,2013

VARGAS CM, BURT VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988–1991. **Prev Med.**;26(5 Pt 1):678-85 1997

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global atlas on cardiovascular disease prevention and control**. Geneva; 2011.