

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

ISAIRIS CAPOTE MORALES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE RISCOS
CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE DE ATENDIMENTO DO PSF
TROPICAL II DO MUNICÍPIO CONTAGEM-MG**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2016

ISAIRIS CAPOTE MORALES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE RISCOS
CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE DE ATENDIMENTO DO PSF
TROPICAL II DO MUNICÍPIO CONTAGEM-MG**

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.^a Liliane da
Consolação Campos Ribeiro.

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2016

ISAIRIS CAPOTE MORALES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE RISCOS
CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE DE ATENDIMENTO DO PSF
TROPICAL II DO MUNICÍPIO CONTAGEM-MG**

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

Orientadora: Profa. Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Banca Examinadora

Prof.^a Liliane da Consolação Campos Ribeiro- Orientadora

Prof.^a Christiane Motta Araújo Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

Aprovado em de de 2016.

Dedicatória:

Dedico este trabalho para meus pais que sempre me brindaram seu amor e apoio e por seu grande esforço hoje sou médica, e posso ajudar as pessoas que precisam atenção e cuidados em qualquer lugar do mundo e em qualquer circunstancia.

Agradecimentos:

Agradeço o apoio primeiramente da minha família porque sem ele não poderia estar hoje aqui, agradeço também o apoio de meus colegas de trabalho e de minha comunidade que de uma forma ou outra fizeram possível a realização deste trabalho e também a minha tutora pela ajuda brindada. Muito obrigada a todas estas pessoas por sua cooperação.

Resumo:

O objetivo deste trabalho foi propor um plano de intervenção com vistas a diminuição do risco cardiovascular na comunidade de atendimento da Equipe de Saúde da Família Tropical II do município de Contagem. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. A conclusão deste trabalho revela o fato de que a Hipertensão arterial é um problema fundamental que afeta a população de atendimento e a hipótese é de que ela é um problema em todo o Município de Contagem, apontando à importância de toda equipe investirem um forte trabalho para diminuir a incidência desta patologia crônica.

Palavras chaves: Hipertensão arterial sistêmica; Estilo de vida; Fatores de risco.

Abstract:

In the PSF Tropical II there is a high prevalence of hypertension with a total of 574 hypertensive patients, by the large number of patients with uncontrolled blood pressure and increased cardiovascular risk and its consequences. The team participated in the analysis of the problems raised and considered that at the local level we have human and material resources to do an intervention project, so the proposal is feasible. Given this high prevalence of hypertension (SAH) in the population of area and with uncontrolled disease by diet unhealthy and inappropriate lifestyles, it is believed that the proposed intervention project help and enable improves the quality of life of the population employed, with reduction of morbidity and mortality related to HAS. The overall objective was to propose a plan of intervention to decrease cardiovascular risk to decrease the prevalence of HAS the PSF team Tropical II. For the development of the contingency plan.

Keywords: hypertension; Lifestyle; Risk factors.

Lista de abreviaturas:

PSF (Posto de saúde da família)

HAS (Hipertensão arterial sistêmica)

AVC (Acidente vascular encefálico)

DIC (Doença isquêmica do coração)

FR (Fatores de risco)

PES (Planejamento Estratégico Situacional)

TFG (Taxa de Filtração Glomerular)

ECG (Electrocardiograma)

IRC (Insuficiência Renal Crônica)

PA (Pressão Arterial)

CI (Cardiopatia Isquêmica)

IC (Insuficiência Cardíaca)

OMS (Organização Mundial de Saúde)

IECAs (Inibidores da enzima de conversão de Angiotensina)

ARAs (Antagonistas dos receptores da Angiotensina II)

SUMARIO:

1.INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA..	11
3.OBJETIVOS	14
4. METODOLOGIA	15
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
8.REFERENCIAS	41

1. Introdução:

1.1 Identificação do município

Contagem é um município localizado na região central do estado de Minas Gerais e fica a cerca de 21 km da capital do estado. A população é de 603.376 habitantes e ocupam uma área de 194.586 km² com uma densidade populacional de 3.100,8 hab/km².

Em 30 de agosto de 1911, foi elevado à condição de município com o nome de Contagem. Já então, o município compreendia os distritos de Contagem, Campanha (Venda Nova), Vera Cruz e Vargem da Pantana. A partir da década de 1930, Contagem passaria a ocupar um lugar central no desenvolvimento mineiro. Durante o IV congresso Comercial, Industrial e Agrícola, realizado em Belo Horizonte em 1935, surgiu a proposta de concentrar atividades industriais mineiras em uma área específica. Essa proposta tinha como objetivo superar o atraso econômico mineiro e representava uma aposta no caminho da industrialização. Em 1970, também por iniciativa do setor público, foi constituído o segundo grande projeto de expansão industrial em Minas (Wikipédia, Enciclopédia Livre/Contagem, 2012).

Segundo os dados da UBS Tropical II tinha cadastrado no final de 2015, 574 portadores de hipertensão arterial, 423 portadores de diabetes e um portador de tuberculose. As principais causas de internação no ano de 2015 segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações do hipertensão, diabetes e câncer, as principais causas de óbitos no ano de 2015, segundo levantamento realizado a partir dos dados das DO's foram: pneumonias, IAM e acidentes de trânsito.

2. JUSTIFICATIVA:

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de Hipertensão arterial na comunidade com um total de 574 hipertensos, pelo grande número de pacientes com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável. Para uma prevenção adequada da doença cardiovascular é necessária uma boa estratificação do risco e real controle dos fatores predisponentes.

De acordo com Brito, Pantarotto e Costa (2011) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência, considerada um problema de saúde pública de âmbito mundial devido ao seu risco e dificuldade de controle. É, também, classificada como uma doença crônica, de natureza multifatorial, em muitos casos de curso assintomático.

Camargo e Bastos (2011) colocam que a hipertensão arterial é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular por apresentar alta prevalência e ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Brasil, cerca de 30% dos óbitos para todas as faixas etárias. Segundo dados de atestado de óbito dentre as doenças cardiovasculares em 2014 no Brasil, o acidente vascular cerebral (AVC) foi a primeira causa de morte seguida da doença isquêmica do coração (DIC). Na maior parte dos casos tanto o AVC como a DIC têm etiologia conhecida sendo causados por fatores de risco bem estabelecidos de acordo com Silva, J.L.L (2014).

De acordo com Franklin, Stanley (2012) na etiologia do AVC, a HAS - principalmente a hipertensão sistólica -, é o mais importante fator de risco.

Além desses, uma série de outros fatores de risco foram descritos e potencializam os fatores independentes; esses são denominados fatores predisponentes. Dentre os fatores predisponentes temos: história familiar precoce de DIC, obesidade - principalmente a do tipo central -, sedentarismo, etnia e fatores psicossociais. Um terceiro grupo de fatores de risco, cujo papel na aterogênese é provável, contudo ainda não totalmente demonstrado, é denominado grupo de fatores condicionais. Nesse grupo encontram-se triglicérides, lipoproteína(a), homocisteína, LDL pequena e densa, fibrinogênio e fatores inflamatórios. Esses últimos poderiam ser apenas marcadores e não fatores de risco.

Uma outra explicação razoável seria que fatores de risco como a obesidade central e sua associação com a síndrome metabólica e o DM teriam tido aumento de prevalência, fato que aumenta o número de pacientes expostos ao risco de doença cardiovascular .

Por fim, a falta de controle de fatores de risco condicionais, como os triglicérides, lipidemia pós-prandial, processo inflamatório ou a homocisteína entre outros poderia ter também parcela de culpa no quadro ascendente de mortalidade.

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco (FR) e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos (HA, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modificam a história evolutiva desses agravos torna ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência de acordo com Franklin, Stanley (2012)

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui ao risco cardiovascular.

3. Objetivos:

3.1 Objetivo geral:

Propor um plano de intervenção com vistas à diminuição do risco cardiovascular.

3.2 Objetivos específicos:

1. Definir os principais fatores de risco para a aparição das doenças cardiovasculares.
2. Determinar um conjunto de ações para melhorar o nível de informação sanitária da população sobre as doenças cardiovasculares.
3. Organizar o trabalho da equipe de saúde para atuar sobre os fatores de risco cardiovasculares na população.

4.METODOLOGIA

A Equipe de Saúde da Família do PSF Tropical II– MG realizou o diagnóstico situacional baseado no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS, FARIA; SANTOS, 2010).

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado 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.

Para levantar os problemas da comunidade e eleger o problema prioritário para o plano de intervenção, os dados foram coletados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), entrevista com informantes chaves do município e reuniões da equipe. A pesquisa bibliográfica foi realizada com o objetivo de dar sustentação teórica à proposta de intervenção. Foram catalogados livros, artigos e publicações de agências governamentais como Ministério de Saúde, além dos módulos de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde e Iniciação à Metodologia: textos científicos disponíveis na biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON).

5 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Smith,Liz (2012) a Hipertensão arterial é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressóricos nas artérias , o que faz com que o coração exerça maior esforço do que o necessário para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica). A pressão normal em repouso situa-se entre os 100 e 140 mmHg para a sistólica e entre 60 e 90 mmHg para a diastólica. Para que os valores sejam confiáveis, a medida deve fazer-se após um período de repouso de 5 a 10 minutos num ambiente calmo. A largura da braçadeira deve corresponder a 2/3 do comprimento do braço, com comprimento suficiente para rodear bem todo o braço envolvendo cerca de 80% deste. Uma braçadeira muito estreita origina valores falsamente altos e por sua vez uma larga demais estará na origem de falsos negativos.

A hipertensão arterial é um dos principais factores de risco para a ocorrência do AVC, tromboembólico ou hemorrágico, IMA, aneurisma arterial (por exemplo,aneurisma da aorta), doença arterial periférica , além de ser uma das causas de IRC e IC. Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança de vida de acordo com Franklin,Stanley(2012)

Classificação (JNC7)	Pressão sistólica		Pressão diastólica	
	mmHG	kPa	mmHg	kPa
Normal	90–119	12–15,9	60–79	8,0–10,5
Pré-hipertensão	120–139	16,0–18,5	80–89	10,7–11,9
Hipertensão de grau I	140–159	18,7–21,2	90–99	12,0–13,2
Hipertensão de grau II	≥160	≥21,3	≥100	≥13,3
Hipertensão sistólica isolada	≥140	≥18,7	<90	<12,0

Sociedade Europeia de Hipertensão Sociedade Europeia de Cardiologia	Sociedade Brasileira de Cardiologia Sociedade Brasileira de Hipertensão Sociedade Brasileira de Nefrologia	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	Ótima	<120	<80
Normal	Normal	120–129	80-84
Normal alta	Limítrofe	130–139	85-89
Hipertensão de grau I	Hipertensão estágio I	140-159	90-99
Hipertensão de grau II	Hipertensão estágio II	160-179	100-109
Hipertensão de grau III	Hipertensão estágio III	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

De acordo com Tobar,F,Yalour M.R.(2012) a hipertensão raramente é acompanhada de outros sinais ou sintomas, e o seu diagnóstico usualmente acontece depois de um rastreio ou durante uma consulta médica por outros problemas. Uma parte significativa de hipertensos revela sofrer de dores de cabeça sobretudo na occipital (parte posterior da cabeça) e durante a manhã, assim como vertigens, distúrbio,zumbidos na visão ou mesmo episódios de desmaio. Durante um exame físico, pode-se suspeitar de hipertensão caso se verifique retinopatia hipertensiva durante a observação do fundo do globo ocular através da oftalmoscopia.Normalmente, o grau de severidade da retinopatia hipertensiva é classificado numa escala de I a IV, embora possa ser difícil distinguir os graus intermédios entre si. O exame oftalmoscópico pode também indicar se um paciente sofre de hipertensão recente ou de longa data.

Outros sinais e sintomas podem sugerir a presença de hipertensão secundária, isto é, a hipertensão cuja causa possa ser identificada, como no caso de doenças renais ou endócrinas. Por exemplo, a obesidade de tipo androide, a pouca tolerancia a glicose e estrias azuladas sugerem a presença de uma Síndrome de Cushing .As doenças da tiroide e a acromegalia podem também causar hipertensão e têm sintomas característicos. O sopro abdominal

pode ser indicador de estenose da artéria renal, um estreitamento das artérias que irrigam os rins, enquanto a baixa pressão arterial nas extremidades inferiores e/ou pulsações ausentes ou fracas na artéria femoral podem indicar coarctação da aorta (estreitamento da aorta descendente). Hipertensão instável ou paroxística acompanhada por dores de cabeça, palpitações, palidez e transpiração levantam suspeitas da presença de feocromocitoma de acordo com Silva, J.L.L. (2014)

A hipertensão arterial primária, essencial, ou idiopática, é a forma mais comum de hipertensão, contabilizando 90 a 95% de todos os casos da doença. Em praticamente todas as sociedades contemporâneas a pressão arterial aumenta a par do envelhecimento, o que é fisiológico e relacionado com o aumento de rigidez da parede arterial. Silva, J.L.L. (2014)

De acordo com Franklin, Stanley (2012) a hipertensão essencial é consequência de uma interação complexa entre genes e fatores ambientais nomeadamente o consumo de sal. Entre os maus hábitos que contribuem para o aumento da pressão arterial estão o consumo de muito sal na dieta. Ainda não é conclusiva a possível influência de outros fatores como o stress, o consumo de cafeína ou a insuficiência de vitamina D.

Pensa-se que a resistência à insulina, comum em casos de obesidade e um dos componentes da síndrome metabólica, contribua também para a hipertensão. Investigações recentes têm vindo a responsabilizar alguns acontecimentos ocorridos durante o início da vida, como o baixo peso à nascença, o tabagismo durante a gravidez e a ausência de amamentação considerando-os fatores de risco para a hipertensão primária na idade adulta, embora os mecanismos exactos dessa relação continuem por esclarecer. A hipertensão arterial secundária é consequência de uma causa identificável. As doenças renais são a causa mais comum de hipertensão secundária, ocupando lugar de destaque a estenose da artéria renal a par de transtornos endócrinos como a Síndrome de Cushing, o hipertireoidismo, hipotireoidismo, a acromegalia a síndrome de Conn ou hiperaldosteronismo primário, o hiperparatireoidismo e tumores como os paragangliomas e os feocromocitomas. Na coarctação da aorta a hipertensão arterial existe unicamente acima do nível da coarctação, havendo hipotensão nos membros

inferiores. Entre as outras possíveis causas encontra-se a obesidade, a apneia do sono, a gravidez, o consumo excessivo de álcool e o uso de determinados medicamentos tais como: *Corticóides*: Mineralocorticóides, Glicocorticóides, Esteróides sexuais Anti-Inflamatórios *não esteróides*,

- *Drogas de ação sobre o sistema nervoso simpático*: Glucagon, cocaína, Anorexígenos, Descongestionantes, Antitússicos, Sibutramina, Bromocriptina, Clozapina, Dissulfiram, Ioimbina.
- Antidepressivos: Inibidores da monoamino oxidase, Antidepressivos tricíclicos, Agonistas serotoninérgicos
- *Anestésicos e Narcóticos*: Quetamina, Desflurano, Naloxona, Sevoflurano *Miscelânea (outras drogas)*: Ciclosporina, Tacrolimus, Eritropoietina recombinante humana Anti-retrovirais, Etanol, cafeína, Chumbo, Cádmiio, Arsenico.

De acordo com Smith, Liz (2012) a hipertensão hipercaliémica familiar, conhecida por síndrome de Gordon ou pseudo-hipoaldosteronismo do tipo II, é uma forma muito rara de hipertensão arterial, autossómica dominante, caracterizada por hipercaliemia, acidose metabólica com hiperclorémia e função renal normal, tendo servido de base aos primeiros estudos genéticos da hipertensão arterial.

O diagnóstico de hipertensão faz-se na presença de pressão sanguínea elevada e persistente. Tradicionalmente, isto implica três medições com esfigmomanómetro efectuadas em consultório médico, depois de o doente estar em repouso pelo menos 10 minutos, efectuadas em posição sentada e repetidas com um intervalo a considerar consoante a gravidade do aumento de pressão arterial, se tal for o caso. No caso de se tratar de uma hipertensão limite, o intervalo poderá ser de um mês. Nos casos de hipertensão severa o doente deverá ser imediatamente medicado. De modo a evitar o "efeito bata branca" em que por ansiedade a pressão arterial aumenta em presença do médico, poderá ser facultada a medição da pressão arterial em casa, com medições a várias horas do dia, sempre após os 10 minutos de repouso. O paciente fará assim um mapping durante 3 a 7 dias que será avaliado pelo seu médico assistente. As medições deverão no primeiro dia ser efectuadas nos

dois braços, e se houver uma diferença de mais de 20 mmHg na pressão sistólica, as medições seguintes serão sempre efectuadas no braço com pressão mais alta. Em caso contrário será sempre escolhido o braço direito, pois antes de chegar às artérias do lado esquerdo já foi alimentado o braço direito e o cérebro e a pressão será assim discretamente mais baixa do lado esquerdo. O diagnóstico inicial de hipertensão deve também considerar um exame físico e todo o historial médico do paciente. A pseudohipertensão entre os idosos pode também ser um factor a considerar no diagnóstico. Esta situação deve-se à calcificação das artérias, o que resulta em níveis de leitura anormalmente elevados no esfigmomanómetro enquanto que as medições intra-arteriais são normais. Não esquecer que o processo de endurecimento das paredes das artérias é progressivo com o envelhecimento e o aumento de pressão arterial sistólica com a idade também será progressivo sem que isto signifique hipertensão arterial. Estes dados desafiam o consenso actual, muito rígido nos critérios de hipertensão arterial acima dos 70 anos de acordo com Tobar,F,Yalour M.R.(2012).

Smith,Liz(2012) cita que uma vez completo o diagnóstico da hipertensão, o médico pode tentar identificar a causa com base em outros sintomas eventuais. A hipertensão secundária é mais comum na infância e adolescência, sendo na maior parte dos casos causada por doenças renais. A hipertensão primária é mais comum entre adultos e corresponde a múltiplos factores de risco, incluindo obesidade, hábitos alimentares em que predomina o excesso de sal, o consumo diário de águas ricas em cloreto de sódio e antecedentes familiares. Podem também ser realizados exames de laboratório de modo a identificar possíveis causas de hipertensão secundária, e determinar também se a hipertensão já causou danos no coração, olhos ou rins. Também são normalmente realizados exames complementares para a diabetes e colesterol elevado, uma vez que ambos são factores adicionais de risco para a eventualidade de uma doença cardiovascular e podem requerer tratamento complementar.

Franklin,Stanley (2012) cita que a creatinina no soro é medida com o intuito de despistar a eventual presença de doenças renais, que podem ser tanto causa como consequência da hipertensão. A creatinina do soro por si só

pode sobrestimar a (TFG), e orientações recentes têm indicado o uso de equações preditivas para avaliar correctamente a taxa. A TFG indica também uma medida base da função renal que pode ser usada para monitorizar efeitos secundários nos rins de determinados fármacos anti-hipertensivos. Para além disso, detecção de proteínas em amostras de urina é usada como indicador secundário de eventuais doenças renais. É feito também um (ECG) de modo a revelar eventuais indícios de que o coração esteja a ser submetido a um esforço adicional devido à pressão arterial elevada. Pode também mostrar se existe ou não uma hipertrofia do ventrículo esquerdo ou se o coração foi já sujeito a um distúrbio menor, como por exemplo um enfarte silencioso. Pode ainda ser realizada uma radiografia torácica ou um ecocardiograma de modo a verificar sinais indicadores de um eventual aumento ou danos no coração.

De acordo com Tobar,F,Yalour M.R.(2012) a maior parte das complicações que a pressão arterial elevada acarreta é experienciada por indivíduos que não estão diagnosticados como hipertensos. Deste modo, torna-se necessária a adopção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada e reduzir a necessidade de terapias à base de fármacos anti-hipertensivos. Antes de se iniciar qualquer tratamento, recomenda-se alterações do estilo de vida de modo a reduzir a pressão arterial. Como meio de prevenção primária da hipertensão, as orientações de 2004 da Sociedade Britânica de Hipertensão, em consonância com as definidas já pelo Programa Educativo para a Alta Pressão Sanguínea dos Estados Unidos em 2002 recomendam as seguintes alterações ao estilo de vida:

- manter o peso normal em adulto (i.e. índice de massa corporal de 20–25 kg/m²);
- reduzir o consumo de sódio para <100 mmol/ dia (<6 g de cloreto de sódio ou <2,4 g de sódio por dia);
- praticar actividade física aeróbica de forma regular, como caminhar a pé (≥30 min por dia, a maior parte dos dias da semana);
- limitar o consumo de álcool a 3 unidades por dia em homens e 2 unidades por dia em mulheres;
- manter uma dieta rica em fruta e vegetais (pelo menos cinco porções por dia).

As alterações dos hábitos e estilo de vida, quando feitas correctamente, podem baixar a pressão arterial para valores idênticos aos obtidos com medicação. A combinação de duas ou mais alterações pode produzir resultados ainda melhores. Com a evolução da investigação sobre a genética da hipertensão arterial será possível no futuro estudar geneticamente a população, detetar os fatores de risco geneticamente relacionados com a doença e fazer a profilaxia desta de acordo com Silva,J.L.L(2014).

A hipertensão é o factor de risco mais importante e evitável nos casos de morte prematura à escala mundial. Aumenta significativamente o risco de cardiopatia isquémica ,acidentes vasculares cerebrais , doença arterial periférica e outras doenças cardiovasculares, incluindo insuficiência cardíaca , aneurisma da aorta, aterosclerose e embolia pulmonar. A hipertensão arterial constitui ainda um factor de risco para a IRC e para o transtornos cognitivos como perturbações da memória e períodos de confusão e mesmo demência.Outras complicações podem ainda incluir retinopatia hipertensiva e nefropatia hipertensiva de acordo com Silva,J.L.L(2014).

5.1 Fatores de risco:

Fatores de risco não modificáveis

Idade:

Quanto à idade, todos os indivíduos encontram-se na faixa dos 40 anos ou mais (100%). Percebe-se, através da análise de conteúdos de literatura científica, que o aumento da pressão com o avançar da idade tem sido observado, embora segundo III CBHA (BRASIL, 2001) indique que esse aumento não represente um comportamento fisiológico normal. Preveni-lo constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando as dificuldades e o elevado custo social de seu tratamento e de suas complicações de acordo com Smith,Liz(2012)

Hereditariedade:

O carácter hereditário aparece em 74% dos sujeitos. Para BARRETO-FILHO & KRIEGER (2003), dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos.

Citam como exemplo o sistema regulador da pressão arterial e sensibilidade ao sal.

Os autores deixam claro que a hipertensão arterial pode ser entendida como uma síndrome multifatorial, de patogênese pouco elucidada, na qual interações complexas entre fatores genéticos e ambientais causam elevação sustentada da pressão. Em aproximadamente 90% a 95% dos casos não existe etiologia conhecida ou cura, sendo o controle da pressão arterial obtido por mudanças do estilo de vida e tratamento farmacológico de acordo com Smith,Liz(2012)

□ **Sexo:**

Dos sujeitos da pesquisa, somente um era do sexo masculino o que corresponde a 4,35%. Como houve uma predominância do sexo feminino, fez-se por relevante abordar a relação entre climatério e HAS onde IRIGOYEN et al (2003) afirmam que estudos demonstraram que a pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres até a faixa etária de 60 anos. Sugere-se que os hormônios ovarianos são responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres (durante o climatério) e com a chegada da menopausa a prevalência da pressão alta entre homens e mulheres tende a se aproximar de acordo com Smith,Liz(2012)

Os fatores de risco modificáveis

· Hábitos sociais e uso de anticoncepcionais:

Anticoncepcionais: 34,7% dos sujeitos da pesquisa fizeram ou fazem uso de contraceptivo hormonal. Smith,Liz(2012) afirma que a ingestão de anticoncepcionais orais deve ser considerada como possível causa de hipertensão arterial. Embora não haja contra-indicação formal, o “uso de anticoncepcionais orais deve ser evitado em mulheres com mais de 35 anos de idade e em obesas, pelo maior risco de hipertensão arterial. Em mulheres com mais de 35 anos e fumantes irreduzíveis, o anticoncepcional oral está formalmente contra-indicado”

Tabagismo: 82,3 % não fumam. 28,7% já fumaram ou fumam. É evidente que os efeitos do tabagismo são maléficos em curto ou longo prazo para saúde. O fator vasoconstricção é o mais relevante, além de acelerar o processo de arteriosclerose. Geralmente, o fumante busca o famoso “cafezinho”, nas situações estressantes e também condicionam ao consumo de cafeína. . Smith,Liz(2012 afirma que “a cafeína e a nicotina elevam agudamente a PA” o tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lípides séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas.

Bebida alcoólica: 65% declararam-se não consumidores de bebidas alcoólicas, enquanto 35% consomem socialmente. “O consumo de álcool eleva a PA tanto agudo quanto cronicamente”. “Padrões de consumo e comportamento são os principais fatores de risco para HA. Destacam-se o consumo excessivo de calorias e de bebidas alcoólicas, a inatividade física, a baixa ingestão de potássio e o elevado consumo de sódio.

Padrões alimentares e aspectos físicos

Franklin,Stanley(2012)cita que o sedentarismo e obesidade: Os dados mostram que 39,1% não praticam atividade física regularmente; contra os 71,9 % que praticam alguma atividade física com regularidade. Entretanto, é necessário avaliar a frequência e intensidade desses exercícios referidos pelos docentes já que 56,52 % estão acima do peso, considerando IMC ideal até 25, segundo BRASIL (2002, p.22). Destes, 38% já são considerados obesos moderados classe 1(IMC entre 30 - 34,9), segundo classificação da OMS. O risco de co-morbidade é moderado o que inclui HAS.

Hábitos alimentares: Quanto ao número de refeições, grande parte do grupo (39,4 %) informou que faz 4 refeições ao dia e 4,3% fazem uma refeição ao dia. O mais importante sobre a alimentação não é o número de vezes, mas sim a qualidade do que é ingerido. Sal, refrigerantes, charque e massas estão no cardápio dos docentes.

Quando não é possível uma alimentação adequada, é substituída por lanches que, do ponto de vista nutricional, deixam a desejar, além de serem

uma boa fonte de calorias e gorduras saturadas. Assim como os salgadinhos de pacote que além do sal, em sua maioria, contém massa na composição. Salgadinhos de pacote são consumidos esporadicamente por 52 % e recusados por 39% e está no consumo frequente de 9%.

Segundo Silva,J.L.L(2014) o consumo frequente de enlatados apareceu em 65,21% como raramente, e 13,3% que consomem frequentemente. Importante quantificar devido à grande quantidade de condimentos — dentre eles o sal — e calorias encontradas em enlatados e conservas. Nos grandes centros urbanos, é comum o consumo de enlatados e conservas devido à praticidade para o consumo. Por sua vez, o consumo frequente de conservas apareceu em 78,26% onde 6,65% consomem frequentemente.

O consumo de massas é de 100% aparecendo em 69,56% com frequência e esporadicamente para 30,44%.

Leite e seus derivados são relatados por 100% dos sujeitos da pesquisa como consumidos frequentemente. Tais alimentos são ricos em cálcio que por um lado é bom, pois "estudos epidemiológicos sugeriram uma relação inversa entre a ingestão dietética de cálcio e a HAS: os hipertensos consomem menos cálcio do que as pessoas normotensas" (OPARIL, 1997, p.291). Deve-se consumir queijo branco (rico em cálcio) e leite desnatado que possui menos gorduras saturadas.

53,52 % admitem consumir frequentemente doces, enquanto 26,08 % consomem doces raramente. 20,40% não consomem doces.

A carne salgada (carne de sol, ou carne seca) é consumida esporadicamente por 69% dos sujeitos, enquanto 13% consomem com frequência e 17% não consomem.

As carnes vermelha e branca são consumidas frequentemente por 100% dos sujeitos sendo que 65% consomem frequentemente os dois tipos de carne. Uma dieta básica para o controle/ profilaxia da HAS inclui 90 g de carne branca peixe ou ave.

A carne vermelha contém mais gorduras saturadas. O estudo de Shaw,Gina (2010) demonstra uma dieta rica em ácidos graxos não

esterificados que atuam no sistema nervoso central, responsável pela liberação de substâncias vasoconstritoras, o que pode resultar no aumento da pressão pelo menos agudamente.

Os especialistas recomendam 9 gramas de sal por dia que pode ser conseguido naturalmente durante uma refeição se não for controlado o uso de cloreto de sódio. 22 % utilizam o saleiro frequentemente durante as refeições; 18% utilizam raramente o saleiro; 60 % não utilizam o saleiro.

Muitos docentes moram distante de casa, o que faz com que 39,14 % alimentem-se na rua. A quantidade de sal utilizada no preparo dos alimentos em restaurantes não é informada, ao se utilizar o saleiro, acrescenta-se mais sal a alimentos que naturalmente já contém sódio em quantidade ideal.

60,86 % admitem beber refrigerantes durante as refeições destes 71,4% dizem que é com pouca frequência, enquanto 28,6% admitem consumir diariamente. Os refrigerantes contêm, em grande parte de sua composição, açúcar fonte de calorias concentradas (200 ml = 90 calorias). (ibid)

O mundo contemporâneo com dietas industrializadas, ricas em sódio, carboidratos e colesterol são fatores de risco não só para a hipertensão arterial bem como obesidade, dislipidemia e diabetes. Estes fatores agravados pelo sedentarismo favorecem a elevação de riscos para as complicações tardias e imediatas da doença. O aspecto físico somado aos hábitos alimentares inadequados indica uma dieta hiper-sódica e hipercalórica que contribuem para elevação da pressão.

5.2 Tratamento:

Alterações no estilo de vida e medicação:

A primeira forma do tratamento da hipertensão é idêntica às alterações no estilo de vida recomendadas na prevenção e incluem: alterações na dieta, exercício físico, e controle do peso. Todas estas medidas têm demonstrado reduzir de forma significativa a pressão arterial em indivíduos hipertensos. No entanto, se a pressão for tão elevada que justifique o uso imediato de medicamentos, as alterações dos hábitos de vida continuam a ser recomendadas em conjunto com a medicação. Tem-se publicitado vários

programas de redução da hipertensão arterial através da redução do *stress* psicológico, como técnicas de relaxamento, meditação ou biofeedback . No entanto, as alegações de eficácia quase nunca não são confirmadas por estudos científicos, e os poucos que existem são de qualidade e metodologia duvidosa cita Franklin,Stanley(2012)

A alteração dos hábitos alimentares, como a adopção de uma dieta de baixo teor de sal, é benéfica. Está demonstrado que uma dieta com pouco sal durante um período de apenas quatro semanas, oferece benefícios tanto em hipertensos como em pessoas com pressão arterial regular. De igual modo, está também demonstrado que uma dieta rica em frutos secos, cereais integrais, peixe, carne branca, frutas e vegetais, diminui de forma significativa a pressão arterial. Uma das principais vantagens da dieta é diminuir o consumo de sódio, embora seja rica em potássio, magnésio, cálcio e proteínas.Estão disponíveis várias classes de fármacos para o tratamento da hipertensão, referidos em conjunto como anti-hipertensivos. A prescrição deve considerar sempre o risco cardiovascular do paciente (incluindo o risco de enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral) e os valores de pressão arterial medidos, de forma a obter um perfil cardiovascular preciso do paciente. Caso seja dado início ao tratamento com medicamentos, o JNC7 recomenda que o médico não só monitorize a resposta do paciente à medicação, como identifique os efeitos secundários que possam vir a ocorrer. Segundo o relatório JNC7, a redução da PA em apenas 5 mmHg pode reduzir o risco de um AVC em 34%, de CI em 21%, e a probabilidade de vir a sofrer de demencia, IC e do risco de morte por doença cardiovascular .O objectivo do tratamento deve ser reduzir a pressão arterial para valores iguais ou inferiores a 140/90 mmHg na maior parte dos indivíduos e inferiores nos que sofrem de diabetes ou de doenças renais (alguns profissionais recomendam a manutenção de valores inferiores a 120/80 mmHg) porém tendo sempre em conta cada caso em particular. Caso não se consiga atingir este objectivo, deve ser realizada uma alteração no tratamento, já que a inércia clínica é um claro impedimento do controlo da pressão arterial de acordo com Franklin,Stanley(2012)

De acordo com Smith,Liz(2012) as orientações para a selecção de fármacos e a determinação da melhor forma de tratar vários subgrupos têm

mudado ao longo dos anos e entre os próprios países. O melhor fármaco de primeira linha é ainda controverso. As orientações da Colaboração Cochrane , da OMS, as Guideline americanas, as do Reino Unido, as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, variam muito sobre qual o medicamento de primeira linha a usar no tratamento da hipertensão, mas são unânimes na utilização dos (IECAs) e/ou dos antagonistas dos receptores da angiotensina II (ARAs). No Japão e no Canadá é aceitável começar o tratamento com qualquer uma das seis classes de medicamentos, que incluem IECAs, Bloqueador dos canais de cálcio , diuréticos, bloqueadores beta e bloqueadores alfa , se bem que no Canadá os bloqueadores alfa estão excluídos. Vemos assim que as opiniões divergem muito e o médico assistente do paciente ou o cardiologista deverá avaliar cada caso de modo a decidir qual a melhor terapêutica para o seu paciente.

Os ARAs, provaram ser excelentes medicamentos para um controle inicial da hipertensão arterial e são muito eficazes quando associados aos IECAs, em muitas das hipertensões até então consideradas resistentes, em casos de insuficiência renal ou cardíaca. Os bloqueadores do cálcio provocam com muita frequência edemas dos membros inferiores que podem chegar ao estágio de eritromelalgia e são pouco aconselháveis nos idosos cuja mobilidade está diminuída e no adulto jovem em presença de insuficiência venosa dos membros inferiores. Os diuréticos têm um papel predominante assim como os beta-bloqueantes cita Smith,Liz(2012)

Recentemente, os inibidores diretos da renina , dos quais o alisquireno é o único disponível, são promissores, podem ser úteis quando outros bloqueadores falharam, porém estão ainda em fase experimental, não se conhecendo as suas contra-indicações nem os eventuais efeitos secundários. Estão obviamente contra-indicados na gravidez e não se conhecendo os efeitos colaterais também não se pode conhecer as interações medicamentosas. Há estudos que demonstram a potencialização do efeito quando administrados conjuntamente com os diuréticos, os IECAs e os ARAs porém é ainda muito cedo para tirar conclusões e usá-los na clínica diária, sobretudo em pacientes com outras patologias tomando medicação diferente da anti-hipertensiva segundo Smith,Liz(2012).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO:

6.1 Problemas identificados.

A equipe de saúde por meio da obtenção de dados das histórias clínicas familiares, entrevistas na comunidade, discussões de equipe e a través de uma pesquisa ativa e passiva feita com a comunidade determinou os principais problemas que afetam a população que são:

- alta prevalência de doenças crônicas cardiovasculares .
- polifarmácia, uso de mais de cinco remédios por elevado número de pacientes.
- uso indiscriminado de psicofármacos.
- abuso de álcool

6.1.1 Priorização de problemas

Depois de uma discussão na equipe e tendo em conta:

- a importância, atribuindo valor “alto, médio ou baixo”,
- urgência, distribuindo pontos conforme apreciação, e
- capacidade para enfrentar os problemas identificados, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto, damos uma ordem de prioridade como mostra-se no quadro.

Quadro 3: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe 62 Tropical II no ano 2015.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de doenças crônicas	Alta	8	Parcial	1
Polifarmácia, uso de mais de cinco remédios por elevado número de pacientes	Alta	7	Parcial	2
uso indiscriminado de psicofármacos	Alta	6	Parcial	3
Abuso de álcool	Alta	5	Parcial	4

Depois de um debate , a equipe considerou que o problema de **Alta prevalência de doenças crônicas cardiovasculares** é de prioridade 1.

6.1.2 Descrição do problema selecionado.

A doenças crônicas que mas afeita a população de minha unidade de saúde são a Hipertensão arterial e a Diabetes Melito e a Hipertensão arterial com mais prevalência ainda,em nossa área de abrangência temos 574 hipertensos 441 diabéticos, estas são doenças hereditárias , além de isso há fatores de risco da população que incrementa as incidências e complicação delas , como são idade acima de 45 anos , obesidade ,sedentarismo , malos hábitos alimentares , consumo do álcool, tabagismo , baixo nível cultural ,etc. Por isso temos que orientar á população e lograr alterações dos hábitos e estilos de

vida , para poder evitar o incremento destas doenças assim como complicações delas .Exemplo

- manter o peso normal em adulto (i.e. índice de massa corporal de 20–25 kg/m²);
- reduzir o consumo de sódio para <100 mmol/ dia (<6 g de cloreto de sódio ou <2,4 g de sódio por dia);
- praticar actividade física aeróbica de forma regular, como caminhar a pé (≥30 min por dia, a maior parte dos dias da semana);
- limitar o consumo de álcool a 3 unidades por dia em homens e 2 unidades por dia em mulheres;
- manter uma dieta rica em fruta e vegetais (pelo menos cinco porções por dia).

As alterações dos hábitos e estilo de vida, quando feitas correctamente, podem baixar a pressão arterial para valores idênticos aos obtidos com medicação. A combinação de duas ou mais alterações pode produzir resultados ainda melhores.

6.1.3 Os problemas identificamos como "nos críticos" são :

- Hábitos e estilos de vida
- Nível de informação sanitária
- Organização do processo de trabalho da equipe de saúde.

6.1.4 Desenho de operações:

Quadro 4: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema alta prevalência de doenças cardiovasculares .

Nó crítico.	Operação/ Projeto.	Resultados Esperados.	Produtos.	Recursos Necessários.
Hábitos e estilos de vida inadequados	Modificar hábitos e estilo de vida	Disminuir a un 80 % o nivel de sedentarismo ,obesidad , malos hábitos dietéticos ,habito de fumar	Intervenção na reunião de equipe e com a comunidade, fazer palestras educativas com a comunidade para explicar sobre a importância de modificar os estilos de vida inadequados falando sobre a importância de acabar com os hábitos tóxicos, fazer exercícios físicos, levar uma dieta	Cognitivo: Conhecimento de técnicas de trabalho. Político: Vontade de incrementar qualidade de vida da população. Organizacional : Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde em Doenças Crônicas. Financeiro: Financiamento de materiais para EPS

			saudável.	
Nível de informação sanitária insuficiente	Aumentar oferta de materiais educativos para a população.	. Melhorar o nível de conhecimento sobre a doença. Incrementado conhecimentos em técnicas de trabalho em EPS, por ACS	.Incrementada a motivação do pessoal de equipe sobre técnicas de EPS em DCNT, mediante aulas para aprender os aspectos mais importantes sobre doenças cardiovasculares, e a forma de atuar com a comunidade para diminuir os riscos.	Cognitivo: Conhecimento de técnicas de trabalho. Político: Vontade de incrementar qualidade de vida da população. Organizacional : Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde em Doenças Crônicas. Financeiro: Financiamento de materiais para EPS
Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde.	Melhorar processo de atendimento dos profissionais .	Melhorar atendimento e dar cobertura à população com doenças crônicas em mais de 80%.	Incrementada a motivação do pessoal profissional mediante palestras educativas, reuniões de equipe, utilização de material	Cognitivo: Conhecimento das portarias de trabalho do SUS. Político: Mobilização setorial a solução problema.

			educativo como livros, vídeos educativos, conferências.	Organizacional : Organização de agendas do trabalho.
--	--	--	---	--

Quadro 5: Identificação dos recursos críticos.

Operação / Projeto.	
Nível de informação sanitária insuficiente	<p>Cognitivo: Conhecimento de técnicas de trabalho.</p> <p>Político: Vontade de incrementar qualidade de vida da população.</p> <p>Organizacional: Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde em Doenças Crônicas.</p> <p>Financeiro: Financiamento de materiais para EPS</p>
Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde.	<p>Político: Vontade de melhorar processo de atendimento, com profissionais de programa mais médicos.</p> <p>Cognitivo: Adequação do processo atendimento segundo numero de cadastrados por portarias do SUS.</p> <p>Organizacional: Adequação do processo de trabalho na UBS Laguna..</p>
Hábitos e estilos de vida inadequados	<p>Cognitivo: Vontade de incrementar conhecimento da população</p> <p>Político: Vontade de incrementar qualidade de vida da população.</p> <p>Organizacional: Gerenciar recursos</p>

	<p>para oferecer educação pela saúde em Doenças Crônicas.</p> <p>Financeiro: Financiamento de materiais para EPS</p>
--	--

6.1.5 Análise de viabilidade do plano:

Quadro 6: Análise de viabilidade do plano; “nós” críticos do problema alta prevalência de doenças cardiovasculares.

Operação / Projeto.	Recursos críticos.	Controle dos recursos críticos. Ator que controla Motivação	Ação Estratégica.
Hábitos e estilos de vida inadequados	<p>Cognitivo: Vontade de incrementar conhecimento da população</p> <p>Político: Vontade de incrementar qualidade de vida da população.</p> <p>Organizacional: Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde em Doenças Crônicas.</p> <p>Financeiro: Financiamento de materiais para EPS</p>	<p>Gerencia da UBS. Favorável</p> <p>Gerencia da UBS. Favorável</p> <p>Gerencia da UBS. Favorável</p> <p>Gerencia da UBS. Favorável</p>	Apoio da Secretaria de Saúde.

<p>. Nível de informação sanitária insuficiente</p>	<p>Cognitivo: Conhecimento de técnicas de trabalho. Político: Vontade de incrementar qualidade de vida da população. Organizacional: Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde em Doenças Crônicas. Financeiro: Financiamento de materiais para EPS</p>	<p>Gerencia da UBS. Favorável Gerencia da UBS. Favorável Gerencia da UBS. Favorável Gerencia da UBS. Favorável</p>	<p>Cumprir projetos. Apresentar estratégias de trabalho.</p>
<p>Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde.</p>	<p>. Político: Vontade de melhorar processo de atendimento, com profissionais de programa mais médicos. Cognitivo: Adequação do processo atendimento segundo numero de cadastrados por portarias do SUS. Organizacional:</p>	<p>Secretaria de Saúde. Favorável Gerencia da UBS. Favorável Gerencia da UBS. Favorável</p>	<p>Apoio da secretaria de saúde, gerencia das UBS.</p>

	Adequação do processo de trabalho na UBS		
--	--	--	--

6.2 Elaboração do plano operativo:

Quadro 7: Elaboração do plano operativo. Gestão de Plano “nós” críticos do problema alta prevalência de doenças cardiovasculares.

Operação / Projeto.	Ação Estratégica.	Resultados Esperados.	Responsável
Hábitos e estilos de vida inadequados	Apresentar projetos e estratégias de intervenção para melhorar os estilos de vida inadequados na comunidades por médio de palestras educativas, criação de grupos operativos de pacientes com patologias cardiovasculares, passar vídeos educativos sobre a importância da mudança dos estilos de vida.	Melhorado o nível de conhecimento sobre a doença na comunidade e a mudança dos estilos de vida para reduzir a aparição de estas doenças e suas complicações. Esta ação será feita em um prazo longo ate 2016.	Equipe de Saúde, Medico, Enfermeira e ACS.
.Nível de informação sanitária insuficiente	Apresentar projetos e estratégias de intervenção para aumentar o nível de informação sanitária da equipe de trabalho e da	Incrementar em um 50% o nível de conhecimento da equipe da saúde e da comunidade sobre as doenças cardiovasculares em prazo de um ano ate	Equipe de Saúde, Distrito Sanitário e Secretaria de Saúde.

	<p>comunidade em geral por médio de material educativo de ajuda, livros, vídeos, conferências de especialistas na matéria, reuniões de equipe onde cada pessoa discuta um tema específico sobre as doenças cardiovasculares, os fatores de riscos, por médio também de palestras educativas, entrevistas individuais e coletivas, criação de grupos operativos.</p>	2016.	
.Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde	<p>Apresentar, Avaliar e Aprovar projetos onde a equipe de saúde consiga melhorar seu processo de trabalho por médio de reuniões, debates onde cada profissional exponha seus critérios para mudar os fatores que estão influenciando de forma negativa no trabalho, lograr a união da equipe para conseguir estas</p>	<p>Modificar o processo de trabalho na equipe de saúde 62 para que esta consiga de forma integral o domínio da população, seus problemas de saúde e a solução dos mesmos em um prazo de 1 ano para 2016.</p>	<p>Gerente da UBS. Equipe de saúde</p>

	mudanças.		
--	-----------	--	--

6.3 Gestão do plano:

A avaliação de cada operação será feita a cada seis meses em uma planilha onde será incluído, o produto, os responsáveis pelas ações, o prazo, a situação atual, a justificativa e, novos prazos se necessário.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa análise bibliográfica efetuada entre 2010 e 2014, usando Medline, complementada por pesquisa manual, foi feito um estudo estatístico na Universidade de Tulane (Nova Orleans) que chegou à conclusão de que cerca de mil milhões de pessoas sofrem de hipertensão arterial, o que corresponde a 26% da população adulta mundial e depois de fazer este trabalho cheguei a conclusão que a Hipertensão arterial é o problema fundamental que afeta a minha população de atendimento, e meu critério é que ela é um problema em todo o Município de Contagem também, e por isso que eu como profissional da saúde junto com toda minha equipe vamos fazer um forte trabalho em nossa área para diminuir a incidência desta patologia crônica que tantas complicações trouxe para as pessoas e nosso objetivo é reduzir o número de hipertensos e conseguir que a população aumente seu nível de conhecimento sobre as doenças cardiovasculares e seus fatores de risco e de esta forma nossa comunidade será cada dia mais saudável .

8. REFERÊNCIAS

Arguedas JA, Perez MI, Wright JM, Treatment blood pressure targets for hypertension [archive]. Cochrane Database Syst Rev 2010; 3. CD004349.pub2

BRITO, E. S.; PANTAROTTO, R. F. R.; COSTA, L. R. L. G. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). **J Health SciInsti**. 2011, 265 p.

CAMARGO A.C; BASTOS V.P. Manual de Orientação Clínica. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**. São Paulo: SES/SP. 2011. 11-14 p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 23 julho 2015.

G., Mancia; De Backer G, Dominiczak A, Renata Cifkova, Robert Fagard, Giuseppe Germano, Guido Grassi, Anthony M Heagerty, Sverre E Kjeldsen. (setembro 2014). "2014 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension" (em inglês). *J. Hypertens*. **25** (9): 1751–62..

NETTINA, S.M. *Prática de enfermagem*. 7ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

NIH – NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH.. *Seventh Report Of The Joint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation, And Treatment Of High Blood Pressure*. NIH Publications. n. 03-5231, 2013.

Shaw, Gina (2010-03-07). WebMD. Consultado em 02-01-2013.

SMITH, Liz. (Outubro 2012" (em inglês). *Am Fam Physician* **72** (7): 1391-8.

SILVA, J.L.L. *Estilo de vida docente x fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica*. 2014.157f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem e Licenciatura)- Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2014.

TOBAR, F; YALOUR M.R. *Como fazer teses em saúde pública – conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

U.S. Department of Health and Human Services (2013). (PDF) (em inglês). Consultado em 01/01/2013

Wikipédia, Enciclopédia Livre: www.wikipedia.org/contagem,2012.

National Clinical Guidance Centre (Agosto de 2011). «7 Diagnosis of Hypertension, 7.5 Link from evidence to recommendations (PDF) National Institute for Health and Clinical Excellence [S.I.] p. 102. Consultado em 22-12-2012.