

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

BARBARA MELANIA DIAZ MANSUR

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL, NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DENILMA
BULHÕES, MUNICÍPIO PALMEIRA DOS ÍNDIOS-ALAGOAS.**

**MACEIÓ - ALAGOAS
2016**

BARBARA MELANIA DIAZ MANSUR

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL, NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DENILMA
BULHÕES, MUNICÍPIO PALMEIRA DOS ÍNDIOS-ALAGOAS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

MACEIÓ – ALAGOAS

2016

BARBARA MELANIA DIAZ MANSUR

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL, NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DENILMA
BULHÕES, MUNICÍPIO PALMEIRA DOS ÍNDIOS-ALAGOAS.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos

Aprovado em Belo Horizonte, em 14/03/2016.

Dedico este trabalho:

Ao meu filho, Josué Javier Caballero Diaz pela força e coragem
que me inspira.

Ao meu pai, Felix Diaz Carcaces já ausente fisicamente mais
presente sempre no meu coração.

Ao meu esposo, Ivan Duharte Mendoza pela sua compreensão
e amor.

À comunidade de palmeira de fora, que me acolheu.

À equipe de saúde Denilma Bulhões, pela compreensão de que
a assistência é tarefa conjunta e compartilhada.

Aos meus colegas que me incentivaram em todos os
momentos da minha formação.

AGRADEÇO

Primeiro a Deus, por me ajudar a cumprir o maior sonho da minha vida para ser uma médica.

A meu filho, Josué Javier Caballero Diaz por ser a inspiração de minha vida por sua compreensão e apoio por seu amor incondicional.

A minha família, em especial minha mãe, Mirtha Mansur Rodriguez pelos sábios conselhos e conforto quando algumas situações clamavam por um término imediato.

Aos profissionais da Equipe de Saúde da Família Denilma Bulhões, por personificarem o verdadeiro sentido da palavra *Equipe*, pelo acolhimento singular que por mim tiveram generosidade incomparável e pelos ensinamentos diários, pois o convívio durante as atividades orientou não apenas minha formação profissional, mas também humana pela responsabilidade indescritível pela população adscrita. Por tudo, serei sempre grata.

Ao professor Teófilo Guimarães Ferreira, pelas atividades de supervisão e acessibilidade para discussão de casos clínicos.

A minhas orientadoras, Profas. Verônica Amorim Rezende e Dra. Matilde Meire Miranda Cadete pela dedicação e paciência.

À Universidade Federal de Minas Gerais e à Universidade Federal de Alagoas, pela oportunidade de realização do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CEESF).

Há no mundo uma linguagem que todos compreendem: é a linguagem do entusiasmo, das coisas feitas com amor e com vontade, em procurar aquilo que se deseja ou no que se crê.

Paulo Coelho

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crônica e quando não controlada pode reduzir em até 16.5 anos a expectativa de vida da pessoa. O diagnóstico situacional mostrou ser a hipertensão um problema de saúde na nossa área de abrangência. Este estudo objetivou propor um plano de intervenção para prevenção e controle da hipertensão arterial na Unidade de Saúde da Família (USF) Denilma Bulhões, município Palmeira dos Índios, Alagoas. Foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados da LILACS, SciELO e PUBMED, com os descritores: hipertensão Atenção Primária em Saúde e fatores de risco. Também foram utilizados Programas do Ministério da Saúde. O plano foi elaborado com base no Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se com a implantação e implementação do plano redefinir os parâmetros da assistência em saúde, contando não apenas com a participação, mas com a compreensão de todos os envolvidos no processo assistencial e se obtenha êxito no controle da hipertensão e na prevenção de suas complicações.

Palavras - chave: Hipertensão. Atenção Primária em Saúde. Fatores de risco.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease and when not controlled can reduce by up to 16.5 years life expectancy of the person. The Situational diagnosis turned out to be hypertension a health problem in our area. This study aimed to propose a plan for prevention and control of hypertension in family health unit (USF) Denilma Bulhões, municipality in Palmeira dos Índios, Alagoas. Bibliographical research was performed in the Virtual Health Library, in the databases LILACS, SciELO and PUBMED, with the descriptors: primary health care and hypertension risk factors. Programs were also used by the Ministry of health. The plan was drawn up based on the Situational strategic planning. It is expected with the deployment and implementation of the plan to redefine the parameters of health assistance, not just with the participation, but with the understanding of all those involved in the care process and obtain success in the control of hypertension and prevention of its complications.

Keywords: Hypertension. Primary health care. Risk factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
6 PLANO DE AÇÃO	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	36

I INTRODUÇÃO

O município de Palmeira dos Índios situa-se no agreste alagoano na 9ª microrregião de Palmeira dos Índios e mesorregião do agreste alagoano, distando 140 quilômetros da capital. O agreste alagoano conta com 11 municípios, dentre os quais Palmeira dos Índios é a cidade polo. A população é de 70.368 habitantes, com estimativa em 2012 de 70.738 habitantes, de acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2010 (IBGE, 2010).

Os municípios de Minador do Negrão, Cacimbinhas, Igaci, Estrela de Alagoas, Belém, Mar Vermelho, Paulo Jacinto, Quebrangulo e o estado de Pernambuco são cidades limítrofes do município de Palmeira dos Índios (IBGE, 2010).

As terras ocupadas pelo município de Palmeira dos Índios eram cercadas por vistosas palmeiras, bem próximas ao pé da serra onde hoje se ergue a cidade de Palmeira dos Índios. O nome do município originou-se em consequência dos seus primeiros habitantes e do fato da abundância de palmeiras que então havia em seus campos. Os gentios formaram seu aldeamento entre um brejo chamado Cafurna e as Serra da Boa Vistam (IBGE, 2010).

A área desse município corresponde a 452,706 km². Considera-se que sua concentração habitacional é de 155,4 habitantes/km² e a taxa de crescimento anual de 0,34%. Tem-se ainda que a densidade demográfica é de 155,44 habitantes/km² (IBGE, 2010).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (2010), a maior parte da população (73,34%) reside na área urbana, quando comparada a zona rural e a maior quantidade de pessoas encontrasse distribuída na área urbana sendo a faixa etária de 40 e 59 anos a mais representada. Também é importante sinalar a significativa quantidade de idosos na população adscrita (IBGE, 2010).

Na Tabela 1 encontram-se apresentados o total da população, a faixa etária e as áreas onde residem em Palmeira dos Índios, em 2010.

Tabela 1- Total da População de acordo com faixa etária e área urbana ou rural.

Município: Palmeira dos Índios										
Total da População de acordo com faixa etária e área urbano ou rural										
Nº de indivíduos	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–39	40–59	60 e +	Total
Área urbana	4.297	4.496	4.730	4.569	4.616	4.560	7.770	10.505	6.066	51.609
Área rural	1.481	1.683	2.066	1.975	1.629	1.397	2.408	3.706	2.414	18.759
Total	5.778	6.179	6.796	6.544	6.245	5.957	10.178	14.211	8.480	70.368

Fonte: IBGE. Censo 2010

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para o ano de 2010 no município de Palmeira dos Índios foi de 0,638, sendo 0,625 relacionados à renda, 0,794 à longevidade e 0,523 à educação. Com este índice o município assume a 3333 colocação no ranking brasileiro. O IDHM corresponde a uma média composta por três dimensões: longevidade, educação e renda. Quanto mais próximo de 1 maior o desenvolvimento humano. O IDHM ajusta o IDH para a realidade do município e reflete as especificidades e desafios regionais no alcance do desenvolvimento humano (IBGE, 2010).

Em relação à proporção de moradores abaixo da linha de pobreza encontrou-se um percentual de 32,2%. Para estimar essa proporção somou-se a renda de todas as pessoas do domicílio e o total foi dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00 (IBGE, 2010).

A taxa de escolarização, em 2010, no município foi de 48.527 pessoas (68,9% da população total), constatando-se ainda que, entre os 19.519 habitantes de 5 a 19 anos de idade, 17.224 (88,2%) frequentavam a escola (IBGE, 2010).

O município pode ser considerado como um centro abastecedor da região dispõe de um modesto comércio, agricultura e pecuária, produção de pinha, caju e manga,

bem como a grande produção de leite, O município conta também com indústrias de laticínios, de transformação e da cana-de-açúcar.

Em relação ao abastecimento de água tratado tem-se 78,58% provenientes da rede pública de abastecimento, segundo a Companhia de Saneamento de Alagoas (CASAL), com 14,53% provenientes de poços ou nascentes e 6,89% de outras fontes. Quanto ao recolhimento de esgoto por rede pública corresponde a 13,6% (IBGE, 2010).

No que diz respeito ao Sistema Municipal de saúde, o município apresenta um total de 53 estabelecimentos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Há um hospital que presta serviços de urgência e emergência (Hospital Regional Santa Rita), uma maternidade (Maternidade Santa Olímpia), uma clínica que oferece serviço de hemodiálise, além do Hospital de Olhos de Palmeira dos Índios. Clínicas de natureza privada oferecem serviços de atendimento médico com especialidades, além de atendimento psicológico e odontológico. Além de laboratórios de análises clínicas da rede privada, o município conta com três laboratórios conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1998, a Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira dos Índios implantou o Programa Saúde da Família (PSF), instalando inicialmente seis equipes (zona rural: Cana fístula, Boa Vista, Bonifácio, Coruripe da Cal e Santo Antônio; zona urbana: Palmeira de Fora). Atualmente, o PSF no município conta com 98,82% de cobertura, havendo 13 unidades de saúde da família na zona urbana (Centro, Denilma Bulhões, Eucalipto, Salgada, São Francisco, São Cristóvão I, São Cristóvão II, Oásis I, Oásis II, Vila João XXIII, Vila Maria, Vila Nova, Xucurus), nove unidades na zona rural (Algodãozinho, Boa Sorte, Boa Vista, Bonifácio, Cana fístula, Caraíba Torta, Coruripe da Cal, Santo Antônio e Serra da Mandioca) e dois polos indígenas.

Em relação à equipe de saúde bucal, 22 unidades contam com seu apoio, há um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Consultório Odontológico em carro móvel. Considera-se ainda como apoio as equipes de saúde da família, duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Consultório Médico em carro móvel, um Centro de Reabilitação, uma unidade do Serviço de Atendimento

Móvel de Urgência (SAMU), um Centro de Atenção Psicossocial/Álcool e Drogas (CAPS-AD) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para tratamento de transtornos mentais. A estrutura física de uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) já está concluída e funcionando.

O sistema de referência é feito com o Centro de Especialidades Médicas do município (CEPI) e com serviços de alta complexidade da capital e de um polo interior do estado (Arapiraca). O sistema de contra referência ainda não se apresenta em sua plenitude, em vista o baixo percentual desta prática por partes de alguns dos profissionais dos centros de referências em retornar os pacientes à atenção básica com registros escritos dos procedimentos e condutas realizados.

Para a rede de média complexidade, o município conta com um centro próprio de especialidades, bem como convênios intra e intermunicipais. A rede de alta complexidade, por sua vez, é também mantida por convênios.

A Unidade de Saúde da Família (USF) onde atuo situa-se no barro Palmeira do Fora, Rua San Antônio, na zona urbana de Palmeira dos Índios. Seu horário de funcionamento é de 08h00min às 17h00min horas.

A sala de espera da unidade é ampla. Há uma área reservada às reuniões de equipe e telessaúde na parte posterior do imóvel. O espaço físico se distribui da seguinte maneira: sala de espera; sala de atendimento em enfermagem, com mesa de coleta de citologia porque não tem sala para este procedimento; sala de atendimento médico, sala de pré-consulta, sala de vacina, farmácia, sala de procedimentos, arquivo com um computador com acesso à internet, duas copas e um banheiro, as salas de atendimento possuem condicionadores de ar.

A unidade de saúde conta com uma equipe formada por 13 profissionais: uma auxiliar de enfermagem (40 horas), um odontologista (40 horas), uma enfermeira (40 horas), seis agentes comunitários de saúde (40 horas), uma auxiliar de consultório dentário (40 horas), um médico (40 horas), uma auxiliar de serviços gerais (30 horas), uma auxiliar de saúde bucal (40 horas).

As consultas são feitas com base em agendamentos prévios, além do rotineiro atendimento de demanda não agendada classificada como atendimento de urgência ou atendimento imediato. As visitas domiciliares são direcionadas com base nas necessidades de cada micro área apontadas pelos agentes comunitários de saúde.

Em relação aos aspectos epidemiológicos, segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013), o PSF tinha cadastrado no final de 2013, 574 portadores de hipertensão arterial, 151 portadores de diabetes, dois casos de hanseníase e cinco casos de tuberculose. E as principais causas de óbitos no ano de 2013 estiveram relacionadas com doenças crônicas (15), quatro foram por causas violentas, das quais duas por agressões e dois acidentes do trânsito. As demais correspondem a outras causas.

A partir do diagnóstico situacional do município e da área de abrangência da Equipe Denilma Bulhões (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) foram levantadas algumas situações problema que envolvem questões da organização do serviço e a assistência à saúde dos usuários.

Ao analisar a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, optou-se, junto com a equipe de saúde, pela abordagem da população com elevado índice de hipertensão e inadequado acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial ocupa um lugar de destaque na transição epidemiológica e predomina entre as doenças crônicas não transmissíveis, como uma das principais causas de mortalidade. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, SIAB (2013), a ESF Denilma Bulhões possui uma população de 4161 habitantes cadastrados, 3429 são maiores de 15 anos. Destes, 574 indivíduos são hipertensos para uma prevalência de 16.7 % da comunidade assistida e 40% de mortalidade por esta causa.

Ao analisar o acompanhamento desses usuários, notou-se que 306 são acompanhados pela equipe de saúde da família existindo um significativo quantitativo de usuários hipertensos não controlados (45.7%). Observou-se, ainda, que a hipertensão é uma das doenças de maior causa de assistência a consultas de emergência, além de invalidez total e parcial o qual constitui uma maior carga para a família e sistema de saúde. Nesta população, detectamos pouco conhecimento da doença, seus fatores de riscos e de seu tratamento farmacológico e não farmacológico; inadequados hábitos alimentares que constituem risco cardiovascular e pouca atenção pela equipe da relevante ferramenta de educação em saúde.

A Hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular, os acidentes vasculares encefálicos a doença isquêmica do coração e a doença renal terminal, aumentam progressivamente com a elevação da pressão arterial, porém é importante tratar a pressão arterial elevada a fim de reduzir o risco de complicações, entender sua fisiologia é fundamental para desenvolver hábitos saudáveis nas pessoas e preservar a qualidade de vida, uma vez que a hipertensão pode não manifestar sinais nem sintomas.

A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.

A Hipertensão Arterial é responsável por elevado ônus social e econômico ao setor saúde, repercutindo sobre seguridade social e sobre a população. Conforme Lemos *et al.*(2006), a hipertensão é uma doença de fácil diagnóstico e sua medida

sistemática dentro da estrutura da Estratégia Saúde da Família (ESF) pode determinar níveis satisfatórios de identificação de doentes.

Considera-se, assim, como relevante e de governabilidade pela equipe de saúde da família o desenvolvimento de um plano de ação para intervir nesta realidade, promovendo um adequado controle da hipertensão arterial na área abrangência.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção para prevenção e controle da hipertensão arterial na Unidade de Saúde da Família (USF) Denilma Bulhões, município Palmeira dos Índios, Alagoas.

4 METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma proposta de intervenção à atenção em saúde na USF Denilma Bulhões, município de Palmeira dos Índios, pertencente ao estado de Alagoas.

Para fundamentação do plano realizou-se revisão bibliográfica narrativa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PUBMED, no período de 2005 a 2014, no idioma português, com base nos seguintes descritores: hipertensão, Atenção Primária em Saúde e fatores de risco. Utilizou-se, ainda Programas do Ministério da Saúde. Com base no referencial teórico levantado, procedeu-se à leitura e sistematização das informações.

A proposta de intervenção foi construída a partir do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto no módulo de Planejamento e Avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O planejamento tem como finalidade levar à diminuição do alto índice de hipertensão nessa área e obter os seguintes resultados: diminuir o elevado índice de pacientes com hipertensão arterial, diminuir os indivíduos com estilo de vida sedentário, elevar o conhecimento sobre as dietas mais saudáveis para a população. A proposta será efetivada, contando com a participação de todos os envolvidos no processo de execução.

5 REVISAO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) se caracteriza por níveis elevados e de pressão arterial. É uma doença causada por vários fatores e é aliada, comumente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo além de alterações metabólicas e elevado risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ainda segundo as VI Diretrizes, pesquisas realizadas nos últimos 20 anos, no Brasil, assinalaram uma prevalência de hipertensão acima de 36,7% em pessoas com pressão arterial igual ou acima de 140/90 mmHg. Quando se analisou os gêneros, encontrou-se maior percentual no sexo masculino, ou seja, prevalência de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Discorrendo acerca dos fatores genéticos, sabe-se que eles contribuem para a gênese da hipertensão. Contudo, ainda, não existem variantes genéticas que possibilitem prognosticar o risco individual de se desenvolver HAS (DE OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Brandão *et al.* (2004) alertavam sobre o excesso de peso aliado à maior prevalência de HAS desde idades jovens. Nesse sentido, Bray (2006) anunciava que a obesidade é uma doença crônica e que representa risco grave para o desenvolvimento de hipertensão arterial, dentre outras.

Outro fator de risco coadjuvante para o aparecimento da HAS é a dieta rica em sal. No Brasil, o padrão alimentar é rico em sal, açúcar e gorduras e a ingestão excessiva de sal tem sido correlacionada com o aumento da PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em relação aos fatores de risco como o sedentarismo e o tabagismo, sabe-se que a atividade física reduz a incidência de HAS e o risco de desenvolver doenças

cardiovasculares (ALESSI, 2008). O cigarro aumenta o trabalho do coração, havendo diminuição do fluxo de sangue e elevação da pressão arterial.

Para Ximenez Neto e Melo (2010), o controle adequado da hipertensão não é suficiente apenas às medidas de orientação, mas também requerem estratégias que possam auxiliar as pessoas na mudança de atitude, exigindo ações de prevenção e promoção da saúde.

As mudanças de hábitos devem ser esclarecidas ao paciente através de encontros educativos e conversas explicativas, distribuição de folhetos sobre os fatores de riscos e sobre sua atuação na hipertensão arterial, de acordo com a faixa etária dos hipertensos (CONVERSO; LEOCÁDIO, 2005).

Assim, é fundamental o acompanhamento sistemático dos indivíduos acometidos pela HAS, especialmente no nível da atenção básica à saúde, mais próximo a acessível a essa população (COELI *et al.*, 2009).

Os grandes desafios a serem enfrentados nesse campo residem na implementação de medidas terapêuticas, medicamentosa ou não, objetivando uma adequada adesão ao tratamento. Como a HAS é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para os vários objetivos, seu tratamento requer o apoio de diferentes profissionais da saúde além do médico (LESSA, 2006).

O Ministério da Saúde assegura que o tratamento não medicamentoso é fundamental no controle da HAS bem como de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares. Destaca que esse tratamento abrange mudanças no estilo de vida do paciente por toda a sua vida (BRASIL, 2013).

As pessoas com condições crônicas e seus familiares convivem com seus problemas diariamente por longo tempo, ou toda a vida. É fundamental que estejam muito bem informadas sobre suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano de tratamento. Precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso. Os resultados alcançados são menos sintomas, menos complicações, menos incapacidades (BRASIL, 2014, p.111).

Assim, as equipes de Atenção Primária em Saúde devem estimular, apoiados em relação de diálogo, seus pacientes para o autocuidado o que significa dizer que deve haver entre ambos trocas de informação e orientações para que saibam cuidar de si e de cuidar do outro (BRASIL, 2014).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Identificação dos problemas

No diagnóstico situacional de nossa área de abrangência foram identificados a presença dos seguintes problemas de saúde:

- ✓ Elevado índice de hipertensão arterial, com controle inadequado.
- ✓ Elevada incidência de parasitose intestinal.
- ✓ Elevada incidência de esquistossomose.
- ✓ Elevado índice de Tabagismo.
- ✓ Baixa escolaridade.
- ✓ Baixa renda da maioria da população.
- ✓ Baixa cobertura de acesso a água tratada.
- ✓ Apenas um ESF para uma zona urbana com uma população de 4161 habitantes

6.2 Priorização dos Problemas

Após a identificação dos problemas e em reunião com a equipe de saúde foi realizada a seleção ou priorização dos problemas de saúde que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais). Como critérios para seleção dos problemas, a equipe considerou a importância do problema, sua urgência e a capacidade para enfrentá-los.

Portanto, no Quadro 1 encontra-se a apresentação dos problemas identificados e sua classificação de prioridades relacionadas a sua importância e urgência.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Palmeira de Fora na Unidade de Saúde da Família (USF) Denilma Bulhões, município Palmeira dos Índios- AL, 2014.

Bairro de Palmeira de Fora. Equipe Denilma Bulhões. Priorização dos problemas.			
PROBLEMA	Nível de importância	Urgência (0 a 10)	Capacidade de enfrentamento da equipe
Elevado índice de hipertensão arterial, com controle inadequado.	Alta	9	Parcial
Alta incidência parasitismo intestinal	Alta	8	Parcial
Elevada incidência de esquistossomose.	Alta	7	Parcial
Tabaquismo	Alta	6	Parcial
Baixa escolaridade	Alta	5	Fora
Baixa renda da maioria da população	Alta	5	Fora
Baixa cobertura de acesso a água tratada	Alta	6	Fora
Apenas um PSF para uma zona urbana com uma população de 4161 hab.	Alta	5	Fora

Fonte: Análise da Situação da saúde da ESF Denilma Bulhões, do município de Palmeira dos Índios, Alagoas, junho de 2014.

A seleção foi feita a partir da análise dos pontos obtidos com os critérios anteriores.

Na Equipe Denilma Bulhões, o problema “Elevado índice de hipertensão arterial” com controle inadequado foi selecionado como prioridade 1.

6.3 Descrição do Problema

O tema que escolhemos para ser abordado foi o Elevado índice de hipertensão arterial, com controle inadequado. Para o levantamento de dados foram utilizados dados do SIAB, fichas A (Ficha para cadastramento das famílias) cadastros de hipertensão, além dos prontuários de acompanhamento ambulatorial.

Para facilitar o processo de descrição, apresentam-se os dados coletados no Quadro 2.

Quadro 2 - Descritores do problema elevado índice de hipertensão arterial na Unidade de Saúde da Família (USF) Denilma Bulhões, município Palmeira dos Índios- AL, 2014.

Descritores	Quantidade	Fonte
Hipertensos esperados	1.028 (3429)	Estudos Epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	574 (55.8%)	SIAB
Hipertensos confirmados	499	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados	306 (61.32%)	Registro da equipe
Hipertensos controlados	271(54.3%)	Registro da equipe
Complicações de HAS	32 (6.4%)	Registro da equipe
Tabagistas	213 (42.7%)	Registro da equipe
Consumidores de álcool	78 (15.6%)	Registro da equipe
Sobrepeso	149 (29.8%)	Registro da equipe

Fonte: Análise da Situação da saúde da ESF Denilma Bulhões, do município de Palmeira dos Índios, Alagoas, junho de 2014.

Percebe-se uma elevada prevalência de hipertensos na área de abrangência de 16.7% para uma população de 3429 usuários de 15 anos e mais. Diante dos dados apresentados verifica-se um significativo quantitativo de usuários hipertensos não controlados (45.7%) e 32 complicações, dentre elas: doença cardiovascular, os acidentes vasculares encefálicos e a doença isquêmica do coração.

6.4 Explicação do problema

*** Causas relacionadas aos usuários:**

- Baixo conhecimento da doença e de seu tratamento farmacológico/não farmacológico e fatores de risco;
- Hábitos de vida inadequados;
- Baixa adesão às ações propostas pela equipe

*** Causas relacionadas à equipe de saúde da família:**

- Baixa oferta de ações de educação em saúde voltadas a hipertensão arterial
- Baixa aplicabilidade do protocolo de hipertensão arterial pela equipe de saúde da família.

6.5 Identificação dos nós críticos

A identificação das causas é fundamental porque para enfrentar um problema devem-se atacar suas causas. Na seleção dos nós críticos decide-se sobre quais causas devemos atuar, ou seja, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. O nó crítico também traz a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, está dentro do meu espaço de governabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nossa equipe definiu como nós críticos fundamentais para o problema do elevado índice de hipertensão arterial sistêmica, com controle inadequado:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Baixo nível de informação dos usuários sobre a hipertensão arterial;

- Programação ineficiente das atividades da ESF relacionadas à hipertensão arterial.

6.6 Desenho das operações

O quadro 3 apresenta o desenho das operações, os recursos críticos, a análise de viabilidade do plano e o plano operativo.

A partir dos “nós críticos” foram identificados, as operações/projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários para a concretização das operações.

O quadro apresentado a seguir especifica essas considerações.

Quadro 3 - Desenho das operações para resolução dos “Nos críticos” do problema elevado índice de hipertensão arterial sistêmica, com controle inadequado na Unidade de Saúde da Família (USF) Denilma Bulhões, município Palmeira dos Índios- AL, 2014.

No critico	Operação /projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Mais saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuição do número de hipertensos sedentários em 50 %. - Espera-se 50 % dos hipertensos alterando seus hábitos alimentares, aderindo a uma dieta adequada diminuindo o uso excessivo de sal, café e alimentos gordurosos. - Redução em 20% o número de tabagistas e obesos.	Pacientes mais ativos realizando atividade física Programa alimentação saudável; Programa de caminhada orientada; Campanha educativa nas palestras da sala de espera e rodas de conversa entre os grupos/escola, e através de folhetos explicativos.	Organizacionais: para organizar as caminhadas e as palestras. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados à alimentação saudável.

<p>Baixo nível de informação dos usuários sobre a hipertensão arterial</p>	<p>Conhecer +</p> <p>- Fomentar o conhecimento sobre a doença.</p>	<p>Usuários da área de abrangência mais informados sobre as formas de prevenção e controle da hipertensão.</p>	<p>-Pacientes mais comprometidos e responsáveis. - Avaliação do nível de conhecimento dos participantes sobre hipertensão arterial.</p> <p>-réplicas da estratégia relatando suas experiências. - Campanhas de Promoção e Prevenção da hipertensão.</p>	<p>Cognitivos: Capacitação da equipe executora (metodologia conhecimentos científicos, habilidade comunicativa) Organizacionais: Cronograma da estratégia, Recursos básicos, Agenda de trabalho. Políticos: Conseguir espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersectorial com rede de ensino; Financeiros: Aquisição de recursos audiovisuais, Material educativo, didático, folder, folhetos, cartazes, etc.</p>
<p>Programação ineficiente das atividades da ESF relacionadas à hipertensão arterial.</p>	<p>Reprogramar</p> <p>Aumentar o nível de informação da equipe sobre a Hipertensão /Ampliar a eficácia das ações relacionadas à hipertensão arterial.</p>	<p>Maior conhecimento da equipe sobre a patologia / Sensibilização da Equipe quanto a Hipertensão / Ações mais efetivas aos usuários hipertensos.</p>	<p>Reuniões com a equipe quinzenalmente para discussões acerca do protocolo assistencial de Hipertensão / Agenda ampliada para atendimento dos usuários hipertensos.</p>	<p>Cognitivo: Ampliar informação dos profissionais de saúde e melhorar nível de comunicação Organizacional: organização das atividades da equipe. Político: adesão e mobilização dos profissionais. Financeiro: adquirir recursos para uso de meios audiovisuais, panfletos educativos, pôster.</p>

Fonte: próprio autor.

6.7 Identificação dos recursos críticos.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

No Quadro 4 a equipe identificou os recursos críticos de cada operação e apresenta-os resumidos a seguir:

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema elevado índice de hipertensão arterial sistêmica, com controle inadequado.

Operação/Projeto	
Mais saúde	<p>Político > conseguir os espaços na radio local e mobilização social e intersetorial.</p> <p>Financeiros > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>
Conhecer +	<p>Cognitivos > Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos.</p> <p>Organizacionais > organização da agenda.</p> <p>Político > Conseguir espaços na rádio, imprensa para debates do tema sobre Hipertensão.</p> <p>Articulação com a secretaria de educação.</p>
Reprogramar	<p>Financeiros > Aquisição de recursos audiovisuais, Material educativo, didático, folder, folhetos, cartazes, etc.</p> <p>Política > mobilização intersetorial e conseguir espaço na rádio.</p>

Fonte: próprio autor.

6.8 Análise de viabilidade do plano

No Quadro 5 foi realizada a análise de viabilidade do plano, identificando os atores que controlam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores relacionadas a o elevado índice de hipertensão arterial sistêmica, com controle inadequado.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Mais saúde	<p>Político: conseguir os espaços na radio local e mobilização social e intersetorial.</p> <p>Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>	<p>- Setor de comunicação social.</p> <p>- Secretario Municipal de Saúde.</p>	Favorável	Não é necessária
Conhecer +	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos.</p> <p>Organizacionais: organização da agenda.</p> <p>Político: Conseguir espaços na rádio, imprensa para debates do tema sobre Hipertensão. Articulação com a secretaria de educação.</p>	Setor de Comunicação social Secretário Municipal Saúde Secretaria de educação	Favorável	<p>- Apresentar projeto para equipe.</p> <p>- Estruturação das Redes</p>
Reprogramar	<p>Financeiros: Aquisição de recursos audiovisuais, Material educativo, didático, folder, folhetos, cartazes, etc.</p> <p>Política: mobilização intersetorial e conseguir espaço na rádio.</p>	<p>- Secretário de saúde. Prefeito (proprietário da radio).</p> <p>- Coordenadora da Educação em saúde</p>	Favorável	Não e necessária.

Fonte: próprio autor.

6.9 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. A Equipe, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 - Plano operativo para enfrentamento do problema elevado índice de hipertensão arterial sistêmica, com controle inadequado.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazos
Mais saúde	<p>Diminuição do número de hipertensos sedentários em 50 %.</p> <p>- Espera-se 50 % dos hipertensos alterando seus hábitos alimentares, aderindo a uma dieta adequada diminuindo o uso excessivo de sal, café e alimentos gordurosos.</p> <p>- Redução em 20% o número de tabagistas e obesos.</p>	<p>Pacientes mais ativos realizando atividade física</p> <p>Programa alimentação saudável;</p> <p>Programa de caminhada orientada;</p> <p>Campanha educativa nas palestras da sala de espera e rodas de conversa entre os grupos/escola, e através de folhetos explicativos.</p>	<p>- Apresentar projeto para equipe e comunidade</p> <p>- Estruturação das Redes</p>	<p>Equipe de Saúde da Família.</p> <p>- Nutricionista do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF)</p> <p>- Fisioterapeuta do NASF</p> <p>-Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>Três meses para o início das atividades. Termina em seis meses</p>

Conhecer +	População Mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial.	Usuários da área de abrangência mais informados sobre as formas de prevenção e controle da hipertensão.	- Apresentar projeto para equipe. - Estruturação das Redes	- Equipe de Saúde da Família. - Nutricionista do NASF - Fisioterapeuta do NASF -Secretaria Municipal de Saúde.	Três meses para o início das atividades. Termina em seis meses
Reprogramar	Maior conhecimento da equipe sobre a patologia / Sensibilização da Equipe quanto a Hipertensão / Ações mais efetivas aos usuários hipertensos.	Reuniões com a equipe quinzenalmente para discussões acerca do protocolo assistencial de Hipertensão / Agenda ampliada para atendimento dos usuários hipertensos. Capacitação dos ACS.	-Apresentar projeto para equipe.	- Equipe de Saúde da Família. -Nutricionista do NASF - Fisioterapeuta do NASF -Secretaria Municipal de Saúde.	três meses para o início das atividades. Termina em seis meses

Fonte: próprio autor.

6.10 Gestão, acompanhamento e avaliação.

Os objetivos deste passo são: desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

No Quadro 7 encontra-se apresentada a gestão do plano.

Quadro 7 – Gestão do Plano para enfrentamento do problema elevado índice de hipertensão arterial sistêmica, com controle inadequado.

Operação projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Justificativa	Novo Prazo
Mais saúde	Pacientes mais ativos realizando atividade física Programa alimentação saudável e de caminhada orientada; Campanha educativa nas palestras da sala de espera e rodas de conversa entre os grupos/escola, e através de folhetos explicativos.	Unidade básica de saúde. Núcleo de apoio à saúde da família	Três meses para o início das atividades Termino em seis meses		
Conhecer +	-Pacientes mais comprometidos e responsáveis. - Avaliação do nível de conhecimento dos participantes sobre HAS; -Réplicas da estratégia relatando suas experiências. - Campanhas de Promoção e Prevenção da hipertensão.	Unidade Básica de Saúde	Três meses para o início das atividades Termino em seis meses		
Reprogramar	Reuniões com a equipe semanalmente para discussões acerca do protocolo assistencial de Hipertensão / Agenda ampliada para atendimento dos usuários hipertensos.	Médico Enfermeira Agentes Comunitários de Saúde.	Três meses para o início das atividades		

Fonte: próprio autor.

O plano de ação define e prioriza as ações e os investimentos necessários para promover o desenvolvimento e a implementação de medidas efetivas, integradas e sustentáveis para a prevenção e o controle da hipertensão arterial, seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores para assim permitir uma resposta satisfatória, utilizando os recursos disponíveis de maneira racional, evitando o fracasso e o gasto desnecessário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As propostas de intervenção apresentadas buscam contornar os principais nós críticos reconhecidos pela Equipe de Saúde da Família Denilma Bulhões, em vista das limitações à adequada condução de atividades na referida unidade, ora por entraves organizacionais do serviço, ora por falta de difusão sistemática de informações à população adscrita no que se refere à doença e ao funcionamento do serviço oferecido.

As evidências apontadas pela literatura demonstram que a efetividade das ações implementadas pode trazer resultados mais consistentes quando os atores envolvidos no processo são considerados como corresponsáveis diretos dos desfechos da assistência em saúde, de modo que a participação ativa de todos – gestores, profissionais de saúde e população assistida é peça fundamental na consolidação de um modelo assistencial de qualidade.

O trabalho em equipe é muito importante porque além de permitir maior credibilidade dos usuários também estimula a participação deles em todas as atividades assistenciais em saúde pelo que é imprescindível buscar a realização de um processo de trabalho mais organizado baseado nos princípios da eficiência, equidade, integralidade, participação da comunidade e atendimento humanizado.

Estas peculiaridades não devem, entretanto, servir como ponto de fragmentação do modelo assistencial, mas sim como estímulo ao estabelecimento de um ambiente de discussão promotor de questionamentos e gerador de soluções com a participação de todas as partes envolvidas no processo de assistência em saúde na atenção primária.

A participação no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família contribuiu e ajudou a melhorar a qualidade da assistência dada a todos os usuários de HAS pela ESF Denilma Bulhões, principalmente através de uma nova visão de reorganização do processo de trabalho.

Possibilitou que a equipe refletisse como estava lidando com as demandas e como as atividades estavam sendo realizadas de forma intuitiva e automática, esquecendo-se da importância da estratégia da saúde da família.

Por fim, espera-se que as propostas apresentadas possam ser implantadas na Unidade de Saúde sob foco do presente estudo, de modo a redefinir os parâmetros da assistência em saúde, contando não apenas com a participação, mas com a compreensão de todos os envolvidos no processo assistencial.

REFERÊNCIAS

ALESSI, A. Auto medida da pressão arterial - Opinião do agonista. **Rev Bras Hipertens** v.15, n. 4, p.196–198, 2008

BRANDÃO, A.A.; POZZAN, R.; FREITAS, E.V.; POZZAN, R.; MAGALHÃES, M. E. C.; BRANDÃO, A. P. Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resistance and metabolic syndrome. **J Hypertens** v.22 (Suppl 1), p. 111S. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRAY, G. Obesidade. In: HARRISON. T. Princípios de medicina interna. **McGraw-Hill interamericana de Espanha**. v. 1 , n.64, p.473-486, 2006

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COELI, C. M., CAMARGO JUNIOR, K. R., SANCHES, K. R. B., CASCÃO, A. M. Sistemas de informação em saúde. In: MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009

CONVERSO, M. E. R., LEOCADIO, P. L. L. F., Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos da terceira idade de Presidente Prudente, **Rev. Ciência em Extensão**. v.2, n.1, p.13- 23, 2005.

DE OLIVEIRA, C.M.; PEREIRA, A.C.; DE ANDRADE, M.; SOLER, J.M.; KRIEGER, J. E. Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: Baependi Heart Study **BMC Medical Genetics** v.22, n. 9, p. 32. 2008

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- **IBGE-cidades**. Palmeiras dos Índios, Alagoas, 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov>.

LESSA, I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.13, n.1, p.39-46, 2006.

PALMEIRA DOS INDIOS. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação da atenção básica. Palmeira dos índios: SMS; 2013.

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

XIMENES NETO, F.R.; MELO, J.R. Controle da hipertensão arterial na atenção primária em saúde - uma análise das práticas do enfermeiro. **Enfermería Global** [Internet]. 2005, Disponível em: <http://www.um.es/eglobal/6/06c06p.html>. Acesso em 12 de novembro de 2015.