

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

EKATERINA SOCARRÁS ABRAMOVA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BASICA DE
SAÚDE JOSE ALOIZIO DA CUNHA NO MUNICÍPIO PORTO DE
PEDRAS**

MACEIO- ALAGOAS

2015

EKATERINA SOCARRÁS ABRAMOVA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BASICA DE
SAUDE JOSE ALOIZIO DA CUNHA NO MUNICÍPIO PORTO DE
PEDRAS**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Tatiana Coelho Lopes

MACEIO- ALAGOAS

2015

EKATERINA SOCARRÁS ABRAMOVA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BASICA DE
SAUDE JOSE ALOIZIO DA CUNHA, NO MUNICÍPIO PORTO DE
PEDRAS**

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Tatiana Coelho Lopes (orientadora)

Prof.^a Dra. Matilde Meire Miranda Cadete -UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

A minha equipe de saúde que compartilho esse trabalho.

A minha coordenadora de Atenção Primária de Saúde pelas informações prestadas para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço

À minha equipe, pela ajuda.

À Coordenação de Atenção Básica, pelo apoio.

A minha família por compreender a importância de meu trabalho por e para bem dos necessitados.

“Recordar é fácil para quem tem memória, esquecer é difícil para quem tem coração.”

Gabriel García Márquez

RESUMO

Estima-se que a prevalência da hipertensão arterial é cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta, sendo considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares. Diante desse contexto, optou-se por realizar um estudo que buscou elaborar um plano de intervenção para diminuir a morbimortalidade por Hipertensão arterial sistêmica em pacientes na Unidade Básica de Saúde Jose Aloizio da Cunha, município Porto de Pedras. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura com os termos Hipertensão arterial, morbimortalidade e adulto, e um diagnóstico situacional, pelo método da Estimativa Rápida e dados secundários do SIAB. Para a intervenção foi desenvolvido um plano de ação a partir do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). A partir dos 10 passos, verificaram-se os seguintes nós críticos: Hábitos e estilos de vida inadequados, Baixo nível de conhecimento dos fatores de risco para a HAS, Estrutura dos serviços de saúde e Processo de trabalho da equipe de Saúde da família com predomínio do modelo assistencial que foram trabalhados ao longo do projeto de intervenção. Pode-se considerar que esse trabalho permitiu vislumbrar a magnitude da HAS em nossa área de abrangência e modificar nosso atuar em relação às doenças crônicas, assim como capacitar o pessoal da equipe e prepará-los para a pesquisa ativa dos casos e a promoção em saúde.

Palavras chave: Hipertensão. Morbimortalidade. Adulto

ABSTRACT

It is estimated that the prevalence of hypertension is about 15% to 20% of the adult Brazilian population and is considered one of the main risk factors for morbidity and cardiovascular mortality. In this context, it was decided to conduct a study which sought to draw up an action plan to reduce the morbidity and mortality Hypertension in patients in Saúde Jose Basic Unit Aloizio Jose da Cunha. Municipality Porto de Pedras. For this, a literature review with the terms Hypertension was held morbidity and mortality and adult, and a situational diagnosis, the method of the Flash Estimate side of SIAB edados. For intervention was developed a plan of action from the method of Situational Strategic Planning (PES). From the 10 steps, it was found the following critical nodes: inadequate habits and lifestyles, Low level of knowledge of risk factors for hypertension, structure of health services and Process of Family Health team work predominantly the care model that were worked along the intervention project. It can be considered that this work allowed glimpsing the magnitude of hypertension in our coverage area and modifying our actions in relation to chronic diseases and empowering the team's personnel and preparing them for the active search of cases and health promotion.

Key words: Hypertension. Morbidity and mortality. Adult.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidentes Vasculares Encefálicos
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DATASUS	CNES –Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
FR	Fatores de risco
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde Organização Pan-Americana da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
PA	Pressão arterial
PC	Pacientes cadastrados
P HAS	Pacientes hipertensos cadastrados
PC HAS c	Paciente hipertensos cadastrados controlados
P HAS d	Pacientes hipertensos descompensados
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Porto de Pedras se localizada no litoral norte de Alagoas a 118 km da capital, Maceió, possui uma extensão de 257,8 Km², fazendo limites ao norte com Japaratinga e Porto Calvo, ao sul com São Miguel dos Milagres, ao oeste com Matriz de Camaragibe e ao leste com Oceano Atlântico de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

A ocupação europeia de Porto de Pedras aglutinou-se em torno da sede da missão franciscana na chamada "Alagoas Boreal", estabelecimento dedicado à catequese dos Potiguares. Essa missão contava com o apoio de Christoffer Linz e seu irmão Sibad Linz que combatiam os indígenas da região. Mortos os guerreiros indígenas em combate, as suas mulheres e crianças eram conduzidos para a missão de Porto de Pedras (IBGE, 2010).

O município tem 266,236 km² , o que corresponde a 2,27% do território do estado de Alagoas, com um número aproximado de domicílios de 2.214 e de 2.254 famílias. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,499 considerado muito baixo e renda média familiar é de 630,00 reais (IBGE, 2010).

O abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto por rede pública das famílias da UBS Jose Aloizio da Cunha é de 712 famílias abastecidas por rede publica, 1.325 por poço ou nascente e 177 por outras fontes. Verifica-se o predomínio das famílias atendidas com poço ou nascentes, seguindo as famílias atendidas com rede pública. Além disso, o abastecimento de água canalizada não teve aumento significativo ao ano e a maioria da população ainda faz uso de poços e nascentes e outras fontes.

Percebe-se que a fossa séptica é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos. Em relação à coleta de lixo, Porto de Pedras é coletado grande parte na zona urbana, isto porque há muita dificuldade de aceso dos carros de devido as estradas e a distância, por isso a população ainda utiliza outros métodos para o destino de lixo.

Entre os 8.156 habitantes da área município do Porto de Pedras, 4.131 (50,67%) são homens e 4.025 (49,33%) são mulheres. A atividade econômica local é a

pesca, o cultivo de coco por mini produtores e o plantio de cana de açúcar, enquanto o cultivo de lavoura de subsistência não desempenha um papel de relevância na economia, pois a maior parte desses produtos, comercializada no município, é proveniente da capital e do agreste Pernambuco, mesmo os produtos gerados no município estão sendo levado para os municípios vizinhos. Outro fator importante se refere ao serviço público e a aposentadoria e o Programa Bolsa Família que determinam a maior fonte de renda dos munícipes.

Em relação ao sistema local de saúde, há 100% de cobertura do programa Saúde da Família (PSF) , sendo que conta com quatro equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O sistema de referência e contra - referência fica desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Postos de Saúde a Hospitais Regionais como o Hospital de Porto Calvo e Passo de Camaragibe e Estaduais em Maceió e Coruripe que são os serviços de Média e Alta Complexidade. Em relação à rede física, prestadora de serviço ao SUS, existem quatro unidades básicas de saúde, uma farmácia, duas Unidades de Apoio diagnóstico e terapêutico. Em relação aos recursos humanos por categoria, são quatro médicos e enfermeiros, oito técnicos de enfermagem, uma técnica de medicamento, 10 funcionários administrativos e outros, totalizando 32 trabalhadores (DATASUS- CNES, 2014).

O Conselho Municipal de Saúde de Porto de Pedras é composto por 16 membros sendo oito titulares e oito suplentes, foi formado por plenária pública e tem a seguinte composição: dois Representantes Igreja, dois Representantes do Governo, dois Representantes dos Trabalhadores da Saúde, dois Representantes dos Usuários do SUS, mantendo uma regularidade mensal das reuniões.

No que diz respeito às causas de mortalidade no ano de 2014, é possível visualizá-las de acordo com os dados apresentados na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1- Dados sobre mortalidade por algumas causas selecionadas no Município de Porto das Pedras, Alagoas, 2014.

Doenças	Quantidades	%
D. do aparelho circulatório	15	35.71
D. endócrinas nutricionais e metabólicas	10	23.80
D. do aparelho respiratório	8	19.04
Causas externas	4	11.90
Neoplasias	3	7.14
D. do aparelho digestivo	2	4.76
Sintomas sinais e achados anormais ex. clin e lab.	2	4.76
TOTAL	45	100

Fonte: DATASUS-CNES (2014)

Verifica-se na tabela acima que a primeira causa de morte refere-se às doenças do aparelho circulatório, onde a hipertensão arterial é a principal causa.

Em segundo lugar temos as mortes por doenças endócrinas, como Diabetes Mellitus e, em terceiro lugar, as doenças do aparelho respiratório.

A população atendida no município de Porto de Pedras é de 8.156 habitantes, e, é atendida por quatro equipes de Saúde da Família:

PSF I - Centro. Situado em zona urbana, com 1.007 famílias cadastradas e atende a uma população de 3.744 pessoas.

PSF II – Tatuamunha - Situado em zona rural, com 542 famílias cadastradas e uma população de 1.853 pessoas .

PSF III –Canavieira – Situado em zona rural possui 278 famílias cadastradas, atendendo uma população de 1.254 pessoas.

PSF IV - Lage - Situado em zona rural, com 434 famílias cadastradas e uma população de 1.602 pessoas.

Todas as unidades básicas do município funcionam no horário de 7 às 17 horas, com uma equipe de ESF e uma de saúde bucal, NASF de segunda a sexta, nos

finais de semana o Posto do Centro da Cidade funciona 24 com um Médico Plantonista.

A estrutura física das unidades são semelhantes, sendo uma sala para o enfermeiro, uma para o médico, uma para o dentista, uma para atendimento dos Profissionais do NASF, uma sala de esterilização, uma sala de pré-consulta, uma sala de vacina, uma sala de farmácia, uma sala de leitos, uma recepção , uma sala de espera e uma cozinha.

Conforme mencionado anteriormente, o diagnóstico situacional na nossa área de abrangência apontou a HAS como um grande problema a ser enfrentado.

A Hipertensão arterial constitui um problema de saúde em todo o mundo por sua crescente incidência e prevalência, associada à elevada morbidade e mortalidade devido às complicações que surgem em seu curso.

É a mais comum das doenças crônicas no mundo inteiro, com grande risco para a saúde já que suas complicações são incapacitantes tendo como exemplo a cardiopatia isquêmica, os aneurismas, a insuficiência cardíaca, os Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), a insuficiência renal crônica, que afetam a qualidade de vida dos pacientes hipertensos e/ou aumentam o risco de mortalidade. Sabe-se que apenas metade das pessoas que sofrem de hipertensão tem conhecimento da doença, pois como não apresentam sintomas.

2 JUSTIFICATIVA

O Brasil tem cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, sendo que 35% dessa população tem mais de 40 anos. Esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também já sejam portadoras. Dessa forma, os profissionais de saúde devem ter como meta a identificação precoce e a abordagem adequada dos fatores de risco para a prevenção da hipertensão arterial, principalmente na população de alto risco e orientar para o auto cuidado dos pacientes portadores dessa patologia. Por se tratar de uma condição passível de intervenção, é desejável a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento buscando a redução dos riscos e complicações nos casos presentes (BRASIL, 2006).

Devem ser metas dos profissionais de saúde a identificação precoce e a abordagem adequada dos fatores de risco para a prevenção da hipertensão arterial, principalmente na população de alto risco e orientar para o autocuidado dos pacientes portadores dessa patologia.

Na Atenção básica, durante a realização de consultas, observou-se que as principais causas de aparecimento de descompensações da Hipertensão arterial e suas complicações foram baseadas nos fatores de risco e as ações são necessárias quanto ao seu correto controle.

Dessa forma, justifica-se um trabalho de prevenção dos fatores de risco dessa patologia para diminuição das complicações e morbimortalidade dos usuários portadores dessa patologia.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para diminuir a morbimortalidade por Hipertensão arterial sistêmica em pacientes na Unidade Básica de Saúde Jose Aloizio da Cunha no município Porto de Pedras/ Alagoas.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção para diminuir a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e sua morbimortalidade na população atendida pela UBS José Aloizio da Cunha, em Porto das Pedras, Alagoas, foi desenvolvido considerando a proposta do Planejamento Estratégico Situacional – PES, abordado na disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família.

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010) o PES foi didaticamente dividido em 10 passos, o que favoreceu a identificação do problema e uma maneira sistematizada de enfrentá-lo. Os 10 passos que compõem o PES são:

- Primeiro passo – identificação dos problemas do território de atuação da Equipe de Saúde da Família e levantar as possíveis causas e conseqüências destes.
- Segundo passo - identificação do problema que possui mais chance de ser enfrentado pelos profissionais de saúde e também reconhecendo a sua importância e urgência.
- Terceiro passo - é a descrição detalhada do problema selecionado buscando-se compreender a sua dimensão e como ele se apresenta na realidade o impacto alcançado pelo plano.
- Quarto passo - busca-se a explicação do problema, ou seja, entender melhor a sua origem e suas causas.
- Quinto passo - consiste na seleção dos nós críticos, ou seja, alguma coisa sobre a qual se pode intervir durante o projeto de intervenção.
- Sexto passo - refere-se ao desenho das operações estabelecendo as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema.
- Sétimo passo - consiste na identificação dos recursos críticos utilizados em cada operação.

- Oitavo passo - analisar a viabilidade do plano, diante dos atores, recursos e a motivação em relação aos objetivos pretendidos.
- Nono passo - é a elaboração do plano operativo propriamente dito assinalando os responsáveis pelas operações estratégicas, e estabelecendo prazos para o cumprimento das ações.
- Décimo passo - consiste em estabelecer o modelo de gestão do projeto de intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizada também, uma revisão narrativa sobre a temática Hipertensão Arterial em Adultos a partir da seleção e análise de publicações. Foram utilizadas em sua grande maioria as publicações dos últimos 12 anos e divulgadas em português, obtidas por meio da busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO), e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON).

Após a revisão bibliográfica, elaborou-se um plano de intervenção baseado no PES e documentos do Ministério da saúde e da Secretaria Municipal de Porto das Pedras .

5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; WILLIAMS, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A OPAS (2003) preconiza que alguns poucos fatores de risco (FR) são os responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade decorrentes das doenças não transmissíveis, entre eles: a hipertensão arterial sistêmica, a elevação dos níveis de colesterol, o sobrepeso, a obesidade, o tabagismo e o sedentarismo.

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica) (MOURA, et al., 2011). A pressão normal em repouso situa-se entre os 100 e 140 mmHg para a sistólica e entre 60 e 90 para a diastólica. Para que os valores sejam confiáveis, a medida deve fazer-se após um período de repouso de 5 a 10 minutos em um ambiente calmo (HELENA, NEMES; ELUF-NETO, 2010).

O seu controle depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Dentre as medidas não farmacológicas indicadas aos hipertensos estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, uma dieta equilibrada e a prática regular de atividade física (OLIVEIRA et al., 2013). O tratamento da hipertensão arterial deve ser contínuo e é influenciado pelas condições financeiras, pois demanda a compra de remédios e alimentos diferenciados além da mudança no estilo de vida que pode representar outra dificuldade a ser enfrentada nesta circunstância porque as pessoas adoecidas precisam praticar regularmente

atividades físicas e modificar seus hábitos alimentares assim como diminuir o teor de sal e de gordura, o que requer persistência e determinação (GUEDES et al, 2011) O tratamento farmacológico da pressão alta tem como princípio além da redução dos níveis tensionais, a redução dos eventos cardiovasculares e conseqüentemente a mortalidade. A sua escolha deve levar em conta a eficácia, o número de tomadas diárias e ocorrência de possíveis efeitos colaterais.

Para tanto são utilizados várias classes de medicamentos isoladamente ou em associações. As principais classes utilizadas são os diuréticos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos receptores angiotensina 1 e da angiotensina 2 , betabloqueadores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Muitas pessoas possuem pressão alta durante anos, sem ter conhecimento disso. Na maioria das vezes, a doença não apresenta sintomas, porém quando permanece sem tratamento, causa danos nas artérias e os órgãos vitais do corpo. A única forma de identificá-la é medindo a pressão, por meio de um procedimento simples, rápido e indolor. (ARGUEDAS, PEREZ; WRIGHT, 2009; MONTEIRO et al., 2010; RIBEIRO, 2012).

No Brasil, a prevalência de hipertensão arterial é de 23.4% e as doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no país em um ano (BRASIL, 2011). Estudos do instituto Dante Pazzanese de cardiologia, em São Paulo, demostram que 60% dessas vitimas são homens, com média de idade de 56 anos (AVEZUM; WAJNGARTEN, 2013).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Para conseguir atingir o objetivo do estudo foi realizado um plano de intervenção de acordo com a Proposta do Planejamento Estratégico Situacional que está descrito a seguir

6.1. Identificação do problema

Neste primeiro passo, buscou-se a identificação dos problemas do território de atuação da Equipe de Saúde da Família e o levantamento das possíveis causas e consequências destes.

Apesar do pouco tempo de atividade na unidade Jose Aloizio da Cunha do Município Porto de Pedras foi identificado pontos de melhoria tanto do ponto de vista estrutural como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou.

Quadro 1. Principais Problemas identificados no PSF Jose Aloizio da Cunha. Município Porto Pedra 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada morbimortalidade das HAS	Alta	8		1
Rede coletora de esgoto sanitário insuficiente nas zonas rurais do município.	Alta	7	Parcial	2
Inadequado abastecimento de água para o consumo (predomina abastecimento por poços e nascentes não tratadas)	Alta	6	Parcial	3

Prevalência de alto índice de enfermidades respiratórias.	Alta	5	Parcial	4
Elevada incidência de parasitismo intestinal.	Alta	5	Parcial	4
Coleta de lixo deficiente na zona rural onde predomina céu aberto.	Alta	4	Parcial	5
Falta do Hospital no município.	Alta	3	Parcial	6

Fonte: Estatística municipal.

- Elevada morbimortalidade das HAS e descompensações da mesma
- Rede coletora de esgoto sanitário insuficiente nas zonas rurais do município.
- Inadequado abastecimento de água para o consumo (predomina abastecimento por poços e nascentes não tratadas)
- Prevalência de alto índice de enfermidades respiratórias.
- Elevada incidência de parasitismo intestinal.
- Falta do Hospital no município.
- Coleta de lixo deficiente na zona rural onde predomina céu aberto.

6.2 Segundo Passo: identificação do problema que possui mais chance de ser enfrentado pelos profissionais de saúde e também reconhecendo a sua importância e urgência.

Neste momento, elegemos a HAS já que as doenças crônicas não transmissíveis fazem parte da morbimortalidade no mundo. Tem como causa os fatores de risco, como alimentação, inadequada, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e hiperlipidêmica elevada. Também muitas pessoas desconhecem que sofrem de HAS e podem desencadear complicações.

6.3 Terceiro Passo: Descrição detalhada da Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS José Aloizio da Cunha

Nesse momento, buscamos a descrição detalhada do problema selecionado buscando-se compreender a sua dimensão e como ele se apresenta na realidade o impacto alcançado pelo plano. Para isso, segue a distribuição identificada dos Hipertensos da UBS:

Quadro 2- Distribuição dos pacientes hipertensos do PSF Jose Aloizio da Cunha. Município Porto Pedra 2014

ACS	PC	P HAS	%	P HAS d	%	PCC HASc	%
1	377	65	17.2	22	33.8	47	72.3
2	299	62	20.7	18	29.0	49	79.0
3	305	54	17.7	19	35.1	36	66.6
4	228	57	25.0	19	33.3	38	68.6
5	339	73	21.5	27	42.1	56	76.7
6	362	64	17.6	22	34.3	42	65.6
7	425	67	15.7	22	32.8	57	85.0
8	391	79	20.2	28	35.4	53	67.0
9	325	61	18.7	29	47.5	52	85.2
10	335	56	16.7	21	37.5	45	80.3
11	338	62	18.3	21	33.8	51	82.2
Total	3724	700	18.7	247	35.2	526	75.1

Fonte: Estatística municipal.

PC-Pacientes cadastrados

P HAS- Pacientes hipertensos cadastrados

PC HAS c-Paciente hipertensos cadastrados controlados

P HAS d- pacientes hipertensos descompensados

Para descrição do problema prioritário a equipe de saúde utilizou alguns dados da unidade de saúde assim como os prontuários dos pacientes e algumas informações fornecidas por agentes comunitários. Consideramos os pacientes cadastrados em nossa unidade, os pacientes que já não frequentam a unidade de saúde e que são visitados por os agentes comunitários, os pacientes controlados e os pacientes que nunca foram tratados mas tem a pressão alta.

6.4.Quarto Passo:Explicação do problema

Dentro do Momento Explicativo, buscamos a explicação da realidade do problema e tendo em conta o alto impacto sobre os fatos que revelam sua existência e os sintomas que o manifestam (Vetor de Descrição do Problema); o centro prático de ação, ou seja, deve-se poder agir de modo prático, efetivo e direto sobre a causa; e o centro oportuno de ação política durante o período do plano, foram selecionados os “nós crítico do problema prioritário: (Hábitos e estilos de vida inadequados, o baixo nível de conhecimento dos fatores de risco), a estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde com predomínio do modelo assistencial), constituindo-se assim o Árvore do Problema. É preciso ampliar o acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde: a utilização dos serviços e dos recursos de Saúde nem sempre ocorrem de forma que quem mais precisa consiga acesso. Frequentemente, pessoas com menores riscos à saúde têm número de consultas considerado maior que o necessário para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas de saúde, enquanto outras com maiores riscos e vulnerabilidade não conseguem acesso ao cuidado, além disso é necessário buscar maior qualidade da atenção à Saúde, o seja, maior capacidade dos serviços de Saúde em responder de forma efetiva às necessidades de saúde, no momento em que as pessoas precisam, e a integralidade da atenção, que compreende promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e recuperação da saúde. Refere-se, ainda, à abordagem integral do indivíduo (todos os sistemas fisiológicos, bem como os aspectos psicológicos, e contexto familiar e social).

6.5 Quinto Passo: Identificação dos nós críticos

Neste momento identificamos os seguintes nós críticos por meio dos prontuários individuais dos pacientes cadastrados no PSF além das estatísticas locais:

- Processo de trabalho da equipe → orientações inadequadas para as pessoas com fatores de risco.
- Dificuldades na compreensão dos fatores de risco/ educação baixa em saúde.

6.6. Sexto Passo: Desenho de operações e estabelecimento de soluções e estratégias para o enfrentamento

Quadro 3- Desenho de operações para os nós críticos do problema elevada morbimortalidade de HASPSF Jose Aloizio da Cunha. Município Porto de Pedras. .2014-2015

Nó crítico	Operação-Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Vida saudável Modificar os estilos de vida inadequados	Diminuir em um 20 % as malas práticas de alimentação, o sedentarismo, o tabagismo e alcoolismo. Atingir a Cobertura médica de toda a população com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequados garantindo o 100% de eles.	Programa de saúde na rádio de Município. Palestras aos grupos vulneráveis da população com doenças crônicas não transmissíveis, e população de risco	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Cognitivo Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)

<p>Baixo nível de conhecimento dos fatores de risco</p>	<p>Aumente seu conhecimento</p> <p>Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das doenças crônicas não transmissíveis e principalmente a HAS</p>	<p>População com doenças crônicas não transmissíveis com mais conhecimento sobre os riscos da HAS e as ações das mesmas.</p>	<p>Campanha educativa na rádio local do município.</p> <p>Campanhas educativas no jornal local.</p> <p>Trabalho sistemático com o grupo de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>Econômico ou financeiro</p> <p>Recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p> <p>Financiamento dos projetos.</p> <p>Cognitivo</p> <p>Sobre as estratégias de comunicação.</p> <p>Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos</p> <p>Político</p> <p>Articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p>Organizacional</p> <p>Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)</p>
---	--	--	---	---

<p>Estrutura dos serviços de saúde</p>	<p>Melhor acompanhamento Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, (HAS).</p>	<p>Assegurar a consulta especializada e garantir a contra-referência das mesmas oportunamente, Garantir exames previstos para 100% da população com doenças crônicas não transmissíveis (HAS) Garantir dos medicamentos adequados aos 100 % da população com doenças crônicas não transmissíveis (HAS), Garantir a permanência dos profissionais de saúde nos PSF para</p>	<p>Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Exigir a contra-referência escrita dos especialistas. Contratação no município de profissionais especializados e médicos de PSF suficientes para conseguir o acompanhamento aos 100% da população em questão. Compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (HAS).</p>	<p>Políticos Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financiamento Para a contratação dos profissionais especializados que dem. cobertura a toda a população e médicos para todos os PSF, e Compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura dos pacientes com HTAS. Cognitivo Elaboração da adequação</p>
--	--	--	--	---

		atendimento continuado destes pacientes, e evitar complicação.		
Processo de trabalho da equipe de Saúde da família com predomínio do modelo assistencial	Línea de cuidado Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Cobertura médica aos 100% de população com riscos de doenças crônicas não transmissíveis (HAS).	Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis entre ela HAS. Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado	Cognitivo Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional Adequação de fluxos de pesquisa e atendimento de pacientes com risco de doenças crônicas não transmissíveis (HAS). (Referência e contra referências)

6.7- Identificação dos recursos críticos

Quadro 4 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema, a elevada morbimortalidade de HAS na população do PSF Jose Aloizio da Cunha. Município Porto de Pedras. .2014-2015.

Operação Projeto	
Vida saudável	<p>Econômico ou financeiro</p> <p>Utilizamos folhetos educativos, propaganda escrita, recursos audiovisuais.</p> <p>Político</p> <p>Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais especialistas e não especialistas</p>
Aumente seu conhecimento	<p>Econômico ou financeiro</p> <p>Utilizamos folhetos educativos, propaganda escrita. Financiamento dos projetos.</p> <p>Político</p> <p>Articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p>Organizacional</p> <p>Dispõem de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).</p>
Melhor acompanhamento	<p>Políticos</p> <p>Melhorar a estruturação dos serviços de saúde com aumento dos recursos destinados.</p> <p>Financiamento</p> <p>Dar cobertura a todos os pacientes com enfermidades crônicas com a compra de medicamentos -100%</p> <p>Contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes para cobrir todas as necessidades.</p>
Línea de cuidado	Político

	Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais especialistas e não especialistas
--	--

6.8. Oitavo Passo: Análise de viabilidade do plano

Quadro 5 .Propostas de ações para a motivação de realização do projeto de intervenção no PSF PSF Jose Aloizio da Cunha. Município Porto de Pedras, 2014-2015.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Vida saudável Modificar estilos de vida inadequados	Econômico ou financeiro Conseguir na rádio local espaços radiais. Elaboração de folhetos educativos. Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Setor de comunicação social Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa. Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
Aumente seu conhecimento Aumentar o nível de conhecimento	Econômico ou financeiro Conseguir na rádio local espaços radiais.	Prefeito municipal Secretário Municipal de	Favorável Favorável	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa. Apresentar o

da população sobre os riscos das doenças crônicas não transmissíveis (HAS)	<p>Elaboração de folhetos educativos.</p> <p>Financiamento dos projetos.</p> <p>Político</p> <p>Mobilização social e articulação Inter <i>setorial</i>.</p> <p>Organizacional</p> <p>Adequação de um espaço físico e recursos disponíveis.</p>	Saúde		Projeto de intervenção Educativa.
<p>Melhor estrutura</p> <p>Dos serviços para dar ótima atenção aos pacientes com enfermidades crônicas não transmissíveis (HAS).</p>	<p>Políticos</p> <p>Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde.</p> <p>Financiamento</p> <p>Contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, e</p> <p>Compra dos medicamentos para conseguir o</p>	<p>Prefeito municipal</p> <p>Secretário Municipal de Saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	

	100% de cobertura. Para exames dos pacientes.			
Línea de cuidado Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Político Articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

6.9 Nono Passo: Elaboração do plano operativo

Quadro 6- Plano Operativo para realização do projeto de intervenção em PSF Jose Aloizio da Cunha. Município Porto de Pedras..2014-2015.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Vida saudável Modificar estilos de vida inadequados	Diminuir em um 20 % o sedentarismo , obesidade, tabagismo, alcoolismo, a alimentação inadequada. Cobertura médica ao 100% da população,	Programa de caminhada orientada, saúde na rádio de local, Palestras aos grupos vulneráveis da população com doenças crônicas não transmissíveis	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.	Medico Enfermeira Núcleo de Apoio à Família.	Início em três meses.

	principalment e com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequado.	. Orientação nutricional.			
Aumente seu conhecimento Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das doenças crônicas não transmissíveis (HAS)	População de risco e com doenças crônicas não transmissíveis com mais conhecimento das mesmas.	Campanhas educativas no jornal local. Campanha educativa na rádio local do município. Trabalho com o grupo de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis de forma sistemática.	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.	Médico Enfermeira Equipe de Saúde da Família.	Início em três meses a seis. Início em três meses
Melhor acompanhamento Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos	Garantir a permanência dos profissionais de saúde para atendimento continuado. Assegurar a	Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Contratação no município de profissionais		Diretor de Atenção Básica do Município Secretário de saúde	Início em três meses Início em Três meses

portadores de doenças crônicas não transmissíveis	consulta especializada e garantir a contra-referência das mesmas. Garantir exames previstos para 100% da população com doenças crônicas não transmissíveis. Garantir dos medicamentos ao 100 % da população com doenças crônicas não transmissíveis	especializados e médicos de PSF suficientes para conseguir o acompanhamento ao 100% da população em questão. Exigir a contra-referência escrita dos especialistas. Compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.		Secretário de saúde	Início em três meses
				Diretor de Atenção Básica do Município	Início em três meses
Línea de cuidado para melhorar a efetividade das pacientes	Cobertura aos 100% de população com riscos de doenças crônicas não transmissíveis	Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de doenças crônicas não		Equipe de Saúde da Família	Início em três meses

organizando o processo de trabalho	s (HAS)	transmissíveis (HAS). Protocolos implantados de recursos humanos capacitados para a gestão de linha de cuidado		Diretor de atenção Básica do município Diretor de atenção Básica do município	Início em três meses Início em três meses
------------------------------------	---------	---	--	--	--

6.10. Décimo passo -O modelo de gestão do projeto de intervenção

Cada ação proposta será acompanhando pela equipe para que as fragilidades encontradas sejam equacionadas e outras ações sejam propostas.

7 .CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi realizado pela equipe de saúde de PSF Jose Aloizio da Cunha, por ter grande quantidade de pacientes com doenças cardiovasculares. A mais representativa é a Hipertensão Arterial, acompanhada e antecedida por fatores de risco como: elevação dos níveis de colesterol, tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física, sobrepeso e obesidade, consumo inadequado de frutas e hortaliças; responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade decorrentes das doenças não transmissíveis (HAS).

A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS.

O trabalho nos permitiu aumentar a visão da magnitude do problema em nossa área de abrangência e modificar nosso atuar em relação às doenças crônicas, assim como capacitar o pessoal da equipe e prepará-los para a pesquisa ativa dos casos e a promoção em saúde.

Nossa expectativa é de melhorar a qualidade de vida de nossos pacientes, diminuir as complicações e fundamentalmente modificar hábitos de vida não saudáveis.

Entre 60 a 80% dos casos de HAS podem ser tratados na rede básica, pois são de fácil diagnóstico, não requerem tecnologia sofisticada, podendo ser tratadas e controladas.

Este plano de ação abrange todas as operações a desenvolver para resolver o problema prioritário da população atendida no PSF Jose Aloizio da Cunha, no Município de Porto de Pedras e vai garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. É uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistemática, onde é fundamental que a equipe acompanhe cada passo e os resultados das ações implementadas para garantir a qualidade de seu trabalho.

A proposta de intervenção é viável no contexto de nossa equipe de saúde da família, podendo influenciar na qualidade de vida da população atendida.

REFERENCIAS

ARGUEDAS, J.A; PEREZ, M.I; WRIGHT J.M; Treatment. Blood pressure targets For hypertension. **Cochrane Data base Syst. Rev.**, n. 3, Pub 2. 2009..

AVEZUM, Á, WAJNGARTEN. M. Como melhorar o controle das Doenças cardiovasculares. **Revista SOCESP**, São Paulo, v. 23, n. 02, abril/maio/junho. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.. Brasília : Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 16, Série. NLM WG 340, ISBN 85-334-1189-8 1)

BRASIL. Ministério da Saúde

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. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. 2010. 110p.

DATASUS, Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>>. Acessado em: 13, 14, 22, 23 e 24 Jan. 2009.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF-NETO, José. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.** [online]. v.19, n.3, p. 614-626, 2010.

MONTEIRO, Luciana Zaranza, et al. Nível de conhecimento do profissional de educação física frente a alunos com hipertensão arterial nas academias de ginástica. **Rev. Brás. Cine antropom.** V. 12, n.4, p. 262-268, 2010

MOURA, D,J,M. et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm**, v. 64, n. 4, p. 759-65, Ago, 2011

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

OMS. **Prevention de las enfermedades crónicas:** una inversión vital – panorama general. Agence de Santé Publique de Canada. Alagoas. 2013. Disponível em: <http://wikialagoas.al.org.br/index.php/Santana_do_Ipanema> Acesso em: 12 março. 2014

RIBEIRO, Amanda Gomes et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr.** V. 25, n. 2, p. 271-282, 2012.

SILVA, L. C et al. A tool forma assessing TVE usefulness of prevalence done for surveillance purpose: the example of hypertension. **Revista Paramericana de Salud Pública**, v. 10, n. 3, p. 152-60. 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

WILLIAMS, B. **The year in hypertension.** WIKIPEDIA Virtual do Santana do Ipanema. Alagoas: 2013. Disponible em: <http://wikialagoas.al.org.br/index.php/Santana_do_Ipanema>. Acesso em: 12 março. 2014.