

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

MADELYN GUERRA SÁNCHEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR O ALTO ÍNDICE DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TRAIPU-AL**

Traipu, Alagoas

2014

MADELYN GUERRA SÁNCHEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR O ALTO ÍNDICE DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TRAIPU-AL**

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

Orientadora: Professora Thais Porlan de Oliveira

Traipu, Alagoas

2014

MADELYN GUERRA SÁNCHEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR O ALTO ÍNDICE DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TRAIPU-AL**

Banca examinadora

Prof. Thais Porlan de Oliveira

Prof. Daniela Coelho Zazá

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

A minha mãe heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço e ao meu pai desde o céu me fortaleceu e que para mim foi muito importante.

A meu esposo, meu filho e a toda minha família que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

À minha orientadora, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho e aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Aos companheiros de estudo, trabalho e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos grandes problemas de saúde pública no mundo, particularmente no Brasil, pela alta prevalência e por destacar-se como importante fator de risco cardiovascular. Aproximadamente 30% da população adulta é hipertensa e se estima que depois dos 50 anos quase a metade das pessoas têm problemas com a pressão arterial. Fatores de risco tais como sedentarismo, ingestão excessiva de sal, alcoolismo, tabagismo e obesidade, entre outros, têm contribuído para o aumento da prevalência dessa doença, levando a implicações médicas e sociais. O controle adequado e continuado da hipertensão previne complicações e a Atenção Básica direciona seu trabalho, por meio de atividades educativas e envolvimento das pessoas com fatores de risco para esta doença como participantes de seu bem-estar, ampliando a participação social no SUS. Na Unidade de Saúde da Família PSF Urbano I em Traipu o alto índice de hipertensão foi identificado como um problema de saúde pelo número elevado de pessoas com esta doença crônica, apresentando-se entre uma das principais causas de óbito na região. O projeto de intervenção teve como objetivo geral propor um plano de intervenção educativa para diminuir o alto índice de Hipertensão Arterial neste município.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, plano de intervenção, educação em saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial hypertension is one of the major public health problems in the world, particularly in Brazil, by the high prevalence and stand out as an important cardiovascular risk factor. Approximately 30% of the adult population is hypertensive and it is estimated that after 50 years almost half of the people have problems with blood pressure. Risk factors such as physical inactivity, excessive salt intake, alcoholism, smoking and obesity among others, which are associated with hypertension, have contributed to the increased prevalence of the disease, leading to medical and social implications. The proper control and carried on hypertension prevents complications and in this sense the basic attention directs his work, through educational activities and involvement of every person with risk factors for this disease as part of their welfare, expanding the participation in SUS. On family health unit PSF urban I in Traipu the high rate of hypertension was identified as a health problem by the high number of people with this chronic disease, presenting itself among one of the leading causes of death in the region. The intervention project aims general, propose a plan of educational intervention to decrease the high rate of Hypertension.

Keywords: hypertension, contingency plan, health education.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	14
4	METODOLOGIA	15
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
6	PLANO DE AÇÃO	20
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS E VIABILIDADE.....	24
	REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma importante e evitável causa de doença cardiovascular. A hipertensão sem tratamento acelera o desenvolvimento de insuficiência cardíaca, doença coronariana, angina, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos e trombóticos e insuficiência renal. A prevenção das complicações da hipertensão através de terapêutica e conduta anti-hipertensiva é um dos maiores desafios em saúde pública. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica já é reconhecida como um problema de Saúde Pública tendo em vista a morbi-mortalidade e o significativo aumento com os gastos para o tratamento dos hipertensos ou com as sequelas consecutivas mais comuns como o infarto e o Acidente Vascular cerebral. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Para o Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta maiores de 20 anos, e forte relação com 80% dos casos de acidente vascular encefálico e 60% dos casos de doenças isquêmicas do coração. Constitui-se, sem dúvidas, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja principal causa de morte, o acidente vascular encefálico, tem como origem a hipertensão não controlada (BRASIL, 2002).

Dentre as políticas públicas para evitar o alto índice de pacientes hipertensos estão às ações educativas com todos nossos pacientes para modificar estilos de vida não saudáveis. Para que o processo educativo seja eficaz, é necessário primeiramente conhecer a atitude do indivíduo a respeito da saúde dele. Muitas vezes os costumes sobre as práticas em saúde, os valores e as percepções que eles têm da vida e em relação à aparição de doenças são diferentes daqueles pensados pelo profissional da saúde, já que são dois grupos socioculturais, linguísticos e psicológicos distintos. Torna-se, então, necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento.

Na minha área de abrangência muitas pessoas apresentam dificuldades em aceitar o diagnóstico e aderir ao tratamento prescrito, nesse sentido, a educação em saúde consiste em um dos principais elementos para a promoção da saúde e, portanto, para melhores condições de vida, as experiências educativas com usuários

portadores de HAS são incipientes e em pequena medida se reportam à perspectiva de formação da “consciência crítica” sobre saúde.

Por esse motivo, buscam-se ações de educação em saúde que melhorem o estado de saúde dos pacientes com HAS, permitindo que estes emitam opiniões e discutam os entraves em relação à adesão ao tratamento e às dificuldades relativas às mudanças de comportamento com vistas ao controle e diminuição da doença.

Devido à relevância epidemiológica da HAS na área de abrangência e à falta de adesão ao tratamento pelos acometidos por esse agravo, o que implica dificuldade em aumentar o acompanhamento dos pacientes hipertensos através do HIPERDIA, vislumbramos o projeto de intervenção pautado na promoção a saúde e prevenção em saúde.

A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Esse projeto foi pensado para que permitisse a troca de experiências entre os participantes, a fim de fomentarmos a desconstrução de mitos e a construção de saberes em relação à HAS. Dessa forma, estimular-se-iam a prevenção de complicações para esses indivíduos e possíveis mudanças de comportamentos relacionados aos fatores de risco para a HAS como tabagismo, sobrepeso, sedentarismo, etilismo e alimentação inadequada.

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no país e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos

com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce (BARRETO, 2001).

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão (BARRETO, 2001).

2 JUSTIFICATIVA

A Unidade de Saúde da Família Urbano I localiza-se no município Traipu, aproximadamente a 186 km de Maceió, a capital do estado. O município foi criado em 30 de abril de 1870, com a Lei n.516. A cidade está construída à margem esquerda do Rio São Francisco, junto à foz do rio Traipu. O município está situado no sudoeste do Estado de Alagoas, fazendo parte da zona fisiográfica do Sertão do São Francisco. Limita-se ao norte com o município de Girau do Ponciano, ao sul com o Rio São Francisco, de frente a Serra da Tabanga, estado de Sergipe, a leste com São Brás, Olho de Água Grande e Campo Grande, e a oeste com Belo Monte, Batalha e Jaramataia.

O município possui um clima muito quente e seco característico da zona do sertão. É conhecido nacionalmente como um polo turístico e por suas ricas produções de artesanato como bordados, esculturas em madeira e argila. O município possui uma economia predominantemente agrícola de subsistência com a produção de feijão, mandioca, milho e palma, segundo dados do relatório anual de gestão do ano 2012.

A UBS não está localizada em região central na comunidade o que dificulta o acesso às pessoas que moram em áreas mais afastadas e esta dispõe de uma equipe bem organizada formada por um médico, uma enfermeira, técnica de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de serviços gerais. A população adstrita em nossa unidade é de 2625, destes 1422 (54.2%) são do sexo feminino e 1203 (45.8%) do sexo masculino. Há 853 (32.5%) pacientes hipertensos registrados, a equipe trabalha para cadastrar o maior número de hipertensos, mas existe uma área descoberta de Agente de Saúde que dificulta este trabalho. Nossa equipe realiza diferentes atividades educativas que objetivam a prevenção da hipertensão arterial, em que podemos comprovar que o trabalho realizado não era suficiente e, por essa razão, optou-se por fazer o trabalho de intervenção para diminuir a presença de fatores de risco em nossa área de abrangência e assim impactar sobre o alto índice de hipertensão arterial.

A priorização do cuidado aos hipertensos é orientada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS 01/2001), que estabeleceu, como responsabilidade dos municípios, as ações estratégicas de saúde, entre elas, o controle da hipertensão arterial.

Modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria concepção de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos. A abordagem da hipertensão arterial é constituída de intervenção medicamentosa e não medicamentosa sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida. Assim, o sucesso do controle da pressão arterial depende da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida.

São atribuídos como riscos ou causas para elevação da pressão arterial fatores constitucionais (idade, sexo, raça, obesidade); fatores ambientais (ingestão de sal, cálcio e potássio, álcool, gorduras e tabagismo); fatores ambientais ligados ao trabalho (estresse, agentes físicos e químicos) e fatores ligados à classe social a qual o indivíduo pertence. Dessa forma, para o seu tratamento, além da medicação prescrita, os profissionais de saúde recomendam a adoção de práticas que possam minimizar os fatores de risco acima citados. Assim sendo, o indivíduo hipertenso, para tratar ou prevenir-se das complicações da HAS, deve, além de medicar-se, ter atitudes para mudar antigos comportamentos ou adotar novos hábitos.

Dessa forma, decidiu-se encaminhar este trabalho para a educação dos pacientes com fatores de risco para a HAS, por ser esta uma das doenças crônicas de maior prevalência na população da área de abrangência do PSF Urbano I do município Traipu. Este projeto de intervenção tem por objetivo a diminuição do alto índice desta doença, buscando promover um processo educativo em que os pacientes sejam instruídos sobre os fatores da HAS e desta forma aumentar a qualidade de vida dos mesmos. Ao oferecer ferramentas que lhes permitam reconhecer os fatores de risco que favorecem a aparição desta doença, pretende-se modificar o estilo de vida da população, atuando sobre os principais fatores de risco modificáveis, como alimentação, prática de exercícios físicos, hábitos tóxicos, alcoolismo, obesidade e sedentarismo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para a prevenção do surgimento de HAS nos pacientes da área de abrangência do PSF Urbano I em Traipu-AL.

3.2 Objetivos específicos

Planejar a viabilidade da formação de grupos de intervenção de pessoas com fatores de risco para HAS.

Planejar a organização de palestras em locais públicos sobre as causas e consequências da HAS.

Planejar a avaliação da proposta de intervenção.

4 METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos propostos neste estudo o de elaborar um plano de intervenção para redução do alto índice de HAS na unidade básica de saúde PSF Urbano I, do município Traipu. Os descritores utilizados para a busca de artigos no período de janeiro - junho de 2014 foram: hipertensão arterial, estilos de vida sedentários e fatores de risco. Para a coleta de dados, foram utilizadas informações disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Traipu (relatórios de gestão), informações obtidas com os integrantes da Equipe de Saúde da Família.

Ao final, foi elaborada uma proposta de intervenção, objetivando a redução do alto índice de ocorrência de hipertensão arterial sistêmica nessa área. Foi elaborada uma proposta de atuação com realização de campanha educativa na radio local, aulas e palestras educativas, a promoção e realização de exercícios físicos, caminhadas diárias, também se fará grupos de academia, bailo terapia, de pacientes idosos e pessoas com fatores de risco de hipertensão. Dessa forma, os resultados desta intervenção visa a redução do elevado índice de pacientes com hipertensão arterial, mudança do estilo de vida de sedentária para uma saudável, disseminar a importância da realização de dietas hipossódicas e com menos calorias. A proposta será efetivada, contando com a participação de todos os envolvidos no processo de execução.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença caracterizada por níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas ou hormonais, fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas, vasculares) e sociodemográficos. É um problema de saúde pública, cujo controle visa prevenção de alterações irreversíveis no organismo, relacionadas a morbimortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

O controle da pressão arterial sistêmica está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento. Esta doença é considerada uma das causas de morbimortalidade prematura em nossos pacientes, pela alta prevalência e por constituir fator de risco relevante para complicações cardiovasculares, renal e vascular, tais como: insuficiência renal, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca e podem ocorrer, principalmente, pela não utilização adequada da medicação (SILVA; SOUZA 2004).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), esta patologia é crônica, não transmissível, de início silencioso com repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovasculares e renovasculares, acompanhados frequentemente com morbidades de grande impacto para os indicadores de saúde da população. As morbidades mais prevalentes, além da hipertensão arterial, foram: desordens dos sistemas endócrinos (22,0%), músculo esquelético (20,0%), cardiovascular (19,0%) e gastrointestinal (15,0%).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e a hipertensão arterial está entre seus principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública como sedentarismo, falta de dieta equilibrada, etilismo, tabagismo, fatores emocionais, deficiências físicas e mentais, abandono familiar. Estes fatores sozinhos ou associados desestimulam ou dificultam o tratamento correto de nossos pacientes hipertensos (SILVA; SOUZA, 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), a insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais frequente que as internações por acidente vascular cerebral. A hipertensão arterial primária é uma característica individual, física ou comportamental associada com uma maior possibilidade de desenvolvimento de determinadas doenças. Esta hipertensão arterial, quando não é tratada corretamente, explica 25% dos casos de diálise por insuficiência renal crônica

terminal, 80% dos acidentes vasculares cerebrais (derrame cerebral) e 60% dos casos de infarto do miocárdio, essas doenças são a principal causa de morte no país.

O tratamento da hipertensão arterial pode ser medicamentoso e não medicamentoso. O tratamento sem medicamentos tem como objetivo auxiliar na diminuição da pressão, e se possível evitar as complicações e os riscos por meio de modificações de estilo de vida como: a redução do peso, a redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, uma dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com pouco teor de gordura, a diminuição ou abolição do álcool e a realização de atividade física (SILVA; SOUZA, 2004). Segundo Mano (2009) alimentos ricos em cálcio atualmente são preconizados em conjunto com toda a série de medidas dietéticas já citadas, que juntas são benéficas para a redução da pressão arterial. As modificações do estilo de vida são aplicáveis a todos os pacientes que se propõe a diminuição do risco cardiovascular, incluindo os normotensos, e necessárias também quando se impõe o tratamento farmacológico da hipertensão (MANO, 2009).

Complementa Nettina (2003), que o tratamento com modificações no estilo de vida consiste em: perder peso se o índice de massa corpórea for superior ou igual a 25; limitar o consumo de álcool, não sendo recomendado mais que 30ml de etanol por dia para homens e 15 ml para mulheres; praticar exercícios aeróbicos regulares equivalentes a 30 a 45 minutos de caminhada intensa na maioria dos dias; cortar a ingestão de sódio para 2,4 gramas ou menos por dia; considerar reduzir a ingestão de café; parar de fumar; além de levar uma dieta rica em frutas, legumes, produtos lácteos com baixo teor de gordura e fibras e pobres em gorduras saturada e total.

As ações de prevenção e intervenção devem ser planejadas, utilizando uma abordagem integrada com o social, o psicológico e o biológico, visando diminuir o consumo abusivo de álcool e tabagismo, bem como prevenir seus malefícios à saúde. Desta forma, é imprescindível trabalhar em equipe no atendimento ao paciente com fatores de risco cardiovasculares e com o paciente hipertenso para conhecer as intervenções de educação em saúde. O trabalho interdisciplinar proporciona ao paciente uma visão mais ampla sobre sua saúde, sendo bastante importante o reconhecimento da avaliação da equipe multiprofissional no cuidado de todos os pacientes (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Hajjar e Kotchen (2010) apontaram ser de fundamental importância elaborar um plano de assistência individualizada para facilitar o monitoramento do uso dos medicamentos, motivando os pacientes a incorporação de atitudes saudáveis dos hábitos de vida e a total adesão ao tratamento, principalmente no que diz respeito ao uso correto de medicamentos prescrito, evitando assim o risco cardiovascular. A equipe de saúde deve acompanhar a todos os pacientes que tenham fatores de risco que predisponham o surgimento da hipertensão na tentativa de modificar aqueles casos modificáveis, estimulando a eles a participar nas atividades educativas, onde eles podem conhecer melhor os hábitos de vida saudáveis e obter informações sobre a doença em questão (LIMA; GAZETTA, 2010).

Os fatores de risco na população trazem como consequências a aparição de doenças crônicas. Assim, a ação educativa no projeto orienta-se por princípios da Educação Popular em saúde e seu horizonte é ampliar espaços de debate que estimulem a estes pacientes a pensar a relação corpo/vida e atuar na direção de integrar o fazer individual e coletivo que envolve a saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Acredita-se que tal ótica possibilita operar com uma visão integradora da promoção da saúde, que articule abordagem do autocuidado às necessidades sociais e ao fomento da participação popular na viabilização dos direitos da cidadania e saúde.

Desse modo, a doença hipertensiva tem se constituído num dos mais graves problemas da saúde pública. Modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria ideia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos. Autores defendem que as crenças com as quais as pessoas tendem a viver afetam diretamente a aparição de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

A importância da relação entre conhecimentos, atitudes e práticas para o planejamento e elaboração de intervenções educativas junto a pacientes portadores de doenças cardiovasculares é reconhecida por pesquisadores, porém os mesmos consideram a relação entre essas variáveis complexa porque envolve fatores sociais, ambientais e emocionais. Ações educativas para capacitação das pessoas com fatores de risco para a hipertensão arterial, no âmbito da Atenção Básica à

Saúde, estão ainda estruturadas no modelo assistencial hegemônico, de abordagem predominantemente higienista, que culpa as pessoas por seus problemas de saúde e que desconsidera a participação da comunidade nos processos educativos a ela dirigidos (REZENDE, 2011).

6 PLANO DE AÇÃO

Identificação dos problemas

Os principais problemas encontrados na comunidade foram: alta incidência de hipertensão arterial sistêmica, alto percentual de detecção de diabetes mellitus, o consumo inadequado da água, a elevada prevalência de parasitismo intestinal, alto índice de gestações entre os adolescentes, o elevado índice de infestação por vetores e alto consumo de drogas lícitas tais como álcool, tabaco.

Priorização dos problemas de saúde

O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados.

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto percentual de detecção de diabetes mellitus.	Alta	6	Parcial	2
Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	7	Parcial	1
Consumo inadequado da água	Alta	5	Parcial	3
Elevada prevalência de Parasitismo Intestinal	Alta	5	Parcial	5
Alto índice de gestações entre os adolescentes	Alta	6	Parcial	6
Elevado índice de infestação por vetores	Alta	6	Parcial	7
Alto consumo de drogas lícitas	Alta	6	Parcial	8

Descrição do Problema

O alto índice de hipertensão foi identificado como um problema de saúde porque em minha área de abrangência tem um percentual muito elevado de pessoas com esta doença crônica, incidindo esta entre as principais causas de óbito da população. 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. Há 853 (32.5%) pacientes hipertensos registrados.

Explicação do Problema selecionado

Ambientes políticos, culturais, ambientais e socioeconômicos contribuem para hábitos e estilos de vida inadequados. Os costumes do Brasil, sobretudo alimentares como os verificados entre os alagoanos e também os estilos de vida que dependem da região, nível social, costumes, pressão social, nível educacional e de informação também podem ser considerados inadequados. Em nossa população detectamos pouco conhecimento da doença e de seu tratamento não farmacológico, inadequados hábitos alimentares que constitui risco cardiovascular, cultura sanitária baixa sobre esses fatores de risco sobretudo em pacientes idosos e pouca atenção pela equipe da ferramenta, mas importante que é a educação sanitária.

Seleção dos nós críticos

Dentre as várias causas do problema estão aquelas que serão os pontos de enfrentamento do mesmo, os nós críticos, sobre as quais serão elaboradas as propostas de ação.

"Nós críticos" do problema:

- 1-Maus hábitos higiênicos dietéticos, pelo elevado consumo de refrigerantes, de alimentos fritos, gordurosos, salgados, todos muito danosos para a saúde.
- 2-Estilo de vida sedentário, em geral a população de minha área de abrangência tem pouca cultura da prática de exercícios físicos e estilos de vida sedentários.

Na viabilidade do plano contamos com uma motivação favorável da coordenação de atenção básica e da secretaria de saúde do município, integrantes do núcleo de apoio à saúde da família (NASF), integrantes da equipe de saúde, atores controladores dos recursos críticos para a execução do plano de intervenção. Com a aplicação do projeto pretendemos a motivação da população pela participação ativa no mesmo.

No quadro 2 estão apresentadas as operações para o nó crítico "maus hábitos higiênicos dietéticos".

Quadro 2 - Operações sobre os maus hábitos higiênicos dietéticos relacionados ao alto índice de hipertensão arterial sistêmica, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF Urbano I, em o município Traipu, Alagoas.

Nó crítico 1	Mãos hábitos higiênicos dietéticos.
Operação	Estabelecer práticas de identificação precoce dos pacientes com mãos hábitos higiênico dietéticos
Projeto	Comer melhor e viver melhor
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esclarecer que a alimentação e nutrição adequadas são direitos humanos universais. ➤ Promover a substituição do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos saudáveis. ➤ Não discriminar alimentos, mas propor a redução do consumo dos menos adequados. ➤ Esclarecer que alimentação saudável não é alimentação cara. ➤ Promover o peso saudável através de mensagens positivas. ➤ Evitar a personificação do obeso, já discriminado socialmente
Produtos esperados	Melhorar os hábitos higiênico dietéticos da população.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde da unidade, equipe do NASF/responsáveis das consultas, palestras e da reprodução de material audiovisual.
Recursos necessários	Estrutural: Mobilização da população imiscuída no projeto. Cognitivo: informar todos as estratégias para a realização das atividades. Financeiro: Recursos necessários para a elaboração das palestras e reprodução do material audiovisual. Político: Conseguir o espaço na rádio local.
Recursos críticos	Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Recursos necessários para elaboração do projeto.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica	Palestras educativas na rádio local, Palestras educativas sobre hábitos e estilos de vida adequado em cada micro, reprodução de material audiovisual na sala de espera da USF, entrega de folhetos.
Responsáveis:	Enfermeira da unidade, médico da unidade, agente de saúde, integrantes de NASF.
Cronograma / Prazo	Início em dois meses / prazo 6 meses

No quadro 3 estão apresentadas as operações para o nó crítico “estilo de vida sedentário”.

Quadro 3 - Operações para o estilo de vida sedentário relacionado ao alto índice de hipertensão arterial sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF Urbano I, do município Traipu, Alagoas.

Nó crítico 1	Estilo de vida sedentário
Operação	Estabelecer práticas educativas para pacientes com estilo de vida sedentário.
Projeto	Atividade física é vida.
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Redução da obesidade ➤ Prevenção de doenças coronárias. ➤ Independência de pessoas idosas, melhorando o funcionamento do organismo, reforçando o coração, músculos, pulmões, ossos e articulação. ➤ A atividade física realizada regularmente melhora a condição física e a saúde do coração.
Produtos esperados	Melhorar o estilo de vida inadequado da população.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde da unidade, equipe do NASF/responsáveis das consultas, palestras e da reprodução de material audiovisual.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Mobilização da população imiscuída no projeto.</p> <p>Cognitivo: informar todos as estratégias para a realização das atividades.</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para a elaboração das palestras e reprodução do material audiovisual.</p> <p>Político: Conseguir o espaço na rádio local.</p>
Recursos críticos	<p>Político: Articulação intersetorial.</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para elaboração do projeto.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretaria de saúde</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica	Palestras educativas na rádio local, Palestras educativas sobre hábitos e estilos de vida adequado em cada micro, reprodução de material audiovisual na sala de espera da USF, entrega de folhetos, criação de grupos de academia, bailo terapia de pessoas idosas. Promover a realização de exercícios físicos e caminhadas
Responsáveis:	Enfermeira da unidade, médico da unidade, agente de saúde, integrantes de NASF.
Cronograma / Prazo	Início em dois meses / prazo 6 meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o desenvolvimento deste projeto é viável porque os recursos necessários para o seu desenvolvimento não são caros comparados com os benefícios sociais e econômicos que serão alcançados. A infraestrutura para desenvolver o projeto é o próprio PSF, os recursos humanos necessários são os membros da equipe de saúde, e os recursos materiais necessários são de baixo custo.

Além disso, considera-se viável, tendo em conta que este projeto na ordem social aumentará a qualidade de vida dos pacientes já que como resultado pretendemos diminuir o alto índice de hipertensão arterial, trabalhando com os pacientes que tenham fatores de risco desde idades muito jovens, para o surgimento desta doença. Assim busca-se reduzir também a quantidade de pacientes hipertensos, reduzindo as complicações por esta doença, diminuindo então as internações nos hospitais, por urgências e emergências hipertensivas e suas complicações, além de aumentar o conhecimento dos pacientes sobre o surgimento da hipertensão.

REFERÊNCIAS

BARRETO SM, PASSOS VMA, FIRMO JOA, GUERRA HL, VIDIGAL PG, LIMA-COSTA MFF. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia** 2001;77(6):576-81.

BRASIL, IV **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**.2002.- SHB – Sociedade Brasileira de Hipertensão, SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia, SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia. Campos do Jordão-SP: BG Cultura, 2002.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**.2ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

HALLAR, I.; KOTCHEN, T.A. Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the United States, 1988-2000. **Jama**, v. 290, n. 2, p. 199-206, 2003.

LIMA, L.P.M; GAZETTA, C.E. Análise do programa do controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 14, n. 2, p. 88-94, 2007.

MANO, Reinaldo. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2009. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br>. Acesso em: 30 de jul.2009.

NETTINA, Sandra. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. **Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas (trabalho científico)**, São Paulo, 2003.

REZENDE, A.M.B. Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional, **Catalogo USP**, São Paulo, 2011.

SILVA, J.L.L.; SOUZA, S.L. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista electrónica de Enfermagem**, v.06, n. 03, 2004. Disponível em Faculdade de Enfermagem- FEN/UFG.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial V.** Minas Gerais, 2010.