

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

**MARÍLIN GONZALEZ CABRERA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR A  
INCIDÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO BARRA  
DE SANTO ANTÔNIO - ALAGOAS**

**MACEIO/ALAGOAS  
2016**

**MARÍLIN GONZALEZ CABRERA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR A  
INCIDÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO BARRA  
DE SANTO ANTÔNIO - ALAGOAS**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Teresa Cristina Carvalho dos Anjos

**MACEIO/ALAGOAS  
2016**

**MARÍLIN GONZALEZ CABRERA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR A  
INCIDÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DO MUNICÍPIO BARRA  
DE SANTO ANTÔNIO - ALAGOAS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profª. Ms. Teresa Cristina Carvalho dos Anjos  
Secretaria de Estado da Saúde em Alagoas

Examinador 2 – Prof. Dr. Heriberto Fiuza Sanchez

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2016.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

A meus pais, que são exemplos de lutadores.

Ao meu esposo, apoio incondicional.

A minha filha, minha fonte de inspiração.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus

Aos meus professores do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família.

A minha Equipe de Saúde da Família Nossa Senhora de Lourdes.

**"Ali onde a arte da medicina é cultivada também se  
ama a humanidade".**

**Hipócrates.**

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. O Plano de intervenção propõe abordagem educativa sobre os fatores de risco mais relevantes como o excesso da ingestão de sal e gorduras, obesidade, sedentarismo, consumo de álcool, e hábito de fumar, planejando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças para modificação de estilos de vida e assim diminuir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares; Consultas individuais e coletivas para incentivar a modificação de estilos de vida e adoção de hábitos saudáveis recomendados na prevenção primária de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). O método utilizado foi o de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Espera-se que a instituição de processos de educação em saúde permita que a população de Barra de Santo Antônio, Alagoas, obtenha conhecimentos fundamentais para a compressão do problema e os motive a mudanças no seu estilo de vida assim como minimize o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e as consequências para a saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de Risco. Promoção da Saúde.

## **ABSTRACT**

The Hypertension is a major public health problem in Brazil and worldwide. Its prevalence in Brazil varies between 22% and 44% for adults (32% on average), reaching more than 50% for individuals 60 to 69 years and 75% in people over 70 years. The intervention plan proposes educational approach on the most relevant risk factors such as excessive intake of salt and fat, obesity, physical inactivity, alcohol consumption and smoking, planning health promotion and disease prevention for modification lifestyles and thereby reduce morbidity and mortality from cardiovascular disease (CVD) and stroke; individual and collective consultations to encourage the modification of lifestyles and healthy habits recommended for primary prevention of Hypertension (HAS). The method used was the Situational strategic planning (PES). It is expected that the imposition of health education processes allow the population of Barra de Santo Antônio, Alagoas, obtain basic knowledge for the compression of the problem and motivate them to changes in their lifestyle so as to minimize the development of cardiovascular diseases and health consequences.

Key words: Hypertension. Risk factors. Health promotion

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica.
ACS	Agente Comunitário da Saúde.
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde.
DCV	Doença Cardiovascular.
ESF	Estratégia Saúde Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PAS	Pressão Arterial Sistólica.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
UBS	Unidade Básica de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Município de Barra de Santo Antônio está localizado no Estado de Alagoas no Brasil. Faz parte da microrregião de Maceió, a capital do Estado, distante apenas 37 km. Ocupa uma área de 138.434km<sup>2</sup> em extensão territorial e se encontra inserido na mesorregião do leste alagoano, limitando-se com os municípios de Maceió, Paripueira, Passo de Camaragibe, São Luís do Quitunde e com o Oceano Atlântico. Sua população (Censo/IBGE/2010) é de 14.230, sendo 7.077 do sexo masculino e 7.153 do sexo feminino. Dessa população, 13.242 residem na área urbana e 988 na área rural apresentando um grau de urbanização de 93.06% e densidade demográfica de 105.377 habitantes. A população estimada no ano de 2013 totaliza 15.377 habitantes. Têm um número aproximado de 3.612 famílias. A população do município tem 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

A pesca e a exploração da pedra calcária sempre foram a base econômica do Município, que tem o turismo como vocação natural, suas praias conservam características selvagens e linhas de arrecifes que formam piscinas naturais. Atualmente as principais atividades econômicas do município são: A pesca, o comércio, a agricultura (a cana de açúcar) e os serviços. É importante ressaltar que o município de Barra de Santo Antônio tem um índice de desemprego expressivo. A maioria dos trabalhadores tem trabalho informal (ajudante de pedreiro, lavadeira, faxineira, etc.). Existem também vários idosos pensionistas, muitos deles são os provedores das famílias e muitas famílias cadastradas no programa bolsa família do governo federal.

O município Barra de Santo Antônio conta com oito estabelecimentos de saúde na modalidade Estratégia Saúde da Família (ESF), um Laboratório Municipal de Análises Clínicas, e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS). No sistema de referência e contra referências geralmente se encaminha os pacientes aos hospitais que se encontram em Maceió. O Hospital de referência principal é o Hospital Geral do Estado Dr. Osvaldo Brandão Vilela, a Atenção Básica do município coordena os fluxos das pessoas pelos diversos serviços, exemplo: serviços de maternidade, cirurgia ambulatorial e geral, unidade de terapia intensiva, especialidade de pediatria, ortopedia e traumatologia, oftalmologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, endoscopia, serviços de diagnóstico por imagem, serviço de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, patologia clínica: anatomia patológica, ginecologia,

endocrinologia, dermatologia, neurologia, cardiologia, urologia, nefrologia, otorrinolaringologia, genética, bioquímica, hematologia, imunológica, microbiologia e parasitologia.

A Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora de Lourdes está localizada na Rua principal loteamento Rume Farias (área urbana), com acesso para todos e com um horário de funcionamento de 8 horas. Atende a 579 famílias o que corresponde a uma população de 2558 habitantes com acessibilidade aos serviços: consultas médicas; consultas de enfermagem; consultas odontológicas; procedimentos de assistência de enfermagem na unidade e atendimentos domiciliares de toda a equipe de saúde, e procedimentos de enfermagem quando são necessários; grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes; aplicação de flúor nas crianças da escola local, com supervisão de escovação; assistência farmacêutica e atividades de vigilância sanitária.

Ao realizar o diagnóstico situacional de nossa área de abrangência, resultou como problema de saúde prioritário a alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ( $PA \geq 140/90$ ), associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com conseqüente acrescentamento de risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Essa multiplicidade de conseqüências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da

expectativa e de qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

No Brasil, os desafios no controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle de peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

A promoção do estilo de vida mais ativa tem sido utilizada como estratégia de desenvolver melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida. Estudo recente tem demonstrado que intervenções não farmacológicas no manejo da hipertensão arterial, complementares ao tratamento, são cada vez mais relevantes na prática clínica. A redução do peso e a menor ingestão de sódio e álcool, associados a práticas corporais, podem reduzir em até 10 mmHg a pressão arterial sistólica (PAS). (KITHAS; SUPIANO, 2010).

## 2 JUSTIFICATIVA

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Nossa Senhora de Lourdes, cenário do presente projeto, apresenta uma alta incidência e prevalência de pacientes hipertensos, situação similar ao município que não é diferente do estado Alagoas e do resto do Brasil com alta morbimortalidade e perda significativa da qualidade de vida. Além disso, existe na referida comunidade uma alta prevalência de fatores de risco, como obesidade, sobrepeso, sedentarismo, alimentação não saudável, excesso de sal na dieta, ingestão de bebidas alcoólicas, e o mau hábito de fumar, assim como o descontrole no uso da medicação, exames de controles, frequências às consultas periódicas e falta de adesão a mudanças de estilo de vida.

Devido à alta incidência da hipertensão arterial na população da área de abrangência acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhora das condições de saúde e de vida da população, reduza a morbimortalidade relacionada a doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, e indiretamente os custos médicos e socioeconômicos. Também se procura levar a informação ao paciente de forma mais acessível e dinâmica e espera-se que ocorra uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde. Tendo em conta o antes exposto optamos em fazer este trabalho com foco na prevenção da HAS, doença considerada como uma epidemia, o plano de intervenção propõe promover ações que permitam diminuir a morbimortalidade com o objetivo de reduzir a incidência da mesma para assim reduzir a alta incidência de HAS, intervindo sobre os fatores de risco mais relevantes.

De muita importância constitui o trabalho no PSF. Os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa, e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle da HAS (BRASIL, 2013).

### **3 OBJETIVOS**

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

#### **Objetivo geral:**

Contribuir na diminuição da incidência da Hipertensão Arterial na Unidade de Básica da Saúde Nossa Senhora de Lourdes.

#### **Objetivos específicos:**

1. Descrever a população estimada de pessoas com HAS e realizar a programação de cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essa doença.
2. Identificar os fatores de riscos mais frequentes da Hipertensão Arterial, na área de abrangência Nossa Senhora de Lourdes.
3. Capacitar a equipe de saúde para a identificação de fatores de risco.
4. Promover ações educativas com foco na prevenção de fatores de risco para a HAS.

#### 4 METODOLOGIA

Para a confecção deste trabalho, foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O trabalho de intervenção será realizado na Unidade Básica de Saúde da Família Nossa Senhora de Lourdes, localizada no Município Barra de Santo Antônio - Alagoas. Sua população conta com 2558 habitantes. Destes 1172 do sexo masculino e 1386 do sexo feminino, com uma população maior de 18 anos de 1465 pessoas. Os sujeitos da intervenção serão os usuários com fatores de riscos acrescido para hipertensão na faixa etária maior de 18 anos.

Foram definidas em equipe, estratégias de curto /médio longo prazo, para elaborar a proposta do plano de intervenção e alcançar o objetivo proposto cujo ator social é da Equipe de Saúde.

A curto prazo, será realizada uma capacitação com a equipe, quanto ao rastreamento de usuários com fatores de risco e serão oferecidas consultas de enfermagem para orientação e estímulo de modificação de estilos de vida. A médio prazo, na medida que os usuários cadastrados que serão sujeitos desta intervenção forem sendo consultados, qualificaremos a escuta e o registro nos prontuários dando ênfase ao nível de conhecimento dos fatores de risco que possuem e serão desenvolvidas ações de educação em saúde que valorizem o conhecimento empírico e a realidade dos sujeitos. A longo prazo, a equipe básica da estratégia de saúde da família (médico, enfermeira, agente comunitário de saúde) e demais profissionais que atuam na prevenção, promoção e assistência à saúde, realizarão a estratificação dos pacientes em grupos de risco e definirão uma agenda sistemática para a intervenção educativa de acordo com o grau de vulnerabilidade que o grupo apresentar fortalecendo a linha do cuidado.

Para a realização das ações do projeto de intervenção exposto, serão necessários diversos recursos, como: equipamento e espaço físico adequado. Equipamento adequado para a realização da classificação de risco esfigmomanômetro, estetoscópio, balanças. A interpretação correta dos níveis pressóricos reforça o emprego de técnicas e aparelhos adequados. Espaço físico para a realização dos grupos, desenvolvendo rodas de conversas e palestras; que serão realizados na sala de espera da unidade de saúde da família.

Os temas para as ações educativas em saúde serão priorizados de acordo com o grau de vulnerabilidade identificado junto aos usuários e contemplarão questões relacionadas aos hábitos e estilos de vida; alimentação saudável; diminuição de fatores de risco; benefícios do exercício físico para manter níveis pressóricos normais; consequências para a saúde do hábito de fumar e da ingestão de álcool; importância do tratamento médico da hipertensão arterial para evitar complicações.

As rodas de conversa e as palestras objetivam principalmente contribuir para diminuir a presença de fatores de risco modificável na população, propiciar a adesão dos hipertensos ao tratamento e estimular a prática do exercício físico para evitar complicações.

A enfermeira será responsável por organizar a agenda dos profissionais de saúde, destinando o tempo necessário às atividades do plano e, juntamente com o médico e a técnica de enfermagem, irá monitorar o plano de cuidado dos pacientes, que constitui um processo participativo, possibilitando a incorporação dos vários setores sociais, incluindo a população.

O planejamento das ações seguiu as seguintes etapas:

#### **DEFINIÇÃO DO PROBLEMA:**

Alta prevalência de HAS na unidade básica de saúde Nossa Senhora de Lourdes. As estratégias utilizadas para a busca dos hipertensos foi realizada através do cadastramento dos usuários pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela busca do atendimento dos usuários na UBS de pacientes hipertensos ou portadores de fatores de risco. Com o cadastramento de todos os hipertensos tentamos demonstrar que esta doença é um problema de saúde em nossa comunidade.

#### **PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA.**

La Hipertensão Arterial é considerada um grave problema de saúde na sociedade, com uma alta incidência e prevalência, que na maioria dos casos esta relacionada com fatores de risco como obesidade, sedentarismo, estresse, tabagismo, álcool, e elevada ingestão de sal. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva e fator de risco para doenças isquêmicas, cardíacas, cerebrovascular e renal.

Constitui uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos, torna-se necessária a priorização considerando a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los.

### **DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.**

São vários os fatores que estão associados com o problema, tais como; Inadequados hábitos e estilos de vida, insuficiente atividades de educação em saúde, o baixo nível de conscientização da doença e suas complicações, adaptação ambiental, e/ou insuficiente adesão ao tratamento, problema de saúde pública; estrutura dos serviços de saúde prestados, nível de informação pessoal baixo, tipo de processo de trabalho da equipe; ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico. É importante aumentar a adesão da população às mudanças de estilo de vida, ao uso correto das medicações e estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem estar. As estratégias recomendadas devem ser voltadas para a redução do peso corporal com a prática sistemática de atividades físicas, redução do consumo de sal, aumento do consumo de hortaliças e frutas, além da diminuição de alimentos gordurosos, estímulo ao auto cuidado e promoção a uma vida saudável.

### **EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA.**

A gênese do problema da HAS no município Barra de Santo Antônio, Alagoas, pode ser por a falta de ações de prevenção pela equipe de saúde aos pacientes, não foram feitas todas as ações de promoção e prevenção de saúde na comunidade das consequências tanto, pessoais, sociais, assim como para a família, que muitas vezes pode ser fatal.

## 5 REVISÃO LITERATURA

Em 3 de abril de 2013 em Genebra, por ocasião do dia mundial da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) faz um chamamento para que os países intensifiquem esforços para prevenir e controlar a hipertensão, também chamada pressão alta. Estima-se que em todo o mundo, esta doença afeta mais de um de cada três adultos de 25 ou mais anos de idade: uns mil milhões de pessoas (OMS, 2013).

A hipertensão é um dos principais fatores que contribuem para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, que juntos representam a mais importante causa de morte prematura e invalidez. Os pesquisadores estimam que esta doença provoque quase 9,4 milhões de mortes anualmente por doenças do coração. Também ajuda a aumentar o risco de insuficiência renal e cegueira. O risco de hipertensão pode-se reduzir: diminuindo a ingestão de sal; seguindo uma dieta equilibrada; fazendo atividades físicas de forma regular; evitando o uso de tabaco e evitando o uso nocivo do álcool (OMS, 2013).

A maior prevalência de hipertensão arterial é observada na África (46% de adultos) e a mais baixa nas Américas (35%). Em geral, sua prevalência é mais baixa (35%) nos países de alta renda do que em média e baixa renda (40%), uma diferença que pode ser atribuído para o êxito das políticas públicas e ao melhor acesso à atenção de saúde (OMS, 2013).

Conforme Dr. Shanthi Mendis (2013), diretor interino do departamento de gestão das doenças não transmissíveis da OMS,

“a detecção precoce da hipertensão arterial e a redução dos riscos de ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais são muito menos custosos para os indivíduos e os governos que a cirurgia de coração, a atenção posterior a esses acidentes, diálise e outras intervenções que podem ser necessárias mais tarde se a pressão arterial não é medida e controlada”.

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as Doenças Córdio Vasculares têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil a prevalência média de Hipertensão Arterial - HTA autorreferida na população acima dos 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL-2011), é de 22.7%, sendo maior em mulheres (25.4%) do que em homens (19.5%). A frequência de HTA tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico de HTA, a mesma condição foi observada em apenas 14.2% em mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2011).

A Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) 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, 2010).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo, médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

O cuidado da pessoa com HAS deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010).

A estratificação nas consultas de risco cardiovascular pelo escore de Framingham tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronária nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDL e LDL. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O tratamento medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e

dislipidemias. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida. Entre as mudanças de estilo de vida está a redução no uso de bebidas alcoólicas. O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial, promovendo redução de 3,3mmHg em pressão sistólica e 2,0mmHg em diastólica (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2011).

Estudos estimam um aumento de até 20mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência à drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado (FERREIRA *et al*, 2009).

Tanto os fatores ambientais como os genéticos podem contribuir às variações regionais e raciais da pressão arterial, bem como ao predomínio da hipertensão. Estudos indicam que sociedades que passam por mudanças de um lugar menos industrializado a um mais industrializado, refletem numa profunda contribuição ambiental para a pressão arterial e, refletindo isso, outro aspecto que merece atenção é a mudança de perfil da população brasileira em relação ao estilo de vida, como hábitos alimentares, aumento progressivo do predomínio de sobrepeso ou obesidade, somado à baixa adesão à realização de atividade física, o que contribui a este desenho (JARDIM, 2007).

A Diabete Mellitus é um fator de risco importante para o desenvolvimento da doença isquêmica coronária. A diabete provoca danos nos pequenos vasos sanguíneos de modo difuso e, além disso, afeta outros órgãos como rins, responsável das insuficiências renais. Daí a importância de manter o controle estrito dos níveis de glicemia para poder diminuir consideravelmente esses riscos (ALVAREZ, 2008).

Quanto à hereditariedade, pode dizer que os fatores genéticos para a origem da HAS estão bem estabelecidos na população. Contudo, não existem, ainda, “variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p.3).

As mudanças no estilo de vida, incluindo especialmente alimentação saudável e exercício físico, assumem papel de destaque na relação saúde-doença, pois diversos estudos apontam para os benefícios dessas mudanças na diminuição da incidência e prevenção de várias doenças. No entanto, mesmo com o conhecimento dos benefícios que a prática regular de exercícios físicos gera para a saúde e com diversas campanhas de incentivo à prática regular de exercícios físicos, os níveis de sedentarismo ainda permanecem elevados na população brasileira. Desta forma, incentivar campanhas que priorizam as mudanças no estilo de vida é atitude acertada para gerar melhor qualidade de vida à população e, sobretudo para o fortalecimento da relação saúde-doença, especialmente por intermédio do exercício físico (ZAGO, 2010).

O consumo excessivo de energético, independentemente da obesidade, está associado à elevados níveis pressóricos. Há indícios de que a hiperinsulinemia produzida pela alimentação excessiva leva a um aumento da reabsorção de sódio no túbulo renal. Ainda, a maior ingestão de alimentos está associada a um maior depósito de gorduras e maior ingestão de sal. A adequação do consumo energético, visando a redução do peso, se necessário, deve integrar os objetivos do tratamento nutricional do usuário com HAS (SAVICA; BELLINGHERI; KOPPLE, 2010).

A melhoria do padrão alimentar e a redução do consumo energético podem ter impacto no controle de peso. A perda de peso reduz a pressão arterial e o risco de desenvolver HAS (MOHAN; CAMPBELL, 2009).

As atividades educativas dirigidas à população devem ter por objetivo prevenir a hipertensão arterial; para aqueles que já padecem da hipertensão arterial as atividades devem ser focadas na redução dos níveis de pressão arterial, controle de outros fatores de risco cardiovasculares e a redução do uso de medicamentos anti-hipertensivos. As estratégias recomendadas devem orientar-se à redução do tabagismo e do uso abusivo de álcool, redução do peso entre aqueles com sobrepeso, implementação de atividades físicas, redução do consumo de sal, aumento do consumo de hortaliças e frutas, além da diminuição de alimentos gordurosos, estímulo ao autocuidado e a promoção de uma vida saudável (KUSCHNIR & MENDONÇA, 2007).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde no Brasil e no mundo. Na área de abrangência da ESF Nossa Senhora de Lourdes o número de casos com diagnóstico de hipertensão arterial aumenta diariamente.

A HAS constitui um fator de risco importante nas doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, constituindo a primeira causa de morte ligada ao aparelho circulatório da população adscrita, o que incide na sua morbimortalidade. Existem múltiplos fatores que favorecem o aparecimento da doença, entre eles encontram-se os genéticos de causa hereditária, não modificáveis e que são uma minoria dos casos, em maior porcentagem e que influencia negativamente são os relacionados com os estilos de vida tais como: alimentação inadequada, ligadas ao consumo de sal e excessos de gorduras, obesidade, sedentarismo, uso excessivo de álcool, tabagismo e cultura de saúde deficiente que são fatores de risco modificáveis e que estão presentes em nossa população. São sobre os fatores de riscos modificáveis que toda a equipe de saúde deve trabalhar, para reduzir a incidência de pacientes com hipertensão arterial e controlar a prevalência.

### SELEÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Poucas atividades de educação em saúde;
- Processo de trabalho da Equipe.

**Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico hábitos e estilos de vida inadequados” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nossa Senhora de Lourdes, em Barra de Santo Antônio, Alagoas**

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos e estilos de vida inadequados
<b>Operação</b>	Ampliar a informação dos usuários contribuindo para o autocuidado
<b>Projeto</b>	<b>Viver bem</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir fatores de riscos e aumentar os conhecimentos sobre alimentação saudável; Criar grupos de hipertensos com usuários a partir de 18 anos.
<b>Produtos esperados</b>	Intervenções educativas em saúde sistematizadas (rodas de conversa/palestras)
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	<b>Grupos de hipertensos/equipe multiprofissional – atividades de educação em saúde;</b> <b>Setor de Comunicação Social/Sec. Saúde e Educação – colaborar na mobilização, produção de material, viabilização de insumos, materiais e estrutura para viabilizar as intervenções educativas</b>
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: espaço físico, transporte da equipe Cognitivo: produção de material educativo Financeiro: aquisição de folder's, jogos, material didático Político: envolvimento da gestão da saúde para viabilizar a proposta; mobilização comunitária
<b>Recursos críticos</b>	<b>Político:</b> conseguir o espaço na rádio local; <b>Financeiro:</b> financiar para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, revistas, panfletos; <b>Organizacional:</b> organizar encontros com profissionais de outras áreas, tais como: professores das escolas, líderes comunitários, usuários do serviço.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: equipe multiprofissional, líderes comunitários, parceiros do setor de educação e da gestão da saúde Motivação: favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Sensibilizar profissionais de outras áreas, tais como: professores das escolas, líderes comunitários, usuários do serviço, a própria equipe de saúde sobre a importância da prevenção e controle da HAS. Mapeamento dos grupos de acordo com o grau de risco
<b>Responsáveis:</b>	Médica, enfermeira, agentes comunitários de saúde
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em 3 meses, ações quinzenais e sistematizadas
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Avaliação se dará no processo, tendo como indicadores o mapeamento e formação dos grupos de acordo com os riscos para HAS; a participação dos usuários nas ações educativas; o apoio dos gestores viabilizando os recursos para as ações; a sistematização das rodas de conversa e palestras.

**Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico poucas atividades de educação em saúde” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nossa Senhora de Lourdes, em Barra de Santo Antônio, Alagoas**

<b>Nó crítico 2</b>	Poucas atividades de educação em saúde
<b>Operação</b>	Sensibilizar e capacitar a equipe para o trabalho educativo
<b>Projeto</b>	<b>Informar Melhor</b>
<b>Resultados esperados</b>	População mais informada e educada sobre os riscos da hipertensão arterial e a importância do autocuidado para uma vida saudável População mais informada e conscientizada para fazer uma dieta saudável, exercícios físicos para diminuir peso, estresse e ter uma melhor qualidade de vida
<b>Produtos esperados</b>	Equipe multiprofissional capacitada; Intervenções educativas em saúde realizadas.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	<b>Setor de Comunicação Social/Sec. Saúde e Educação – colaborar na mobilização, produção de material, viabilização de insumos, materiais e estrutura para viabilizar a capacitação e as ações educativas</b>
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: espaço físico, transporte da equipe Cognitivo: produção de material educativo, capacitação da equipe priorizando os agentes comunitários de saúde Financeiro: aquisição de folder's, jogos, material didático, viabilizar as capacitações em articulação com as áreas de gestão do trabalho e promoção da saúde Político: envolvimento da gestão da saúde para viabilizar a capacitação da equipe, flexibilização e incentivo as práticas de educação permanente em saúde.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Cognitivo:</b> cursos de capacitação para agentes comunitários de saúde sobre o tema; <b>Político:</b> viabilizar a logística para realização da capacitação; <b>Financeiro:</b> financiar aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, revistas, panfletos, materiais didáticos necessários; <b>Organizacional:</b> proporcionar encontros com profissionais de outras áreas, tais como: estudantes de graduação, professores, líderes comunitários, instituições formadoras como a Escola Técnica do SUS e Universidades
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: enfermeira e médica, parceiros do setor de educação e da gestão da saúde Motivação: favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Projeto de capacitação elaborado e em desenvolvimento.
<b>Responsáveis:</b>	Médica, enfermeira, agentes comunitários de saúde, gestor da saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em 3 meses, conclusão em 6 meses
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Avaliação se dará no processo, tendo como indicador a capacitação dos agentes comunitários realizada; apoio dos gestores viabilizando os recursos para as ações; sistematização das rodas de conversa e palestras.

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico processo de trabalho da equipe ” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nossa Senhora de Lourdes, em Barra de Santo Antônio, Alagoas**

<b>Nó crítico 3</b>	Processo de trabalho da Equipe
<b>Operação</b>	Estabelecer a linha de cuidado para evitar complicações cardiovasculares e cerebrais relacionadas a HAS
<b>Projeto</b>	<b>Educação Permanente em Saúde</b>
<b>Resultados esperados</b>	Planejamento do processo de trabalho de forma que amplie e garanta a cobertura de atendimento de qualidade ao paciente com risco cardiovascular aumentado.
<b>Produtos esperados</b>	Protocolos Implantados. Recursos humanos capacitados. Regulação Implantada. Gestão da linha do cuidado implantada.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	<b>Enfermeiros e coordenação da saúde. Equipe de Saúde e Secretaria de Saúde. Setor de comunicação social – reorganizar o fluxo de atendimento e prática de trabalho</b>
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: espaço físico, contratação de instrutor Cognitivo: produção de material educativo Financeiro: aquisição de material didático Político: envolvimento da gestão da saúde para viabilizar a proposta; comprometimento e envolvimento dos trabalhadores
<b>Recursos críticos</b>	<b>Cognitivo:</b> capacitação do pessoal; <b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos físicos e humanos que permitam ampliar ações educativas de prevenção e promoção de saúde; <b>Financeiro:</b> recursos necessários para a estruturação de ações preventivas de promoção e prevenção de saúde; <b>Organizacional:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretária de Saúde. Secretaria da educação. Prefeito Municipal. Fundo Nacional de Saúde. Motivação: favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Elaboração do protocolo, ações intersetoriais. Compra de medicamentos. Consultas especializadas e exames. Capacitação do pessoal.
<b>Responsáveis:</b>	Enfermeiros e coordenação da saúde. Equipe de Saúde e secretaria de saúde. Setor de comunicação social saúde
<b>Cronograma / Prazo</b>	Capacitação: 2 meses. Mapeamento dos grupos: 3 meses. Protocolo implantado: Início em três meses e finalização em 12 meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Avaliação se dará no processo, tendo como indicadores a capacitação da equipe; implantação de protocolo de atendimento; reorganização do serviço; implantação da linha do cuidado ao paciente hipertenso.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Promover ações que contribuam para estimular e modificar hábitos que interferem negativamente no estilos de vida das populações, incentivando-os a realizar mais atividade física, introduzir alimentos saudáveis, reduzir a ingestão de álcool e o uso do tabaco tem sido recomendado pela literatura e utilizado como estratégia para desenvolver melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida da população; é importante a educação e a adoção de estilo de vida saudável por parte dos pacientes, reduzindo danos à saúde e controlando os fatores de risco para a hipertensão, reduzindo assim os índices de morbimortalidade por hipertensão arterial.

Espera-se que os profissionais de saúde ampliem seus conhecimentos sobre HAS e coloquem em prática ações educativas que podem ser implantadas de forma sistemática no serviço. Além das ações educativas em saúde para a população em geral, faz-se necessário desenvolver práticas de educação permanente no cotidiano do serviço das equipes de saúde da família no sentido de ampliar o conhecimento e a capacidade de resposta das equipes frente aos problemas de saúde da população.

O projeto contribuirá de forma significativa para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população, do processo de trabalho da equipe multiprofissional, além de disseminar os resultados positivos a outras áreas da saúde, uma vez que aplicando todas as iniciativas propostas na referida unidade básica teremos a melhoria dos indicadores de saúde da população adscrita impactando na gestão da saúde municipal.

## REFERENCIAS

ALVAREZ, S. R. Medicina Geral Integral. Principais afecções nos contextos familiares e sociais. Havana: **Editorial Ciência Médica** v. 2, n. 70, p. 83 - 86. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, F. C.; FARIA.; H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

DUNCAN, B.; SCHMIDT. M. I.; GIUGLIANI. E. R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FERREIRA, S. R. S., et al. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Gerencia de saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/MARILI~1/AppData/Local/Temp/Low/2DH0L00K.htm>. Acesso em: 28/nov/2015.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Serviço de Saúde Comunitária**. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [S.N.], 2009.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v. 88 n. 4, p.452-457. 2007. Acessado em: 15 de set. 2014.

KITHAS, P.A.; SUPIANO, M. A. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. **Vasc Health Risk Manag.**, [S.I.], v. 6, n. 9, p. 561-569, ago. 2010.

KUSCHNIR, M. C. C.; MENDONÇA, G. A. S. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v.83, n.4, Porto Alegre, Jul-ago.2007. Acessado em: 16 de set. 2015.

MOHAN, S.; CAMPBELL, N. R. C. Salt and high blood pressure. **Clinical Science**, London, v. 177, p. 1-11, 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2011. **Hypertension**: clinical management of primary hypertension in adults. London: NICE, 2011. Acesso em: 23 feb, 2016.

OMS - Día Mundial Da Saúde, 2013: Mida su tensão arterial, reduzca su riesgo  
SAVICA, V.; BELLINGHERI, G.; KOPPLE, J. D. The effect of nutrition on blood  
pressure. **Annu. Rev. Nutr.**, [S.l.]. v. 30, n. 30, p. 365-401, aug. 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e  
desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de  
Hipertensão. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, São Paulo, v. 95, n.1, p.1-51,  
2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE  
HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de  
Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de  
Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). **Arquivos Brasileiros de  
Cardiologia**, São Paulo, v. 97, n. 3, p 1-24, set.2011. Suplemento 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE  
CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes  
Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, [S.l.] v. 13, ano 13,  
jan./fev./mar. 2010.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of  
Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73,2010.

ZAGO, A. S. Exercício físico e o processo saúde doença no envelhecimento. **Rev.  
Bras. Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2010; 13(1):153-158.