

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

ABEL MIGUEL RUZ AGUILAR

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE O
COMPORTAMENTO DA HIPERTENÇÃO ARTERIAL NA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA “ANTONIO ALBUQUERQUE”, NO MUNICÍPIO
DE OLIVENÇA, ALAGOAS**

MACEIÓ-AL
2016

ABEL MIGUEL RUZ AGUILAR

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE O
COMPORTAMENTO DA HIPERTENÇÃO ARTERIAL NA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA “ANTONIO ALBUQUERQUE”, NO MUNICÍPIO
DE OLIVENÇA, ALAGOAS.**

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 Ms. Maria Edna Bezerra da Silva.

**MACEIÓ-AL
2016**

ABEL MIGUEL RUZ AGUILAR

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE O
COMPORTAMENTO DA HIPERTENÇÃO ARTERIAL NA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA “ANTONIO ALBUQUERQUE”, NO MUNICÍPIO
DE OLIVENÇA, ALAGOAS.**

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 Ms. Maria Edna Bezerra da Silva.

Banca Examinadora:

Prof^a Ms. Maria Edna Bezerra da Silva. (Orientadora), UFAL

Prof.^a Margarete Pereira Cavalcante.

provado em, ___/___/___ Belo Horizonte

DEDICATORIA

As minhas filhas e meus pais por ser fonte constante de inspiração.

A Revolução por me dar a oportunidade de estudar.

As pessoas que precisam do nosso serviço.

AGRADECIMENTOS

Meus pais e minha esposa que me deu incentivo para continuar quando eu perdi as forças.

A todos aqueles que de uma forma anônima colaboraram na realização deste trabalho.

Meus colegas da turma que semana após semana a troca de conhecimentos proporcionou novas experiências.

A minha orientadora Professora Maria Edna Bezerra da Silva por ser paciente e prestativa durante esse período de construção do TCC.

“Motivação é a arte de fazer as pessoas fazerem o que você quer que elas façam porque elas o querem fazer”.

Dwight Eisenhower

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, silenciosa, de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de graves doenças, como Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doenças Cerebrovasculares, Infarto Agudo do Miocárdio, Nefropatia Hipertensiva, Insuficiência Vascular Periférica e Retinopatia Hipertensiva. É considerada como uma doença multifatorial, o desenvolvimento desta em uma pessoa que tenha predisposição genética esta associada ao ambiente na qual a pessoa está inserida e o desenvolvimento da HAS dependerá, basicamente, do seu estilo de vida. O presente trabalho foi realizado através de uma revisão narrativa sobre o tema, com o objetivo de elaborar um plano de ação visando um atendimento contínuo aos pacientes hipertensos assim como propor ações de prevenção primária a população cadastrada na Unidade Básica de Saúde do Povoado Fazenda Nova, localizada em Olivença / Alagoas. Espera-se que o projeto de intervenção possa contribuir para o controle dessa situação junto aos usuários assistidos e conseqüentemente para melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Palavras chaves: Fatores de risco, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, hipertensão arterial.

ABSTRACT

Hypertension (SAH) is a chronic, non-transferable, high prevalence, whose diagnosis and control are essential in the management of serious diseases such as congestive heart failure, cerebrovascular diseases, myocardial infarction, hypertensive neuropathy, peripheral vascular insufficiency and hypertensive retinopathy. Is considered one of the most important public health problems. And the multifactorial disease, the development of this in a person who has a genetic predisposition that is associated with the environment in which the person is located and the development of HAS will depend basically on your lifestyle. This work was conducted through a review narrative about the subject, with the aim of elaborating a plan of action aiming at a continuous service to hypertensive patients as well as propose actions of primary prevention the population registered at Basic Health Unit New Farm Village, located in Olivença-Alagoas. It is expected that the intervention project can project will contribute to the control of this situation with users watched and consequently to increase the quality of life.

KEY-WORDS: Risk factors. Chronic non-communicable diseases. Blood hypertension.

LISTAS DE QUADROS

- Quadro 1:** Distribuição da população do município de Olivença segundo a faixa etária, 2013/Alagoas.....pag. 13
- Quadro2:**Índice educacional e tipos de ensino ano 2012 Olivença/Alagoas.....pag.15
- Quadro 3:** Percentual da população segundo a situação do saneamento básico no município de Olivença, 2012/Alagoas.....pag.18
- Quadro 4:** Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida Segundo a importância ,Urgência e capacidade de enfrentamento no Município de Olivença/ 2016.....pag. 32
- Quadro 5:** Descritores do problema elevado índice de hipertensão arterial. Dados dezembro 2013, na Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.....pag.34
- Quadro 6:** Planilha de Priorização dos Problemas pela Equipe, na Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.....pag. 35
- Quadro 7:**Operações Necessárias para Solução dos Problemas, na Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas....pag. 39
- Quadro 8 -** Recursos críticos da equipe de saúde. na Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.....pag.40
- Quadro 9 -** Plano operativo da Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.....pag.41
- Quadro 10-** Acompanhamento e gestão no plano, na Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.....pag. 42
- Quadro 11 -** Resumo dos passos anteriores, plano da Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.....pag.44

LISTAS DE TABELAS

TABELA 01: Classificação da pressão arterial em indivíduos maiores de 18 anos. 25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

IDH – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO.

IDEB – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA.

EJAS – EDUCAÇÃO PARA JOVENS E ADOLESCENTES.

USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

PROVAB – PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.

DCV – DOENÇA CARDIOVASCULAR.

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA.

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. IDEB- ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVO	22
3.1 Objetivo geral.....	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4 METODOLÓGIA	23
5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	24
6 PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO.....	30
6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas.....	32
6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas.....	32
6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema.....	33
6.4 Quarto Passo: Explicação do problema	35
6.5 Quinto passo: Identificação dos “nós críticos”.....	36.
6.6 Sexto passo: Desenho das operações	36
6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos	39
6.8 Oitavo passo: Elaboração do plano operativo	40
6.9 Nono passo: Gestão do plano	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS.....	49

1.INTRODUÇÃO

1.1 RECONHECENDO O MUNICÍPIO DE OLIVENÇA

Olivença fica localizado a centro este do Estado Alagoas, tendo municípios limítrofes 21 Km de Santana do Ipanema ,19 Km de Olho de Água das Flores, Major Isidoro .Esta localizado á uma distancia de 188 Km da Maceió, capital do Estado. Tem uma população de 11 594 habitantes segundos dados do IBGE (2010). A Unidade de Saúde Dep."Antônio Albuquerque" estar localizada no povoado Fazenda Nova, na área rural a uma distancia de 6 Km da sede do município.

O município possui uma concentração habitacional de 48,00 habitantes/ km² e um numero aproximado de domicílios e famílias em torno de 1.930.

1.2 Histórico e descrição do município

A historia do município de Olivença inicia-se por volta de 1850. Em seus primeiros registros constam, nessa época, apenas um pequeno lugarejo pertencente ao território do município de Santana do Ipanema, com alguns poucos habitantes. Quase 50 anos depois, em 1898, provenientes de Lagoa da Canoa, instalaram-se na região duas famílias: de Manoel Vieira de Oliveira e de Belarmino Vieira de Oliveira, que iniciaram o desenvolvimento da região com a implantação de pequenos sítios dedicando-se à agricultura e pecuária. O lugar ficou conhecido como "Capim" e teve este nome até a emancipação política. Cumprindo a tradição entre os ricos proprietários de terras do interior de Alagoas, as próprias famílias construíam uma capela em homenagem a Nossa Senhora do Carmo, padroeira do povoado. A matriz que existe ate hoje só foi construída em 1938, mesma época da instalação da feria do povoado. A Vila do Campim foi crescendo e, em 1930, já tinha características de uma pequena cidade, mesmo ainda sendo povoado de Santana do Ipanema. Neste mesmo ano, os moradores tentaram a autonomia administrativa, tendo como os principais lideres João e Odilon Vieira. Em 1959, através da lei 2.092, Capim foi elevada à condição de município autônomo com o nome de Olivença, que caracteriza a junção dos sobrenomes das famílias fundadoras do município. Mesmo enfrentando adversidades por conta da aridez da região, Olivença tem um povo festivo e alegre, que comemora efusivamente as duas grandes festas do município:

a Emancipação Política (2 de fevereiro) e da padroeira Nossa Senhora do Carmo (16 de julho). <http://cod.ibge.gov.br/1G5K> (IBGE 2016.)

1.3 Diagnóstico Situacional

1.3.1 Aspectos Demográficos

O quadro 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2013.

Quadro 1: Distribuição da população do município de Olivença segundo a faixa etária, 2013/Alagoas.

Município: Olivença										
Total de População: 10.590 habitantes										
No. De indivíduos	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60 e +	Total
Área Urbana	27	249	413	406	425	1.355	462	305	467	4.109
Área Rural	92	387	533	724	844	1.922	641	517	821	6.481
Total	119	636	946	1.130	1.269	3.277	1.103	822	1.288	10590

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, IBGE, Cálculo: SEPLANDE/AL, IBGE, ano 2013. DATASUS,SEPLANDE/AL, IBGE/ * Estimativa da População.

1.3.2 Aspectos socioeconômicos

As principais atividades socioeconômicas de Olivença são Agropecuárias: Segundo os dados do IBGE, o principal produto agrícola produzido é o feijão. O município também produz milho, algodão herbáceo, mandioca e castanha de caju. Olivença faz parte da bacia leiteira de Alagoas, e é um dos 17 municípios que pasteurizam praticamente todo o leite que abastece o estado. As pessoas trabalham em suas roças ou prestam serviços eventualmente em outras fazendas. A pecuária consiste em bovinos, suínos. A pesca está em redução. Também temos pedreiros, funcionários públicos e comerciantes. As condições de vida do PSF Dep. “Antonio Albuquerque” são predominantemente de classe baixa, com uma renda domiciliar

per capita de R\$250,00; um número importante da população fica desempregada. A migração é alta por falta de emprego na região.

As fontes de recursos financeiros para a saúde são: Fundo de participação municipal (FPM); Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN); PAB Fixo (Piso de Atenção Básica); Programa Saúde da Família (PSF); Epidemiologia Controle de Doenças; Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

1.3.3 Índice de Desenvolvimento Humano- IDH

O IDH médio para o ano de 2012 foi de 0,606. (fonte: PNUD/2012). Este é um índice baixo, o que reflete na qualidade de vida e saúde da população e no baixo desenvolvimento econômico do município.

Aliado ao baixo IDH, a proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência-2012, alcança um índice de 0,572.

Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 250,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00.

Educação

A situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores:

-Taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos: 37,6%(fonte IBGE ano 2010)

-Crianças em idade escolar fora da escola: 11,7% .

-Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) – 2012 :2,7 de 4ª Série/5ª e 2,4 de 8ª Série/9ª Série,sendo a frequência de jovens de 15-17 anos fora da escola de 78,1%.IBGE-Censo Demográfico 2010

-Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil:

O IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica) é a "nota" do ensino básico no país. Numa escala que vai de 0 a 10, o MEC (Ministério da Educação) fixou a média 6, como objetivo para o país a ser alcançado até 2021.

Quadro 2 - Indicadores Educacionais e Tipos de Ensino. Ano 2012 Olivença/Alagoas.

Indicadores Educacionais	Ensino Fundamental	Ensino Médio
IDEB - 4ª série/ 5º ano	2.7	-
IDEB - 8ª série/ 9º ano	2.4	-
Taxa de Abandono (Rede Pública) (%)	7.3	10.3
Taxa de Aprovação (Rede Particular) (%)	0,0	0,0
Taxa de Aprovação (Rede Pública) (%)	75.1	79.4
Taxa de Reprovação (Rede Particular) (%)	0,0	0,0
Taxa de Reprovação (Rede Pública) (%)	17.6	10.3

Fonte IDEB-INEP ANO 2012.

Recursos da comunidade

O município consta com 18 escolas, 6 igrejas, dois ginásios poliesportivos em construção , 6 praças e comércios atuantes, consta com um Banco de Brasil , tem uma casa Lotérica e uma agencia do Bradesco.Serviços existentes de luz elétrica, água, telefonia, lotéricas, correio e bancos.

Sistema Municipal de Saúde

Cerca de 100% da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com quatro de Unidades de Saúde da Família, todas com Equipes de Saúde da Família (ESF). O Programa de Saúde da Família foi implantado no município no ano 1997.

Os serviços de média e alta complexidade são referenciados para o Hospital Regional no município Santana do Ipanema, Hospital Palmeira dos Índios assim como Hospitales de Arapiraca e também para a capital do estado Maceio.

Para entender melhor essa população, passamos a caracterizar esse território, com base na Ficha A do sistema de informação da atenção básica - SIAB/2015 e na quantidade de 737 famílias cadastradas. Iniciando pela questão do abastecimento de água, quando 46,54% dessa população tem acesso à rede pública, 19,67% usam água de poço ou nascente e 33,79% dizem usar outras fontes de água. O tratamento de água no domicílio cobre 92,65% dos domicílios, esta água é clorada, e os 7,35% restantes, dizem que filtram, fervem ou que não tratam a água (SIAB, 2015).

Atividades desenvolvidas

A equipe de Saúde do PSF Dep."Antonio Albuquerque" se encontra no area rural e realiza atendimento a comunidade do povoado Fazenda Nova e mais 18 Sítios da regioao: 697 familias num total de 2894 habitantes, onde se trabalha de segunda a sexta feira com uma carga de 40 horas semanais.

A equipe é formada por 1 Medico, 1 Enfermeira, 2 Auxiliares de Enfermagem , 1 Dentista, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 7 Agentes comunitários ,2 Auxiliares de servicos gerais.

O município conta com quatro ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade. Possui também, em pleno funcionamento, um Conselho Municipal de Saúde, constituído de um presidente e 8 membros,4 (Quatro) Usuários, 2 (Dois) Profissionais da Saúde, 2 (Dois) Representantes do Governo Municipal . As reuniões acontecem mensalmente de forma ordinária e extraordinariamente quando necessário, ou quando solicitado pela maioria dos membros.

Quanto ao sistema de referência e encaminhamentos dos casos que assim precisar, os pacientes são trasladados nas ambulâncias do município, mas depois de ser avaliado nos hospitais e incluso hospitalizado, não recebemos a contra referência hospitalar, que dificulta em muitas oportunidades a resolução dos casos clínicos.

Segundo a Secretaria de Saúde do município, orçamento destinado à saúde está no CNPJ da prefeitura por tanto relata não ter ainda um valor separadamente, mas disse que isso se deve a questões de mudança de gestores, por tanto estará regularizado apartir do próximo mês.

Orçamento destinado á saúde:

O município de Olivença recebeu um total de 292.763.28 R\$, os quais foram invertidos em diversas ações como, por exemplo:

-Programas de requalificação de UBS. -Agentes Comunitários de Saúde. -Incentivo adicional ao programa de agentes de saúde. -Núcleos de apoio a saúde da família.

-Programa saúde na escola. -Saúde bucal. -Saúde da família. -Programa de qualificação das ações de vigilância em saúde. -Ações estruturantes de vigilância em saúde. -Programa de assistência farmacêutica básica. -Programa de requalificação de UBS- Construção

Recursos humanos

A equipe de saúde da família Dep."Antonio Albuquerque" esta composto por 1 Medico, 1 Enfermeira, 2 Auxiliares de Enfermagem , 1 Dentista, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 7 Agentes comunitários , 2 Auxiliares de servicos gerais.

Área Física

A Unidade de saúde "Antonio Albuquerque" esta localizado a 6 km no centro da cidade Olivença. Agora estar em reforma, tem área adequada e um bom espaço físico. Existe uma recepção onde os pacientes esperam o atendimento Médico, banheiros para usuários e funcionários de cada sexo, sala de pré- consulta, sala de esterilização, expurgo, consultório médico, consultório de enfermeiro, consultório odontológico, sala de curativo, sala de vacina, sala para material contaminado, sala

de reunião, copa e depósito de material de limpeza, tem boa estrutura física para o bom desenvolvimento da equipe.

A questão do lixo é algo que chama atenção, pois há no município uma área, às margens da principal via de circulação, um “grande lixão”, onde a Prefeitura retira da cidade e joga as margens da via pública.

O quadro abaixo sintetiza as informações sobre a situação do saneamento básico no município.

Quadro 3 – Percentual da população segundo a situação do saneamento básico no município de Olivença, 2012/Alagoas.

Abastecimento Água	Domicílios
Rede geral	1.489
Poço ou nascente (na propriedade)	302
Outra forma	1152
Instalação Sanitária	Domicílios
Sistema de esgoto	12
Fossa	2487
Céu aberto	200
Coleta de lixo	%
Coleta Pública	48,18
Queimado-Enterrado	45,02
Céu Aberto	6.80

Fonte: IBGE/Censos Demográficos ano 2014.

Com esse contexto sócio sanitário, percebe-se a existência de muitos problemas de saúde. Entretanto, quando se identificam as doenças referidas pela população durante o cadastramento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), verifica-se que 281 pessoas de 15 anos e mais já estão diagnosticadas com hipertensão arterial, ou seja, tem-se um quantitativo de 8,30% da população.

Em relação ao perfil epidemiológico, conforme dados do sistema de informação da atenção básica - SIAB/2014, há nessa área em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): 66 Diabéticos (a prevalência Nacional é de 11%); 260 Hipertensos (Prevalência Nacional: 22-43%); 8 pacientes com Asma Bronquial; 45 com Cardiopatas e 36 obesos. Em relação às Doenças Crônicas Transmissíveis (DCT): dois pacientes com Hanseníase, 25 com Chagas e dois com *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (SIAB, 2014).

As principais causas de internação de pacientes em 2014, segundo o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS-DATASUS), foram: complicações da Hipertensão Arterial, AVC e IAM. Em relação à mortalidade em 2014, segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em Olivença ocorreram 22 óbitos, devido à Doença do Aparelho Circulatório e desses, 15 ocorreram no território da ESF do Centro de Saúde Cônego Luís Cirilo.

Ao início do trabalho na UBS Fazenda Nova, em 2014, identificou-se que o maior problema de saúde era referente à falta de informações a respeito da Hipertensão Arterial.

É nesse contexto que será desenvolvido o Projeto de Intervenção educativa para o controle da hipertensão arterial, tendo em vista ser esse o primeiro problema identificado como de maior relevância, na população de 15 anos e mais.

2 JUSTIFICATIVA

O motivo da escolha do tema da hipertensão arterial e seu comportamento, deve-se ao fato de ser uma doença bastante prevalente em nosso meio e estar diretamente relacionada com a maior quantidade de mortes no Brasil. Embora seja uma doença de alta prevalência ainda há muita falta de informação sobre a mesma pela população. Por ser uma doença silenciosa, muitas vezes seus sinais e sintomas não aparecem de imediato, sendo um problema de saúde pública de grande relevância epidemiológica dada à elevada incidência de mortes e sequelas. hipertensão não tratada pode levar a várias lesões orgânicas (designada como a lesão em órgão-alvo). Coração, cérebro, rins, artérias e olhos são particularmente vulneráveis.

Após realizar a estimativa rápida na população, foi possível identificar que uma das principais doenças que afetam as pessoas com mais de 15 anos, é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), influenciando negativamente na morbimortalidade.

De acordo com os dados do Plano Municipal de Saúde de 2014 a 2017, a HAS demanda altos custos, para o município e por este motivo exige protocolos de atendimento mais eficazes e acessíveis a população (OLIVENÇA, 2014).

A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Dep. “Antonio Albuquerque” apresenta elevada prevalência de hipertensão arterial da população com alto índice de pacientes diagnosticados como hipertensos que não conseguem níveis pressóricos adequados devido a não adesão aos medicamentos.

A hipertensão arterial, em sua grande maioria, é assintomática e quando o paciente chega ao consultório, já está apresentando algum dano, inclusive muitos pacientes são diagnosticados após presença da alguma complicação. Por este motivo a hipertensão arterial é mundialmente reconhecida como “a assassino silencioso”.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2013), são imprescindíveis o tratamento e controle dessa doença e, para isso, as medidas não farmacológicas são também ferramentas essenciais no tratamento desta doença.

Além disso, é preciso realizar uma intervenção educativa, para que os usuários tenham maior conhecimento da doença e, portanto, maior controle da mesma em relação à própria saúde, ou seja, exerçam o cuidado da sua saúde.

O trabalho da equipe deverá ser voltado para ação coletiva de Educação em Saúde, “se constitui como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser compartilhada pelos trabalhadores” e pela população. “É uma prática social, cujo processo contribua para a formação de uma consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade”, e deve estimular “a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva” (BRASIL, 2007, p. 19).

A educação em saúde, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p.21), deve ser compreendida como:

[...] um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social.

A Promoção de Saúde enquanto paradigma ganhou visibilidade com a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002), ao definir que a melhoria da qualidade de vida é resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e, também, biológicos (BRASIL, 2007).

Este estudo justifica-se pela elevada prevalência de hipertensão arterial na população da comunidade da UBS Fazenda Nova com níveis pressóricos não controlados e pela baixa adesão ao tratamento. A equipe após analisar os problemas levantados, considerou que é possível no nível local, com os recursos materiais e humanos realizar um projeto de intervenção para diminuir o problema priorizado, no caso a Hipertensão Arterial.

Do ponto de vista social este trabalho é válido devido à frequência com que os portadores de pressão arterial elevada estão sujeitos a riscos cardiovasculares e a morte súbita.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral:

Propor um plano de intervenção com ações educativas para controle da hipertensão arterial visando contribuir com a prevenção das complicações da hipertensão na população adulta na área de abrangência assistida pela Equipe de Saúde da Família da UBS deputado Antônio Albuquerque, em Olivença/Alagoas e aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar os fatores que contribuem com a incidência da hipertensão arterial.
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.
- Desenvolver estratégias educativas para aumentar a adesão ao tratamento.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do Projeto de Intervenção foram utilizados os dados colhidos quando realizamos o diagnóstico situacional da população residente no território da unidade. Neste momento foram identificados os problemas existentes na comunidade e priorizado aquele que seria o objeto deste estudo.

Realizou-se um estudo prospectivo descritivo, com revisão de literatura e elaboração de um plano operativo a ser colocado em prática na Equipe Saúde da Família Dep. “Antônio Albuquerque” do povoado Fazenda Nova com base em reuniões semanais com a equipe de saúde, durante o período de um mês para melhorar a “baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo”.

Dentro dos problemas detectados encontra-se: a elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita e a dificuldade para marcação de consultas com outras especialidades.

Foram listados os nós críticos em outras duas reuniões, bem como elaborado o plano de ação. Foi estabelecida uma ordem de prioridades determinando-se que o problema fundamental e prioritário é a elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita, com aparição de novos casos com e sem sintomas.

Em relação á revisão de literatura será realizada uma busca de artigos em bibliotecas e bancos de dados eletrônicos (LILACS, BIREME, Scielo, CEBES e MEDLINE). Foram utilizados na busca de artigos científicos os seguintes descritores: hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e Fatores de Risco. Foram também utilizados os manuais publicados pelo Ministério da Saúde sobre o tema deste trabalho.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção utilizaremos os passos do Planejamento Estratégico Situacional trabalhado no módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde conforme determinado por Campos, Faria e Campos (2010), identificando assim, os principais “nós críticos” a serem trabalhados para trabalhar com o problema selecionado.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A alta prevalência mundial da hipertensão arterial (HA) como importante fator de risco cardiovascular (FRCV), torna relevante estudar seu aumento e a probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não-fatais quando a ela estão associados outros fatores de risco. Estima-se que aproximadamente 30 milhões de brasileiros são atingidos pela doença. Conhecer sua ocorrência nacional e regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios são necessários para que os serviços de saúde possam organizar estratégias para o seu combate (JARDIM, *et al*, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a investigação clínico-laboratorial do paciente hipertenso objetiva explorar as seguintes condições: Confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico; Avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo; Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global; Diagnosticar doenças associadas à hipertensão; Diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial.

Para atingir tais objetivos, é fundamental a realização das seguintes etapas: história clínica do paciente, exame físico apurado e avaliação laboratorial inicial do paciente hipertenso.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é conhecida como a mais frequente das doenças cardiovasculares. “É também o principal fator de risco para complicações mais comuns como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal” (BRASIL, 2006a, p.7).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p. 5) define hipertensão arterial como “pressão sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo o uso de medicação anti-hipertensiva”.

A redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares está associada ao controle efetivo da pressão arterial independente da classe de medicamentos utilizada. A abordagem do paciente, adesão ao tratamento e as outras medidas

como alimentação atividade física são os pilares de sustentação para o controle da hipertensão (MEIRELES *et al.* 2013 e NOBRE *et al.*, 2010).

Os limites de PA considerados normais são arbitrários. Se aceita como normal para indivíduos adultos valor inferior de 85mmHg de pressão diastólica e inferior a 130 mmHg de pressão sistólica conforme os parâmetros apresentados pela Sociedade Brasileira de Hipertensão apresentados(2013) na Tabela 1.

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial em indivíduos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão Sistólica(mmHg)	Pressão Diastólica(mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 -139	85– 89
Hipertensão estágio1	140 -159	90– 99
Hipertensão estágio2	160 -179	100–109
Hipertensão estágio3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2013).

O diagnóstico da HAS, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.31), consiste:

[...] na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.31):

A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para

estabelecer o diagnóstico de hipertensão. Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições (BRASIL, 2013, p.31).

Reforçando esse mesmo posicionamento:

[...] O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriadas. Por tanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 1999, p. 257).

Podem ocorrer durante o momento da realização do procedimento de aferição distorções nos valores de PA em indivíduos considerados normotensos. O profissional de saúde deve realizar esse procedimento com bastante atenção e estar bem capacitado para identificar esses fenômenos para evitar um falso diagnóstico de hipertensão arterial. Hipertensão sistólica isolada é definida como comportamento anormal da PA sistólica com PA diastólica normal (NAKAMOTO, 2012).

Nobre *et al.* (2010) definem que a HAS é uma afecção clínica multifatorial, que se caracteriza por elevados níveis de PA, sendo um dos principais fatores de risco modificáveis relacionado às Doenças Cardiovasculares (DCV).

O tratamento medicamentoso e não medicamentoso exige um envolvimento ativo do paciente, responsável pela tomada de medicamentos e pela mudança do seu estilo de vida (GUSMÃO *et al.*, 2009), comprometendo sua qualidade de vida, caso não haja orientação correta quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das consequências. Muitas vezes esses pacientes encontram-se

assintomáticos, o que dificulta ainda mais o entendimento da necessidade de um tratamento contínuo (MACHADO, 2008).

A equipe Saúde da Família, alimentando corretamente o banco HIPERDIA, poderá acompanhar os pacientes, fazer a prevenção de agravos das complicações e da não adesão ao tratamento, através do monitoramento e controle dos agravos e seus fatores de risco e da assistência farmacêutica (MIRANZI *et al.*, 2008).

Considerando a HAS como um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1999, p.257) afirma que:

[...] seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio. Devido à magnitude do problema, tem sido constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar os métodos para diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p.7) destaca que para o êxito do processo terapêutico e da prevenção da hipertensão é necessário que o estilo de vida seja modificado no que se refere aos hábitos de vida inadequados, afirmando que:

Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

Entretanto, pode-se dizer que atualmente,

[...] esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a

necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares (BRASIL, 2006a, p.7).

Estima-se uma adesão entre 50 e 70% e, aproximadamente 75% dos hipertensos não alcançam níveis adequados da pressão arterial (UNGARI, 2007; WHO, 2003).

5.2 Educação em Saúde

No que se refere ao trabalho de prevenção, detecção e tratamento existe a necessidade de aplicar estudos epidemiológicos visando estipular medidas de controle e prevenção, no sentido de diagnosticar precocemente e melhorar a canalização de recursos humanos e financeiros. Dessa maneira, com o objetivo de reduzir a mortalidade associada, o Ministério da Saúde assume parcerias com os estados, municípios e sociedade, dando suporte para uma melhor estruturação e incremento na atenção aos pacientes hipertensos.

Dentre essa proposta encontra-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, o qual estabelece as diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no Sistema Único de Saúde (SUS). Em contrapartida, é de fundamental importância que os municípios, instituições e Programa Saúde da Família (PSF) vinculada às suas Coordenadorias Regionais de Saúde invistam em estratégias para maior acompanhamento dos pacientes após o diagnóstico e cadastro no PSF (BRASIL, 2001).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como uma forma de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, superando a atenção centrada no curativo em detrimento do cuidado preventivo. Este trabalho se dá através de uma equipe multidisciplinar que atua em um território delimitado com população adscrita e se corresponsabiliza pela saúde dessa comunidade (BRASIL, 2006b).

Para Chirelli *et al.* (2009, p. 4), citando Machado *et al.* (2007), dentre os princípios fundamentais de integralidade, equidade, universalidade e hierarquização que norteiam a Estratégia Saúde da Família, destaca-se a integralidade, pois acredita-se que:

[...] promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação de doenças e agravos não podem ser compartimentalizadas, mas se trabalhadas em todos os seus aspectos de forma dinâmica, na perspectiva de uma abordagem integral, autônoma e resolutiva podem modificar o processo de saúde e doença de um indivíduo, família e comunidade.

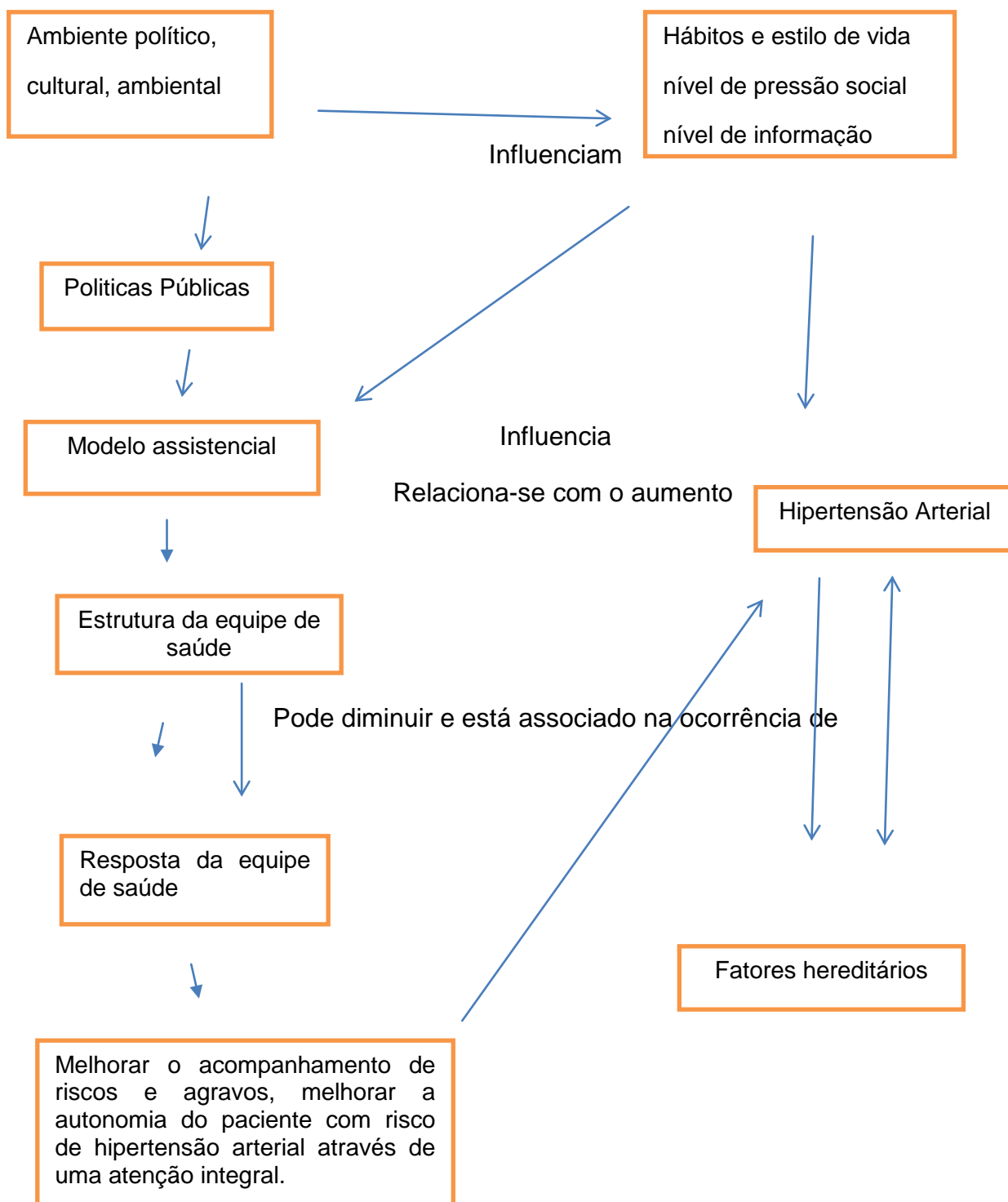
A abordagem integral à saúde dos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica é fundamental pelos agravos que acarreta tanto para o cidadão como para o serviço público. No cotidiano dos cidadãos hipertensos persistem os hábitos inadequados e ainda o predomínio da medicalização como se essas resolvesse sozinha as questões relacionadas a doença hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2006).

O uso de medicalização é vista como um método intervencionista quando não trabalha com uma reflexão do paciente sobre a sua saúde e o autocuidado. Isso não exclui a importância da medicalização, mas ela isolada é maléfica porque sozinha não ajuda no controle da doença hipertensiva (COSTA, 2004).

6. PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção permite o compartilhamento ou a negociação em relação aos objetivos a serem alcançados. É constituído de ações respaldadas no Planejamento Estratégico Situacional(PES) de forma participativa. Porém deve-se considerar a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010)

Esquema explicativo da Alta incidência de hipertensão arterial



Fonte: Própria autoria.

Com base na área explicativa da alta incidência da HAS, foi proposto o plano de ação para trabalhar as ações de intervenção neste problema.

6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Após fazer um análise ao respeito da população da área de abrangência do PSF Centro de Saúde com toda nossa equipe da saúde e alguns líderes comunitários, foram levantados os principais problemas que atingem as famílias:

- 1- Alta incidência de hipertensão arterial.
- 2- Falta continuada e qualidade da água do consumo.
- 3- Alta incidência de doenças diarreicas agudas.
- 4- Alta incidência de Diabetes Mellitus.
- 5- Lixo a céu aberto.

6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Quadro 4- Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento no município de Olivença/Alagoas, 2016.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	1
Falta continuada e qualidade da água de consumo	Alta	5	Parcial	2
Alta incidência de doenças diarreicas agudas	Alta	5	Parcial	3
Elevado número de pacientes com diabetes	Alta	4	Parcial	4

mellitus				
Elevado percentual de lixo a céu aberto.	Alta	4	Parcial	5

Entendendo que os nós críticos são problemas que estão diretamente implicados com as patologias em questão, e que a solução desses problemas pode levar a uma melhora do controle da hipertensão e diabetes, é fundamental a identificação desses nós.

6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema

A Hipertensão Arterial é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil, afeta mais de 36 milhões de brasileiros, destes, 45% são homens adultos e 35,5% são mulheres, a Hipertensão Arterial está envolvida em quase 50% das mortes causadas pelas doenças cardiovasculares. É o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incluindo o AVC e o infarto do miocárdio, que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país.

Estudos no Japão, Noruega, Estados Unidos, China, Alemanha, Gâmbia, Seychelles, Grécia e Eslováquia apresentam índices de adesão à medicação em torno de 80% de aderência ao tratamento, o que é essencial para a prevenção de suas complicações (MINAYO, 2000).

O controle da pressão arterial é crítico para a prevenção de lesão a órgãos alvos, mais a natureza assintomática faz que ela seja subdiagnosticada e conseqüentemente substratada. Assim como também se estima uma adesão entre 50 e 70% e além disso aproximadamente 75% dos hipertensos não alcançam níveis adequados da pressão arterial (UNGARI, 2007). O tratamento medicamentoso e não medicamentoso exige um envolvimento ativo do paciente, responsável pela tomada de medicamentos e pela mudança do seu estilo de vida (GUSMÃO, 2009), comprometendo sua qualidade de vida, caso não haja orientação correta quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das conseqüências. Muitas vezes

esses pacientes encontram-se assintomáticos, o que dificulta ainda mais o entendimento da necessidade de um tratamento contínuo (MACHADO, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família, através do HIPERDIA, propõe a prevenção das complicações e da não adesão ao tratamento, através do monitoramento e controle dos agravos e seus fatores de risco e da assistência farmacêutica (MIRANZI, 2008).

Nossa Equipe utilizou dados do SIAB que servirem para diagnosticar as discrepâncias das informações no consolidado de doenças crônicas, utilizou as fichas A e os cadastros de hipertensão, além dos prontuários de acompanhamento ambulatorial.

Quadro 5- Descritores do problema elevado índice de hipertensão arterial. Dados dezembro 2013, na Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.

Descritores	Quantidade	Fonte
Hipertensos esperados	386	Estudos Epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	260	SIAB
Hipertensos confirmados	278	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	278	Registro da equipe
Hipertensos controlados	182	Registro da equipe
Complicações de HAS	32	Registro da equipe
Portadores Dislipidemia (1)	97	Registro da equipe
Tabagistas (2)	58	Registro da equipe
Consumidores de álcool (1)	18	Registro da equipe
Sobrepeso (1)	56	Registro da equipe
Óbitos por causas cardiovasculares (1)	19	Registro da equipe

6.4 Quarto Passo: Explicação do problema

Sendo o problema identificado como prioridade A alta incidência de Hipertensão Arterial, entre as causas principais estão os fatores hereditários, os maus hábitos higiênicos, dietéticos, a falta de capacitação das pessoas que integram a equipe, dificuldade do acesso dos pacientes que moram no sítio para avaliação e acompanhamento da doença crônica no centro de saúde e a não adesão do tratamento anti-hipertensivo.

A Hipertensão Arterial associa-se com outras doenças como a Diabetes Mellitus, Obesidade, Hipercolesterolemia e outras Dislipidemias que a sua vez aumentam o risco de hipertensão arterial. São fatores que podem causar complicações cardiovasculares como Infarto do Miocárdio (IMA), Acidente Cerebrovascular (AVC), Doença Renal Crônica (DRC), provocando aumento da mortalidade, invalidez, aposentadoria e desemprego é um elevado custo em os serviços de saúde. Um melhor planejamento no trabalho da equipe de saúde pode melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes e uma diminuição dos riscos e suas terríveis complicações.

Quadro 6- Planilha de Priorização dos Problemas pela Equipe, na Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.

Principais Problemas	Importância	Urgência (Escala em número de prioridade)	Capacidade de enfrentamento	Seleção Prioridade
Alta incidência de hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	1
Falta continuada e qualidade da água de consumo	Alta	5	Parcial	2
Alta incidência de enfermidades diarreicas agudas	Alta	5	Parcial	3
Elevado número de pacientes com diabetes mellitus	Alta	4	Parcial	4
Considerada porcentagem de lixo a céu aberto.	Alta	4	Parcial	5

6.5 Quinto passo: Identificação dos “nós críticos”

Definiu-se como “nós críticos” fundamentais para o problema a alta incidência de Hipertensão Arterial nos residentes no território da unidade, devido:

Hábitos e estilo de vida.

Acessibilidade aos serviços de saúde.

Instabilidade da equipe básica de saúde.

Processo de trabalho da equipe.

Nível de informação da população.

6.6 Sexto passo: Desenho das operações

Quadro 7 - Operações Necessárias para Solução dos Problemas, na Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.

Nós críticos	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilo de vida	Viver com Saúde: Modificar hábitos e estilos de vida. Oferecer ensino de qualidade incluindo educação e saúde	Diminuir em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano. Diminuição do índice de analfabetismo da população.	Programa de caminhada orientada; Campanha educativa pela equipe de saúde. Implementação de escola para adultos e idosos.	<u>Organizacional</u> - para organizar as caminhadas; <u>Cognitivo</u> - informação sobre o tema e estratégias de comunicação; <u>Político</u> - conseguir o espaço Na mobilização Social e articulação intersetorial com a rede de ensino; <u>Financeiros</u> - para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos educativos, etc.
Acessibilidade aos serviços de saúde	Oferecer meios de transporte para a população rural	Acesso da população à unidade de saúde, principalmente os idosos.	Minivans credenciadas para transportar pacientes cadastrados no SUS até à unidade de saúde	Apresentar o projeto de estruturação do rodízio
Instabilidade da equipe básica de saúde	Cuidar melhor: Capacitar a equipe da saúde sobre as complicações da hipertensão arterial.	Capacitação da equipe de saúde da família e os agentes comunitários de saúde.	7 agentes de saúde capacitados sobre hipertensão e atuantes.	Apresentar projeto de capacitação dos agentes comunitários de saúde sobre os cuidados com os hipertensos.
Processo de trabalho da equipe de saúde	Obter informações gerais sobre cada hipertenso	Elaboração de um livro de cadastro dos hipertensos, com informações pessoais, sobre sua doença, seu tratamento, atividades de lazer.	Capacitação de pessoal; elaboração dos dados de cadastro no livro; contabilização do total de hipertensos cadastrados.	Elaboração do livro

Nível de informação	Viver melhor Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da HAS.	População mais informada sobre sua doença e seus riscos.	Avaliação do nível de informação da população sobre a HAS; campanha educativa na comunidade; capacitação dos ACS e de cuidadores	Elaborar um questionário sobre HAS; Elaborar palestras educativas sobre HAS e seus riscos
---------------------	--	--	--	---

6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Quadro 8 - Recursos críticos da equipe de saúde. na Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Viver com Saúde	<p>Político - conseguir o espaço na mobilização social;</p> <p>Financeiros - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>
Viver Melhor	<p>Organizacional - mobilização social em torno das questões da cultura sanitária;pratica de exercícios físicos.</p> <p>Políticos - articulação intersetorial e aprovação dos projetos;</p> <p>Financeiros - financiamento dos projetos.</p>
Cuidar melhor	<p>Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;</p> <p>Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).</p>

6.8 Oitavo passo: Elaboração do plano operativo

Quadro 9 - Plano operativo da Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Viver com Saúde: Modificar hábitos de vida	Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 1 ano	Programa de Caminhada orientada; Campanha educativa pela equipe de saúde.		Enfermeira e médico.	3 meses para o início das atividades
Viver Melhor: Fomentar a cultura sanitária.	Aumentar os conhecimentos sobre a cultura sanitária.	Rede Saúde		Agente comunitário de saúde, Enfermeira e médico.	Início das atividades 9 meses. 3 meses para início das atividades
Cuidar melhor: Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco de hipertensão arterial.	Oferta aumentada de consultas, exames e medicamentos.	Capacitação pessoal; Contratação de compra de exames e consultas especializadas; Compra de medicamentos.	Apresentar o projeto de estruturação da rede.	Secretaria de Saúde.	4 meses para apresentação do projeto e 8 meses para aprovação e liberação dos recursos e 4 meses para compra dos equipamentos. Início em 4 meses e finalização em 8 meses.

6.9 Nono passo: Gestão do plano

Quadro 10- Acompanhamento e gestão no plano, na Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada orientada.	Médico	3 meses	Programa implantado e Implementado em todas as Microáreas.		
Campanha educativa pela equipe de saúde.	Enfermeira e equipe de saúde.	3 meses	Atrasada	Formato e duração do programa definidos; Conteúdos definidos;	2 meses

Quadro 11 - Resumo dos passos anteriores, plano da Equipe de Saúde da Família “Antônio Albuquerque”, Município de Olivença/Alagoas.

Problema	Operações	Resultados	Produto	Responsável
Alta incidência da hipertensão arterial.	<p>Modificar hábitos e estilos de vida.</p> <p>Fomentar a cultura sanitária.</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço.</p>	<p>Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 1 ano.</p> <p>Aumentar os conhecimentos sobre a cultura sanitária.</p> <p>Oferta aumentada de consultas, exames e medicamentos.</p>	<p>Programa de caminhada orientada;</p> <p>Campanha educativa pela equipe de saúde.</p> <p>Rede Saúde.</p> <p>Capacitação pessoal;</p> <p>Contratação de compra de exames e consultas especializadas;</p> <p>Compra de medicamentos</p>	<p>Enfermeira e médico.</p> <p>Agente comunitário.</p> <p>Enfermeira e médico.</p> <p>Secretaria de Saúde.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS, como já relatada anteriormente, é vista como a doença cardiovascular mais frequente no Brasil e em outros países. Sendo também, a responsável por uma infinidade de complicações como, por exemplo, AVC, Infarto Agudo do Miocárdio e Doenças Renais Crônicas. Devido a sua alta prevalência e baixas taxas de controle é considerada um problema de saúde pública com altas taxas de mortalidade e internações.

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família do Povoado Fazenda Nova a realidade pode ser comprovada pela grande proporção de pacientes hipertensos na unidade básica de saúde, de óbitos por doenças cardiovasculares e de internações por doenças circulatórias. Todas essas informações justificam a idealização desse trabalho de conclusão de curso.

Para obter melhores resultados na busca do controle e da prevenção de agravos, no caso de doenças crônicas como a HAS, é necessário reformar o processo de trabalho em vigor, enfatizando o planejamento local. Para isso, torna-se necessário o conhecimento de território, dos fatores determinantes ou condicionantes, da epidemiologia, do sistema de informação e da gestão regular das estratégias de promoção de saúde, incentivando a promoção de saúde, especificamente, a prevenção e o controle de doenças crônicas não transmissíveis.

É importante que o Processo de trabalho seja mais organizado, baseado nos princípios da Eficiência, Equidade, integralidade, com participação da comunidade e atendimento humanizado.

Deve-se estimular a modificação dos estilos de vida, comprovados na redução da pressão arterial como: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa, prática de exercícios físicos regulares, redução de ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo.

Lograr a participação da família no tratamento, é essencial para incentivar a mudança que pretendemos alcançar com nos paciente com relação ao uso de medicamento e estilo de vida corretos, diminuindo assim, as recaídas decorrentes da baixa adesão ao tratamento.

Portanto, espera-se realizar um trabalho baseado no princípio da interdisciplinaridade contando com os diferentes conhecimentos científicos e experiências dos profissionais da Atenção Básica.

8 REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando a promoção de saúde documento base** - documento 1. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2007, p. 19-24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n.15).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 648**, de 28/03/2006b – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas de Promoção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Políticas Públicas. Informes Técnicos Institucionais. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.6, p 585-588, 2001.

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

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

CESARINO, C.B. *et al.* Prevalência e fatores sócio demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 91, n.1, p.31-35, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0066-782x2008001300005&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 22 fev. 2012.

CHIRELLI, M. Q. *et al.* **Educação em saúde com usuários hipertensos: Integralidade no cuidado**. Marília - SP: FANEMA, 2009. 11p. Disponível em: <https://www.famema.br/ensino/pos-lato/docpetsaude/pet6educacaohipertensos.pdf>

COSTA, M. C. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e sociedade**, v.13, n.3, p.5-15, set-dez. 2004.

FARIA, H. P. et al. Processo de trabalho em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009

GUSMÃO, J.L et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev bras hipertens.** 16(1), p.38-43, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico de 2013 <http://cidades.ibge.gov.br/http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico>.

INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS. Secretaria de Pública do Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública.** v.35, n.6, p. 585-588, 2001.

JARDIM, Paulo César B. Veiga et al . Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 88, n. 4, p. 452-457, abr. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000400015>.

MACHADO, C.A. Adesão ao tratamento - Tema cada vez mais atual. **Rev bras hipertensão.** 15(4), p. 220-221, 2008.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva.** 5(1), p.7-18, 2000.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto enferm.** 17(4), p.672-679, 2008.

UNGARI, A.Q. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos núcleos de saúde da família no município de Ribeirão Preto, SP. 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

GUSMÃO, J. L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev bras hipertens.** v.16, n. 1, p.38-43, 2009.

III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia.** v. 43, n.4,p. 257-286, 1999.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.26, n.8, p. 1470-71 (Editorial), 2010.

MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento. Tema cada vez mais atual. **Rev bras hipertens.** v. 15, n. 4, p. 220-221, 2008.

MACHADO, M.F.A. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 335 – 342, 2007.

MEIRELES, A. L. *et al.* **Atenção à saúde do adulto**. Conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 4, Ago. 2012.

NAKAMOTO, A. Y. K. Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial sistêmica **Revista Brasileira de Medicina**. v. 69, n. 4, p 78-86, 2012. Disponível em:<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009>. Acesso em:18 fev. 2012.

NOBRE, F.*et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro. v.17, n.1, p. 57, 2010.

OLIVENÇA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano **Municipal de Saúde para o quadriênio 2014 a 2017**. Documento impresso, 2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL. Dados da Ficha A do SIAB. 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL. Dados da Ficha D do SIAB. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.10, n 1, 2010.

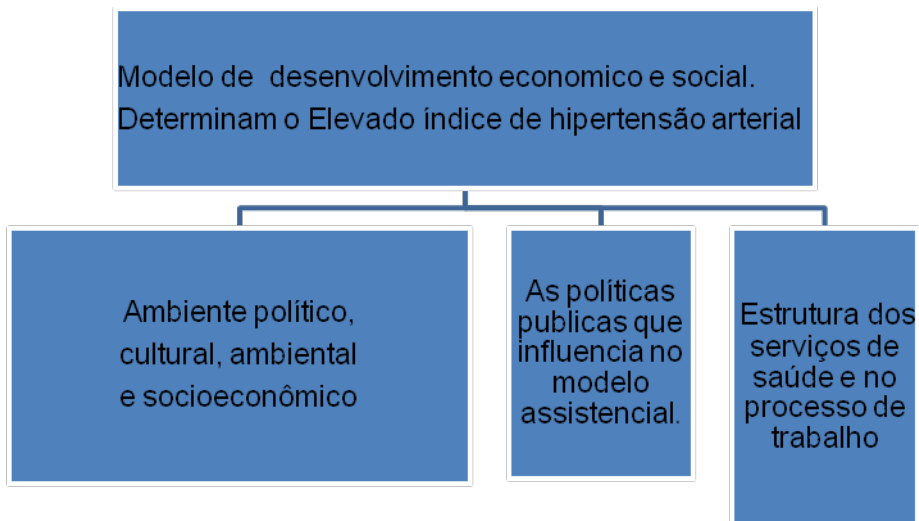
SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo (SP): SBH; 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. *Revista Brasileira de Hipertensão* www.sbh.org.br/mobile/pdf/Revista_SBH_2013: v. 20.numero3.p. 104-105, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long term therapies: evidence for. Geneva, 2003.

Anexos

Determinantes Sociais da HAS.



Influenciam sobre

