

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

YADIER MEDIAVILLA TRUJILLO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A INCIDÊNCIA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTOS NA ÁREA DE SAÚDE DA EQUIPE 3,
NO 3º CENTRO, EM ARAPIRACA/ALAGOAS.**

MACEIÓ-AL
2015

YADIER MEDIAVILLA TRUJILLO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A INCIDENCIA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTOS NA AREA DE SAUDE DA EQUIPE 3,
NO 3º CENTRO, EM ARAPIRACA/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: Profa. Maria Edna Bezerra da Silva

**MACEIÓ-AL
2015**

YADIER MEDIAVILLA TRUJILLO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A INCIDÊNCIA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTOS NA ÁREA DE SAÚDE DA EQUIPE 3,
NO 3º CENTRO, EM ARAPIRACA/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: Profa. Maria Edna Bezerra da Silva

Banca Examinadora:

Profa Maria Edna Bezerra da Silva (Orientadora), UFAL

Prof. Edison José Corrêa, UFMG

Aprovado em, ___/___/___ Belo Horizonte

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de elevada prevalência na população brasileira e constitui um fator de risco das doenças cardiovasculares, as quais estão no primeiro lugar dentro das causas de mortalidade na população adulta. Objetivou-se elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial sistêmica na população adulta na área de abrangência da Equipe 3 no 3º Centro de Saúde em Arapiraca, identificando os fatores de risco e determinantes relacionados. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção utilizamos o Método do Planejamento Estratégico Situacional, e uma revisão da literatura sobre o tema, além de obtenção de informações por meio dos prontuários individuais dos pacientes cadastrados no PSF, utilizou dados aportados pelos agentes comunitários de saúde e dados disponíveis no SIAB. As etapas desenvolvidas incluíram a priorização dos problemas e escolha dos mais urgentes para elaboração de um Plano de Ação. O principal problema priorizado foi a elevada incidência de hipertensão arterial sistêmica na população adulta na área de abrangência. A proposta de intervenção apresentada é viável no contexto de nossa equipe de saúde da família, podendo influenciar de maneira positiva na qualidade de vida da população atendida.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Fatores de Risco.

ABSTRACT:

Hypertension (SAH) is a chronic disease with high prevalence in the Brazilian population. Constitutes a risk factor of cardiovascular diseases, which are in first place among the causes of mortality in the adult population. The objective of drawing up a project of intervention to reduce the incidence of hypertension in the adult population in area Team 3 on the Third Health Centre in Arapiraca, identifying risk factors and determinants related. For the development of the contingency plan we use the method of the Situational strategic planning, and a review of the literature on the topic, in addition to obtaining information through the medical records of individual patients registered in the PSF, use data contributed by the community health agents and data available in the SIAB. The steps undertaken include the prioritization of issues and choose the most urgent to elaborate a plan of action. The main problem was the high priority incidence of hypertension in the adult population in the area. The proposed intervention is feasible in the context of our family health team, being able to influence positively on the quality of life of the population.

KEYWORDS: Health family strategy. Hypertension; Primary health care. Risk factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCV - Doenças cardiovasculares

DRC - Doenças renais crônicas

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia

IDH – Índice de desenvolvimento humano

LILACS- Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe.

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

NASF- Núcleo de Atenção à Saúde da Família

PA - Pressão Arterial

PES - Planejamento Estratégico Situacional

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde.

UBS - Unidade Básica de Saúde

WHO – Organização Mundial de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento da HAS, na área de saúde da equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015	19
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita ao Programa Saúde da Família “José Ribeiro”, Equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015	22
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita ao Programa Saúde da Família “José Ribeiro”, Equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015	23
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita ao Programa Saúde da Família “José Ribeiro”, Equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015	24
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita ao Programa Saúde da Família “José Ribeiro”, Equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015	25
Quadro 6 – Operações, responsáveis e monitoramento/ avaliação sobre os projetos dos “nós críticos” relacionado ao problema “elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita ao Programa Saúde da Família “José Ribeiro”, Equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015	26
Quadro 7 – Meios, ações estratégicas, resultados esperados, responsáveis e prazos para as operações relativas aos nós críticos/projetos, na população adscrita ao Programa Saúde da Família “José Ribeiro”, Equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015	27

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.	
1.1 Reconhecendo o município de Arapiraca.....	09
1.2 Territórios / Área de abrangência.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	16
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERENCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

1.1 Reconhecendo o município de Arapiraca

Arapiraca é um município localizado no agreste de Alagoas, distante 137 km da capital. Possui uma área de 356,18 km² e sua população estimada é de 231.053 habitantes, para 2015 (BRASIL, 2015). Tem uma densidade demográfica de 606,75 habitantes/km², e uma área de 356,17 km², com localização geográfica privilegiada, pois interliga as demais regiões econômicas do Estado. Seu nome tem origens indígenas e significa: "ramo que arara visita"; vem de uma árvore, espécie de angico branco, comum no Agreste e no Sertão (NAVARRO, 2013).

Quanto aos aspectos demográficos, Arapiraca apresenta uma população de 218.140 habitantes, segundo a análise da situação de saúde do município, que corresponde a 6,89% da população do estado, e 43,46% da população da 7ª Região de saúde do estado. O município de Arapiraca apresenta a maior parte da sua população vivendo em zona urbana (84,8%) com 184.983 habitantes. Na área rural Arapiraca apresenta uma população de 33.157 hab. (15,2%); tem o total de 58.362 domicílios, dos quais 58.313 são particulares, estando 52.743 ocupados e 5.570 desocupados.

A Taxa de Crescimento Anual encontra-se em 7,72%, com uma Densidade demográfica (hab./km²): 600,83 e uma Taxa de Escolarização de um 73,0%. No sexo masculino encontramos uma taxa de 71,3%, e no feminino 74,7%, mostrando que no município as mulheres possuem um grau de alfabetização maior que os homens (BRASIL, 2015).

A partir da década de 1970, por conta da grande área plantada de fumo, que gerou um excesso do produto nas pequenas indústrias de beneficiamento do tabaco que havia na região, e a conseqüente diminuição no preço, seguiu-se um ciclo de decadência da fumicultura. Desde os anos de 1980 experimenta um crescimento econômico com seu comércio (com destaque para a tradicional feira livre) e serviços. Além disso, o setor industrial do município tem apresentado relativo crescimento nos últimos anos.

A dinâmica gerada pelo polo de indústrias químicas, alimentícias e entre outros segmentos contribuem para a dinâmica econômica local, assim como o turismo e comércio. A maior renda per capita da 7ª Região de Saúde observada foi no município de Arapiraca, assim como também o maior PIB, com respectivamente, R\$ 444,51 e R\$ 7.880,34.

Arapiraca obteve o melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da região com 0,82 na escala que vai até 1,0. Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,252), seguida por Longevidade e por Renda. Estudo publicado no Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2013 mostra que o IDHM de Arapiraca cresceu 80,7% nas últimas duas décadas.

1.2 Território / Área de abrangência

A Unidade Básica de Saúde Dr. José Ribeiro 3º Centro de Saúde conta com três equipes de trabalho, onde são atendidas 3468 famílias para um total de população de 12 346 hab., com uma área de abrangência que atende os bairros Santa Edwiges, Brasiliana, Caititus e Santa Esmeralda.

A população tem um nível de alfabetização de 76,8% e Taxa de emprego de 52%%. Entre os principais postos de trabalho está o comércio, a agricultura e serviços, mas geralmente vivem do comércio.

A comunidade conta com escolas, creches, um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e um Centro de Referências Odontológico e de especialidades, próximas a Unidade de Saúde, assim como Igrejas, pequenas lojas, mercados, um centro comercial maior (Garden Shopping de Arapiraca) e um bosque.

A população conta com serviços de telefonia, banco, luz elétrica com iluminação pública das ruas, das quais as maiorias encontram-se pavimentadas, não obstante ainda persistem outras em más condições. Além conta com abastecimento de água potável, cujo serviço não é regular pelo qual fazem uso de água de poços, dos quais a maioria das vezes está contaminada.

A primeira causa de morte está diretamente ligada ao aparelho circulatório retratando a incidência dessas doenças na população, associada a fatores de risco

como o tabagismo, hipertensão, diabetes, obesidade, hipercolesterolemia, sedentarismo e estresse.

A elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita, com aparição de novos casos com e sem sintomas é um problema de saúde e ao mesmo tempo constitui um fator de risco das doenças cardiovasculares as quais estão no primeiro lugar dentro das causas de mortalidade na população adulta segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

Diante deste quadro é necessário modificar hábitos e costumes quanto à alimentação, prática de atividades físicas diárias, abandono de hábitos inadequados como fumo e álcool.

Os “nos críticos” são a causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo. Dentro deles se encontra os inadequados estilos de vida e os insuficientes conhecimentos sobre a hipertensão arterial e suas consequências para a saúde, influenciados pelo baixo índice de alfabetismo e a cultura da própria população.

2. JUSTIFICATIVA

O motivo da escolha do tema da hipertensão arterial deve-se ao fato de ser uma doença bastante prevalente em nosso meio e estar implicada com a maior quantidade de mortes no Brasil e ainda haver muita falta de informação sobre essas patologias na população, sendo um problema de saúde pública de grande relevância epidemiológica dada à elevada incidência.

A hipertensão possui características como ausência de sintomas (apesar de também ser uma doença crônica), sendo uma doença silenciosa, o que a torna mais perigosa e a capacidade de provocar danos gravíssimos caso permaneçam por longo período sem tratamento adequado levando a sequelas irreversíveis e morte.

A hipertensão arterial também se apresenta com números elevados na população adulta adscrita na área de saúde da equipe 3, no 3º centro, em Arapiraca, com a aparição de novos casos com e sem sintomas e ao mesmo tempo constitui um fator de risco das doenças cardiovasculares as quais estão no primeiro lugar dentro das causas de mortalidade, pelo que se faz necessário a elaboração de um plano de ação, a fim de minimizar sua incidência, colaborando para a melhoria da qualidade de vida da população.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Propor um plano de intervenção para a diminuição da incidência de hipertensão arterial sistêmica na população adulta na área de abrangência assistida pela Equipe 3 do Centro de Saúde 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar os fatores que contribuem à incidência da hipertensão arterial.
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada

4. METODOLOGIA

Realizou-se um estudo prospectivo, transversal, de intervenção. Para seu desenvolvimento se utilizou o modelo de revisão narrativa. O estudo está baseado em um modelo operativo para a solução de problemas e se corresponde com a proposta de um projeto para a diminuição da incidência de hipertensão arterial sistêmica na população adulta na área, com a utilização do método de Planejamento Estratégico Situacional.

A equipe nº 03 da Unidade Básica de Saúde do 3º Centro Dr. José Ribeiro fez a identificação de dados necessários, obtendo informações sobre as condições e a especificidade através dos registros escritos existentes, entrevista com informantes-chave, utilizando roteiros e com a observação ativa da área para a realização de uma aproximação do diagnóstico situacional da área de abrangência, onde se identificaram problemas com a participação da comunidade e a utilização da Estimativa Rápida.

Dentro dos problemas detectados encontra-se: a elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita, dificuldade pra marcação de consultas com outras especialidades, dificuldade para a realização de exames, elevado índice de consumo de água de poço sem tratamento, na maioria das vezes contaminada, baixa renda familiar e elevado índice de analfabetismo.

Após a discussão do diagnóstico situacional e determinados os principais problemas que afetam a população, 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.

Os passos para construção do plano seguiram: identificação dos problemas, priorização dos problemas, seleção do problema prioritário, caracterização do problema, descrição do problema, explicação do problema, identificação dos nós críticos, desenho de operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

A planilha seguinte foi elaborada pela Equipe de saúde a partir do diagnóstico situacional das condições de saúde e doença de nossa área de abrangência.

A seleção foi feita através da análise dos pontos obtidos com os critérios anteriores. Por exemplo, todos os problemas foram avaliados como de importância alta. Enquanto à urgência, o maior valor foi associado à Elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita. Sendo selecionada como prioridade 01 por apresentar maior prioridade em todos, após analisar os três requisitos anteriormente referidos.

Para realização deste trabalho foi feita uma revisão narrativa da literatura através de dados disponíveis em publicações, livros, teses e artigos de origem nacional ou internacional, coletados nas bases LILACS, MEDLINE e SCIELO.

Foram utilizados na busca de artigos científicos os seguintes descritores: hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, fatores de riscos cardiovasculares e planejamento em saúde.

O plano de intervenção utilizado será o Planejamento Estratégico Situacional (PES) que permite a contribuição de toda equipe multidisciplinar contando assim, com enfermeiro, médico, psicólogo, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e a própria população.

5. REVISÃO BIBLIOGRAFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma afecção clínica multifatorial que se caracteriza por elevados níveis de Pressão Arterial (PA), sendo um dos principais Fatores de Risco modificáveis relacionado às Doenças Cardiovasculares (DCV) (NOBRE *et al*, 2010).

A DCV é a maior causa de mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, a DCV é responsável por cerca de 30% da mortalidade geral e por 1,2 milhões de hospitalizações, com um custo aproximado de 650 milhões de dólares/ano (CIPULLO *et al*, 2010).

No ano 2000, o número estimado de adultos no mundo com HAS foi de 972 milhões, com previsão de 60% de aumento na prevalência dessa doença para o ano 2025 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Zaitune *et al*. (2006) estimam que a HAS atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano. O diagnóstico e o controle adequado da HAS são essenciais para diminuição da incidência das DCV.

A HAS provavelmente está envolvida em 50% das mortes causadas por DCV. O controle da pressão arterial é crítico para a prevenção de lesão a órgãos induzida pela HAS, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja sub-diagnosticada e conseqüentemente, sub-tratada, apesar de sua alta prevalência (CIPULLO *et al*, 2010).

Segundo LESSA, (2010) a HAS é a mais prevalente de todas as DCV, afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez.

A HAS é também um dos principais grupos de risco para o desenvolvimento das Doenças Renais Crônicas (DRC) e estudos evidenciam que o controle dos níveis pressóricos pode minimizar a progressão da DRC ou mesmo impedir o seu aparecimento (TRAVAGIM *et al.*, 2010).

O controle da HAS inicia-se com a detecção e observação contínua, não devendo ser diagnosticada com base em uma única medida da pressão arterial. Após sua confirmação, deve ser classificada como hipertensão primária ou

secundária, verificação do prejuízo dos órgãos alvos como coração, cérebro e rins e levantamento de outros fatores de risco cardiovasculares. O tratamento é baseado em três recursos, sendo: não farmacológico, farmacológico e adesão do cliente ao tratamento (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

Existem vários fatores de risco para HAS: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais (SILVA; FERREIRA, 2010).

A HAS ocorre com maior frequência no sexo masculino, porém, devido às mudanças de hábitos das mulheres, essa frequência tem diminuído. As mulheres que fumam e fazem uso de anticoncepcional, com mais de 30 anos, são as mais atingidas. No homem ela aparece depois dos 30 anos e na mulher, após a menopausa. Em ambos os sexos, a frequência da HAS cresce com o aumento da idade, sendo que os homens jovens têm pressão arterial mais elevada que as mulheres, porém após a meia idade este quadro se reverte. (PESSUTO; CARVALHO, 1998; IRIGOYEN *et al.*, 2003).

Tratando-se da variável idade, vários trabalhos a consideram como um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da hipertensão arterial, devido a alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, como consequência do processo de envelhecimento. (PESSUTO; CARVALHO, 1998; BOTREL *et al.*, 2004). A vigilância de fatores como a obesidade e o sedentarismo tem sido uma das formas mais efetivas para estabelecer medidas de prevenção primária e detecção precoce de doenças cardiovasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

As mudanças do estilo de vida, tanto individual ou coletiva, são fundamentais para a prevenção e controle de HAS e para alcançar as medidas pressóricas adequadas preconizadas pelo Ministério de Saúde, são recomendadas:

- Alimentação adequada;
- Diminuição do consumo de sal;
- Controle do peso;
- Prática de atividade física;
- Diminuição do uso de tabaco e álcool (BRASIL, 2006).

Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso (BRASIL, 2006).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (2010), nas suas diretrizes, passou a recomendar a adoção da dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) no tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. A dieta DASH enfatiza o aumento do consumo de frutas, vegetais e produtos lácteos desnatados; inclusão de grãos integrais, aves, peixes e castanhas; e consumo reduzido em gorduras, carne vermelha, doces e refrigerantes.

Em estudo realizado em indivíduos com hipertensão arterial foi observado que a dieta DASH reduziu substancialmente a pressão sanguínea (sistólica: 5,5 mmHg) no período de dois meses e, quando combinada com a redução do sódio, houve queda adicional da pressão arterial (sistólica: 8,9 mmHg) (v Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, 2007).

O controle e o diagnóstico da hipertensão tem sido atribuição da Saúde da família e tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial e deve ser uma ação Estratégica de atuação após o Pacto em Defesa da Vida de 2005 (RABETTI; FREITAS, 2011).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), vários estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%)^{7,9}, dados que podem estar superestimados, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados. Também há relatos que demonstram que onde tem Estratégia em Saúde da Família, os resultados são melhores com relação ao controle e conhecimento da doença.

6- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção funciona como uma ferramenta para permitir o compartilhamento ou a negociação em relação aos objetivos a serem obtidos. É constituído de ações respaldadas no PES de forma mais densa e efetivamente participativa. Observa-se ainda que o PES permite estabelecer uma articulação entre a questão situacional imediatista e aquela voltada para o futuro, contempla uma gestão participativa, porém se faz necessário para o pleno êxito do plano, considerar a viabilidade de gerenciar o mesmo para obter os resultados desejados, a curto, médio e longo prazo (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Tem como objetivos:

- 1- Designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação);
- 2- definir os prazos para a execução das operações

Em nosso caso a equipe em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

6.1 Identificação dos problemas.

A equipe de saúde fez a identificação de dados necessários, obtendo informações sobre as condições e a especificidade através dos registros escritos existentes, entrevista com informantes-chave, utilizando roteiros e com a observação ativa da área para a realização de uma aproximação do diagnóstico situacional da área de abrangência, onde se identificaram problemas com a participação da comunidade e a utilização da Estimativa Rápida (Quadro 1).

2. Definição do problema:

Elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita (Quadro 1).

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento da HAS, na área de saúde da equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015

Principais	Importância	Urgência	Capacidade de	Seleção
------------	-------------	----------	---------------	---------

problemas		enfrentamento		
Diagnóstico tardio de hipertensão	Muito Alta	7	Parcial	1
Aquisição de exames	Muito Alta	5	Baixa	2
Aquisição de medicamentos	Muito Alta	5	Baixa	3
Referência e contra referência	Alta	4	Baixa	4
Profissionais com falta de treinamento	Alta	4	Parcial	5
Estrutura física do posto	Alta	3	Parcial	6
Acesso a consultas	Alta	2	Parcial	7

Fonte:

6.3 Descrição do problema selecionado

No caso do problema da “Elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita” anteriormente citado e definido como prioridade número um para sua descrição, a Equipe de saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe, pois, cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

6.4 Explicação do problema

A hipertensão arterial constitui um fator de risco das doenças cardiovasculares as quais estão no primeiro lugar dentro das causas de mortalidade na população adulta. Trata-se de um problema multicausado que requiere da modificação de hábitos e costumes em quanto à alimentação, a realização de atividades físicas diárias, abandono de hábitos inadequados como fumo e álcool, pelo que se faz necessário a elaboração de um plano de ação.

Os **nós críticos** foram identificados pela equipe tendo em conta como “**nós críticos**” são a causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo.

Nós críticos:

- 1 - Inadequados hábitos e estilos de vida.
- 2- Insuficientes conhecimentos sobre a doença pela população.
- 3- Processo de trabalho da equipe de Saúde da Família com predomínio do modelo assistencial.
- 4-Estrutura deficiente dos serviços de saúde.

6.5 Desenho das operações

Após seleção do problema e identificação das causas, se estabeleceram estratégias para o enfrentamento do problema, com a elaboração do plano de ação. As ações relativas a cada "nós críticos" estão detalhadas nos Quadros 3 a 8.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita ao Programa Saúde da Família “José Ribeiro”, Equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015

Nó crítico 1	Inadequados hábitos e estilos de vida.
Operação	Modificar estilos de vida inadequados
Projeto	Vida saudável
Resultados esperados	Diminuir em um 20 % o sedentarismo, as más praticas de alimentação, o tabaquismo e alcoolismo. Cobertura médica a 75% da população com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequados.
Produtos esperados	Palestras aos grupos vulneráveis da população sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial. Programa de saúde na radio.
Atores sociais/ responsabilidades	Setor de comunicação social Secretário de Saúde
Recursos necessários	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)
Recursos críticos	Econômico ou financeiro Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
Ação estratégica de motivação	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
Responsáveis:	Médico Enfermeiro Núcleo de Apoio à Família.
Cronograma / Prazo	Início em três meses, duração indefinida.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

Fonte: Autor

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita ao Programa Saúde da Família “José Ribeiro”, Equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015

Nó crítico 2	Insuficientes conhecimentos sobre a doença pela população
Operação	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das complicações da hipertensão arterial.
Projeto	Aumente seu conhecimento
Resultados esperados	População com mais conhecimento sobre os riscos das complicações relacionados com a hipertensão arterial.
Produtos esperados	Trabalho sistemático com o grupo de pacientes com hipertensão arterial. Campanha educativa na radio local do município. Campanhas educativas no jornal local.
Atores sociais/ responsabilidades	Prefeito municipal Secretario Municipal de Saúde
Recursos necessários	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. Cognitivo: Sobre as estratégias de comunicação. Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político: Articulação intersetorial e mobilização social. Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)
Recursos críticos	Econômico ou financeiro Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. Político Articulação intersetorial e mobilização social. Organizacional Adequação de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Controla o gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
Ação estratégica de motivação	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
Responsáveis:	Médico Enfermeiro Equipe de Saúde da Família.
Cronograma / Prazo	Início em seis meses, duração indefinida.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

Fonte: Autor

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita ao Programa Saúde da Família “José Ribeiro”, Equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015

Nó crítico 3	Processo de trabalho da equipe de Saúde da família com predomínio do modelo assistencial
Operação	Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado
Projeto	Linha de cuidado
Resultados esperados	Cobertura médica a 75% de população com riscos de desenvolver complicações da hipertensão arterial.
Produtos esperados	Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de desenvolver complicações da hipertensão arterial. Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado
Atores sociais/ responsabilidades	Secretário Municipal de Saúde
Recursos necessários	Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: Adequação de fluxos de pesquisa e atendimento de pacientes com risco de complicações das Doenças crônicas não transmissíveis. (referencia e contra referências)
Recursos críticos	Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto de intervenção educativa.
Responsáveis:	Equipe de Saúde da Família Diretora de atenção Básica do município Diretora de atenção Básica do município
Cronograma / Prazo	Início em três meses, duração indefinida
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

Fonte: Autor

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita ao Programa Saúde da Família “José Ribeiro”, Equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015

Nó crítico 4	Estrutura deficiente dos serviços de saúde
Operação	Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial.
Projeto	Melhor acompanhamento
Resultados esperados	Assegurar a consulta especializada e garantir a contra- referência da mesma. Garantir exames previstos para 80% da população com doenças crônicas não transmissíveis Garantir dos medicamentos a 90 % da população com da hipertensão arterial. Garantir a permanência dos profissionais de saúde para atendimento continuado destes pacientes.
Produtos esperados	Exigir a contra- referência escrita dos especialistas. Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Contratação no município de profissionais especializados e médicos de PSF suficientes para conseguir o acompanhamento a 80% da população em questão. Compra dos medicamentos para conseguir o 90% de cobertura dos pacientes com hipertensão arterial.
Atores sociais/ responsabilidades	Prefeito municipal Secretário Municipal de Saúde.
Recursos necessários	Políticos: Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financiamento: Para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, compra dos medicamentos para conseguir o 80% de cobertura. Cognitivo Elaboração da adequação
Recursos críticos	Políticos Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financiamento Para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, compra dos medicamentos para conseguir o 80% de cobertura.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto de intervenção educativa.
Responsáveis:	Diretora de Atenção Básica do Município Secretario de saúde
Cronograma / Prazo	Início em três meses, duração indefinida.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

Fonte: Autor

Quadro 6 – Operações, responsáveis e monitoramento/ avaliação sobre os projetos dos “nós críticos” relacionado ao problema “elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita ao Programa Saúde da Família “José Ribeiro”, Equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015

Projetos	Operações	Responsáveis	Monitoramento	Avaliação
Vida saudável	Modificar estilos de vida inadequados	Médico Enfermeiro Núcleo de Apoio à Família.	Trimestral	Dois anos após implementação
Aumente seu conhecimento	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das complicações da hipertensão arterial	Médico Enfermeiro Equipe de Saúde da Família.	Mensal	Um ano após implementação
Melhor acompanhamento	Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial.	Diretora de Atenção Básica do Município Secretario de saúde	Trimestral	Um ano após implementação
Linha de cuidado	Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Equipe de Saúde da Família Diretora de atenção Básica do município Diretora de atenção Básica do município	Mensal	Um ano após implementação

Fonte: Autor

Quadro 7 – Meios, ações estratégicas, resultados esperados, responsáveis e prazos para as operações relativas aos nós críticos/projetos, na população adscrita ao Programa Saúde da Família “José Ribeiro”, Equipe 3, no 3º Centro, em Arapiraca/Alagoas, 2015

Operações	Meios.	Ações estratégicas	Resultados esperados	Responsável	Prazo.
Estabelecer ações para modificar hábitos e estilos de vida nocivos.	Programa de educação e saúde com o grupo operativo de hipertensos. Campanhas educativas nas escolas e na radio.	1- Apresentação do programa a equipe. 2- Reunião com grupo de hipertensos na UBS e comunidade;	Diminuir ao um 20% a obesidade. Tabagismo e sedentarismo em um ano.	Profissionais da equipe, NASF. Secretaria de saúde,	Três meses para o início das atividades.
Aumentar o nível de informação da população sobre HAS, fatores de risco e complicações.	Palestras e campanha educativa na radio local. Avaliação do nível de informação do grupo operativo Distribuição de panfletos e tabelas de alimentação saudável. Realizar reuniões mensalmente com o grupo operativo.	Promover educação e saúde através do grupo operativo de hipertensos	População mais informada sobre riscos da HAS.	Profissionais da equipe Família.	Início em dois meses de atuações educativas a cada 15 dias e avaliação semestral.
Adequar a oferta de consultas á demanda. Controle dos riscos com uso de medicamentos	Garantir os medicamentos e exames estabelecidos por protocolos na UBS	Apresentar Projeto de Estruturação da rede.	Garantir medicamentos previstos no protocolo e seu cumprimento. Controle da doença.	Profissionais da equipe Secretaria de saúde	Avaliação trimestral. Exames cada seis meses.

Fonte: Autor

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de intervenção é viável no contexto de nossa equipe de saúde da família, podendo influenciar de maneira significativa no controle da hipertensão arterial da população adulta atendida. Este plano de ação tem operações abrangentes necessárias à resolução do problema prioritário da população atendida pela Equipe 3 no 3º Centro de Saúde em Arapiraca. O plano de intervenção vai garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Desta forma os problemas serão enfrentados de maneira mais sistemática, sendo fundamental que a equipe acompanhe cada passo e os resultados das ações implementadas, para garantir a qualidade de seu trabalho.

Recomendamos realizar trabalhos nas comunidades, aplicando propostas de intervenção, tendo em conta a relevância dos mesmos na possibilidade de contribuir com a diminuição da incidência da HAS.

É muito importante o apoio técnico e financeiro do gestor municipal de saúde, da equipe multidisciplinar e da participação contínua da comunidade na execução dos projetos elaborados com acompanhamento e avaliação constante.

8. REFERÊNCIAS

BOTREL, T. E. A, *et al.* Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. **Rev Bras Clin Terap.**[S.l.], v. 26, n. 3, p. 87-90. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf. Acesso em: 11 de dez. 2015

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades@Alagoas. Arapiraca. Brasília [online], 2015. Disponível em:

CAMPOS F.C. C; FARIA H.P; SANTOS, M.A. Elaboração de um plano de ação. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.118p. il.

CIPULLO, José Paulo et al . Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 94, n. 4, p. 519-526, abr. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000400014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 dez. 2015. Epub 26-Mar-2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000014>.

IRIGOYEN, M.C. *et al.* Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v.13, n. 1, p. 20-45, 2003.

FOLSOM, A.R; PARKER, E. D; HARNACK, L. J. Degree of concordance with DASH diet guidelines and incidence of hypertension and fatal cardiovascular disease. **Am J Hypertens.** v. 20, n. 3, p. 225-232, 2007.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Card. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 26, n. 8, Ago. 2010.

NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de hipertensão.** Rio de Janeiro, v. 17, Jan/Mar. 2010, 57p.

PESSUTO, Janete; CARVALHO, Emília Campos de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 6, n. 1, p. 33-39, jan. 1998 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691998000100006>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report no communicable diseases 2010. Disponível em: \ http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en. Acesso em: 10 de dez. 2015.

NAVARRA. E. A. **Dicionário de Tupi antigo; a língua indígena clássica do Brasil**. São Paulo: Global. 2013.

SILVA, C. N. da; FERREIRA, J. S. Programa de exercícios físicos para hipertensos: aplicação em Unidades Básicas de Saúde da Família. / **Revista Digital**. Buenos Aires. vol. 15, n. 143, Abr. 2010. Disponível em: <<http://www.Efdeportes.com> . Acesso em: 22 de novembro 2015.

TRAVAGIM, D. S. A. *et al.* Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, vol. 18, n. 2 Abr/Jun. p. 291- 292. 2010. Disponível em: www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104. Acesso em: 10 de novembro 2015.

RABETTI, Aparecida de Cássia; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 258-268, abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 de abril 2015. Epub 18-Fev-2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000007>.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO.. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=en&nrm=iso>. access em 01 Jan. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51 Disponível em:
https://www.google.com.br/search?newwindow=1&rlz=1C1SAVU_enBR543BR543&q=sociedade+brasileira+de+cardiologia+hipertensao+arterial&revid=126627172 Acesso em: 15 de dezembro de 2015.