

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

NANCY ESPERANZA ALVAREZ MESA

**O CONTROLE DE HIPERTENSÃO NA PREVENÇÃO DE RISCO
CARDIOVASCULAR. PLANO DE INTERVENÇÃO NA EQUIPE SAÚDE
DA FAMÍLIA 06 BELO JARDIM, COLÔNIA LEOPOLDINA - ALAGOAS**

**MACEIÓ - ALAGOAS
2016**

NANCY ESPERANZA ALVAREZ MESA

**O CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA PREVENÇÃO DE RISCO
CARDIOVASCULAR. PLANO DE INTERVENÇÃO NA EQUIPE SAÚDE
DA FAMÍLIA 06 BELO JARDIM, COLÔNIA LEOPOLDINA - ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Maria Edna Bezerra da Silva

**MACEIÓ - ALAGOAS
2016**

NANCY ESPERANZA ALVAREZ MESA

**O CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA PREVENÇÃO DE RISCO
CARDIOVASCULAR. PLANO DE INTERVENÇÃO NA EQUIPE SAÚDE
DA FAMÍLIA 06 BELO JARDIM, COLÔNIA LEOPOLDINA. ALAGOAS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Edna Bezerra da Silva – Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: ____/____/2016

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Profa. Maria Edna Bezerra da Silva por sua preocupação permanente e orientação oportuna.

A meus familiares em especial minha filha Sara, mãe e irmãos que ficam pendentes de mim a qualquer hora.

A meus colegas, professores, amizades ao povo leopoldinense. Em especial a Jaci Maria da Silva por sua atenção, apoio e estímulo.

A equipe de Belo Jardim por todo o apoio que sempre me brindaram.

A todos, obrigada.

Nós somos o que fazemos repetidas vezes; excelência não é
um ato, mas um hábito.

Aristóteles

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é considerada uma epidemia mundial, representa importante problema da saúde pública, e um dos principais fatores de risco modificáveis. Atinge prevalências significativas mundialmente e apresenta-se com baixa taxa de controle, contribuindo como fator de risco para o desenvolvimento de doenças circulatórias, com grande impacto na morbimortalidade, gerando altos custos médicos, cada dia mais evidente, na população adulta jovem com transcendência socioeconômica. O curso crônico, apresentação assintomática desta doença exigem renovadas estratégias no enfoque das ações de prevenção e controle. Sua associação com outros fatores de risco potencialmente reversível sobrepeso- obesidade, alcoolismo, impõe refletir e propor uma intervenção urgente na comunidade de Belo Jardim. Estimular a comunidade para mudanças de hábitos, brindar-lhes um serviço de atenção integral e conscientizar de fazer ações com sistematicidade, para prevenir e diminuir o risco por doenças cardiovasculares, por uma equipe mas eficiente e uma população mais empoderada e saudável.

Descritores: Fatores de Risco. Hipertensão. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Hypertension and considered a world epidemic, represents an important public health problem, and one of the major modifiable risk factors. Reaches significant prevalence worldwide and present low control, contributing as a risk factor for the development of circulatory diseases, with Grand impact on morbidity and mortality, generating high medical costs, each day more evident, in the young adult population with socioeconomic importance. The chronic courses, asymptomatic presentation of this disease require renewed focus on strategies of prevention and control. Its association with other potentially reversible risk factors for Overweight-obesity, alcoholism, we must reflect and propose an urgent intervention in the community of Belo Jardim. Stimulate the community to changes in habits, toasting them a full service and awareness to do actions with a systematic approach to prevent and reduce the risk for cardiovascular disease, by a team of tennis and a dusty and healthy population.

Keywords: Risk factors. Hypertension. Primary Health Care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVOS	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	30
7 CONSIDERACOES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXO.....	45

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de Colônia Leopoldina/ de Alagoas dista 117 km de Maceió. Situada numa área de 314 Km, 155m acima do nível do mar, na 12ª microrregião do Estado, e possui clima temperado. O Município é integrado aos municípios circunvizinhos e a capital do estado pela BR 101 e pela BR 416 a qual se encontra ainda em processo de reconstrução.

1.2 Breve histórico de criação do município.

A origem da cidade reporta-se aos fins do século XVII, quando nas terras ocupadas atualmente pelo município, existia um engenho cercado por propriedades pequenas glebas (terreno feudal).

A fundação de Colônia Leopoldina se deu em virtude da criação da colônia Militar Leopoldina pelo Decreto n. 729, de 9 de novembro de 1850, assinado pelo Imperador Dom Pedro II.

Na excursão ao Nordeste em 1860, empreendida pelo Imperador Dom Pedro II, de acordo com alguns cronistas, que sua majestade visitou a Colônia Militar, o que se confirma plenamente na Enciclopédia dos Municípios Brasileiros que destaca o evento da seguinte maneira: em 05 de Janeiro de 1860 a Colônia recebia o Imperador Dom Pedro II cuja visita deixou traços impagáveis e constituem para os leopoldinenses, o ponto de reminiscências históricas de sua terra.

Após ser extinta a Colônia Militar em 1867, a população cresceu de forma relevante, passando a localidade a se converter em distrito do município de Porto Calvo. Conseqüentemente pela Lei n. 985 de 20 de junho de 1923, ganhou a condição de cidade e o decreto Estadual n. 2.209 de 31 de dezembro de 1943 delineou que doravante passasse a ser chamada Colônia Leopoldina (IBGE, 2010).

O município mantém limites com Ibateguara (36km), Joaquim Gomes (54km), Novo Lino (17 km), Maraial/ Pernambuco (30 km) e XeXéu /Pernambuco (54 km).

Fazem parte do aspecto geográfico as seguintes serras: Serras de Teixeira, Serra do Leite, Serra do Urubu e Serra do Catita. Na hidrografia existem os Rios Jacuípe, Taquara e Camaragibe, além de vários riachos. O povoado de Monte Alegre é o único existente no município, e está a 18 km da sede, na Serra do Catita.

A população do município de acordo com os dados Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2012, era de 20.507 habitantes, sendo desta 10.206 do sexo feminino, quantidade que corresponde a 49,76%, enquanto 10.301, diz respeito a população masculina, o que equivale a 50,24%.

Quadro 1 - Aspectos demográficos: população, por grupos de idade, no território do Município Colônia Leopoldina - Alagoas, 2012.

Município Colônia Leopoldina										
	>1	1 - 4	5 - 9	10 -14	15 -19	20 -39	40 -49	50 -59	60 e +	Total
Masculino	192	742	1138	1.326	1067	3197	991	765	883	10301
Feminino	201	751	1157	1.191	1043	3210	988	765	900	10206
Total	393	1493	2295	2517	2110	6407	1979	1530	1783	20507

Fonte: Datasus/MS/IBGE- Censo Demográficos.2012

Quadro 2- População residente/estimada urbana e rural do município Colônia Leopoldina, Alagoas de 2010-2012.

Localização	População residente			
	Ano			
	2010		2012	
	N	%	N	%
Urbana	15319	76,5	17006	82,93
Rural	4700	23,5	3501	17,07
Total	20019	100,0	20507	100,0

Fonte: Datasus/IBGE: Censo Demográfico 2012.

1.4 Aspectos sanitários.

Das 5.771 famílias cadastradas 68,62% tem seu abastecimento de água feito através de rede pública, 29, 91% são abastecidos por poços ou nascentes, 78,20%

dessas famílias são abastecidas pela coleta pública de lixo, 20,20% deixam o lixo em céu aberto e 1,60% queimam ou enterram o lixo.

Com relação ao tratamento de água em domicílio, 31,19% das famílias filtram a água, 55,31% fazem cloração (seja da rede pública/ e o uso de hipoclorito) e 13,31% das famílias não fazem nenhum tratamento, 0,19% das famílias ferverem a água antes de usá-la.

Em se tratando do destino das fezes e urina, 62,31% das famílias utilizam o sistema de esgoto canalizado, 14,40% usam a fossa e 23,29% ainda são deixados a céu aberto.

Um ponto que chama a atenção no município é a constante interrupção no abastecimento de água fornecida pela Companhia de Abastecimento de Água e Saneamento do Estado de Alagoas-Casal, o que remete a população a recorrer diante desta situação, a poços, torneiras comunitárias, chafarizes e bicas, além do armazenamento de água em depósitos, o que possibilita o aparecimento e por consequência, do aumento de taxa de infestação predial pelo *Aedes aegypti*, bem como crescente número de casos de Dengue. Esta situação é mais intensa nas regiões rurais população registrada nos PSF que oferecem atendimento as Usinas Taquara e Porto Alegre. (ALVES,2013)

Outro aspecto que merece destaque é o fato de o esgoto ser lançado diretamente no rio Jacuípe sem receber tratamento, o que pode causar, a médio e a longo prazo, a sua eutrofização e incremento de caso de enfermidade diarreica aguda, Hepatites e Leptospiroses. (ALVES,2013)

1.5 Principais Indicadores

1.5.1 Natalidade

A implementação do programa Saúde da Família, com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), permitiu que os nascimentos domiciliares fossem registrados no sistema de nascidos vivos –SINASC- e informados as unidades de

saúde dos casos registrados nos cartórios, fornecendo assim, informações sobre a mãe, condições da gestação do parto, e as características da gestação e do parto.

1.5.2 Mortalidade Infantil

A série histórica do número absoluto de óbitos infantis no período 2008 a 2012 verifica-se que existem valores altos ao longo dos anos. O número de óbitos em menores de um ano aumentou ainda mais em 2009, chegando a 11 ocorrências. Entretanto, de modo geral o município apresenta declínio de mortalidade infantil nos anos seguintes, embora os valores médios apresentem-se em oscilação. Considerando as condições do município que não apresenta melhoria significativa nos indicadores demográficos, a queda a partir de 2009 pode significar subnotificações de óbitos.

A baixa escolaridade e os níveis de renda da população e as condições adversa do saneamento do município de Colônia Leopoldina devem influenciar uma taxa de mortalidade infantil que ainda se mostra elevada.

1.5.3 Principais Causas de morte

As maiores taxas de mortalidade são decorrentes de doenças do aparelho circulatório, com tendência ao aumento, ocupando em primeiro lugar neste grupo o AVC, não especificado como hemorrágica e isquêmica seguida pelas doenças do aparelho respiratório em destaque a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica não especificada, em terceiro lugar as causas externas de morbidade e mortalidade em destaque neste grupo agressão por meio de disparo de arma de fogo, acidente, em quarto lugar doenças nutricionais e metabólicas, neoplasias, algumas afecções originadas no período perinatal, transtornos comportamentais, algumas doenças infecciosas e parasitárias Tuberculoses e Chagas, doenças no sistema nervoso, doenças do aparelho geniturinário, malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas doença de sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitário (DATASUS, 2013).

1.6 Aspectos socioeconômicos

A atividade mais importante do Município é a monocultura de cana de açúcar para a produção de álcool e açúcar, desempenhado principalmente pela Usina Taquara e Destilaria Porto Alegre.

Os cultivos de banana praticados por pequenos e mini proprietários também se destacam no município, enquanto que a cultura de lavoura de subsistência não desempenha papel de relevância na economia, haja vista que a maioria dos produtos comercializados no município é praticamente do agreste pernambucano.

O município ainda possui uma taxa de emprego muito baixa, o que reflete negativamente na qualidade de vida dos munícipes. É significativa a existência de pontos de vendas que funcionam os fins de semana com a chegada da feira.

Quadro 3 - População residente alfabetizada de Colônia Leopoldina - Alagoas em 2012.

População	N	%
Alfabetizada	11.486	66,0
Em creche ou escola	6.804	34,0

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2012.

Não existe escola de Ensino fundamental, médio privada. Existem duas creches, e várias igrejas que satisfazem diversas preferencias: católica e evangélicas.

1.7 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,517, considerado muito baixo, o que também contribui negativamente para o quadro da situação de saúde e educação (0,363) de Colônia Leopoldina, refletido na baixa renda de 0,548. (IBGE, 2010)

1.7.1 Taxa de Urbanização

No ano 2000 a população urbana representou 57,01% (11.414 habitantes) da população total (20.019 habitantes), população rural representou 30,36%(6.079) já em 2010(20.213) o aumento de população urbana foi de 76,5% (15.319 habitantes) em contrapartida a população rural foi de 23,25% (4.700 habitantes). Em 2012 o aumento da população urbana atingiu 83%.

2. Território e população adscrita à Unidade Básica de Saúde

A inserção da equipe de saúde da família urbana 06 Belo Jardim, na periferia da cidade, ocorreu no ano de 2014, anos atrás funcionava em uma casa alugada pela prefeitura no centro da comunidade, se formou inicialmente pelo êxodo rural e pela chegada de pessoas de municípios vizinhos. A população gosta de comemorar as festas religiosas, em destaque as festas juninas. A comunidade contava em 2014 com 3.779 habitantes e um total de 1.013 famílias cadastradas.

A nova infraestrutura oferece condições físicas adequadas e salas em correspondência com o modelo proposto pelo SUS mais ainda carente de algumas especificidades necessárias para atendimento, como a disposição de farmácia na própria unidade. A área de abrangência é extensa impõe a mobilização de mais de 2 quilômetros para chegar a unidade assim como a construção de casas em ladeiras elevadas que dificulta o acesso de pessoas maiores e doentes. O território de abrangência fica dividido em oito microáreas.

A equipe de saúde da família Belo Jardim, é composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal, oito Agentes Comunitários de Saúde, uma recepcionista e uma faxineira.

Os quadros seguintes sintetizam os dados coletados em correspondência aos diferentes aspectos demográficos, ambientais socioeconômicos e epidemiológicos. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados secundários (como, por

exemplo, o SIAB), entrevistas com informantes-chave, registros da unidade e observação ativa.

Quadro 4 - População, por grupos de idade, no território da Equipe de Saúde da Família 06, em Colônia Leopoldina- Alagoas, 2015.

Equipe de saúde 06 N° de indivíduos										
	>1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 e +	Total
Masculino	15	131	262	161	230	574	189	124	147	1.896
Feminino	11	136	225	123	229	603	182	122	149	1.883
Total	26	267	487	284	459	1177	371	246	296	3.779

Fonte: Datasus/MS/IBGE- Censo Demográficos, 2010.

Existe um total de 3.779 pessoas, dessas 1.896 são do sexo masculino e 1.883 do sexo feminino, tendo nas faixas etárias de 20 a 59 anos um total de 1.794 pessoas totalizando um 47,4% e os maiores de 60 anos, 296 pessoas totalizando um 7,8%, os menores de 20 anos representam um 40,3%, sendo a população dominante o adulto jovem (entre 20 - 59 anos). O total da população da Equipe de Saúde da Família mora na área urbana. Predomina o sexo masculino com 50,17%, o sexo feminino representa 49,83%.

2.2 Aspetos Socioeconômicos

Na área adscrita da Equipe de Saúde da Família 06, de um total de 1.794 pessoas em idade para trabalhar, 23.47% está representado pelo sexo masculino, e 24% corresponde ao sexo feminino.

As principais fontes de renda são: Agropecuária, construção, funcionários públicos, comerciantes e serviços. A agricultura de subsistência consiste na produção de banana, milho, feijão, mandioca. A produção de cana dominava antigamente e oferecia o sustento na comunidade. A pecuária consiste em gado, ovinos, suínos e caprinos.

As condições de vida da população da área de abrangência são predominantemente de baixa renda. Em destaque número importante da população está desempregada. A migração para outros estados brasileiros é alta por falta de emprego. Outro

emprego em destaque são os motoristas que garantem os trechos Colônia- Maceió, Colônia-Palmares.

Quadro 5 - Situação das Famílias cadastradas, no território da Equipe de Saúde da Família 06, em Colônia Leopoldina- Alagoas, 2013.

Famílias	N	%
Famílias Cadastradas	1.013	-
Pessoas cobertas com plano de saúde	3	0,08
Famílias no bolso de Família	525	51,83
Famílias inscritas em CAD-Único	389	38,40

Fonte:DATASUS/MS

Do total das famílias cadastradas recebem bolsa família 52%.

Quadro 6- Nível de alfabetização da população no território da Equipe de Saúde da Família 06, em Colônia Leopoldina. Alagoas. 2013

Faixa etária	N	%
7-14 anos na escola	661	89,96
15 anos e mais alfabetizados	1852	72,94

Fonte:DATASUS/MS

O abandono dos estudos começa já desde idades jovens, maior incremento de pessoas analfabetas está nos maiores de 60 anos. Em menores de 5 anos existe preferência por escolas privadas que por creches.

2.4 Aspetos Ambientais

A estrutura de saneamento básico na comunidade demonstra uma situação complexa em três microáreas, principalmente referente ao esgotamento sanitário. Além disso uma parte da comunidade vive em moradias precárias com dificuldade para fornecimento regular de água, favorecendo elevada concentração de *Aedes aegypti*, constituindo risco de surtos de dengue. Os dados sobre instalações sanitárias, por microáreas, são apresentadas no Quadro 7.

Quadro 7 - Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade, Belo Jardim na área do PSF 06 de Colônia Leopoldina- Alagoas,2013.

Destino dos dejetos	N	%
Sistema de Esgoto	1.005	99,21
Fossa	5	0,49
Céu Aberto	3	0,30

Fonte:DataSUS/MS

Referente a cobertura de abastecimento de agua predomina a rede pública, mais o fornecimento irregular apresenta-se na atualidade como uma grande dificuldade.

Quadro 8 - Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade na área do PSF 06 de Colônia Leopoldina- Alagoas, 2013.

Tipo de abastecimento de água	N	%
Rede pública	937	92,50
Poço/nascente	74	7,31
Outros meios	2	0,20

Fonte:DataSUS/MS

Referente ao tratamento de água no domicilio predomina a filtração, mais não existe correspondência entre esses dados com a incidência de parasitoses ou diarreias.

Quadro 9 - Tratamento de agua no domicilio. Equipe PSF 06 Belo Jardim. Colônia Leopoldina – Alagoas, 2013.

Tratamento de água no domicilio	N	%
Filtração	698	68.90
Fervura	2	0,20
Cloração	311	30,70
Sem tratamento	2	0,20

Fonte:DATASUS/MS

Quadro 10 - Tipo de casa na área do equipe PSF 06 Belo Jardim. Colônia Leopoldina – Alagoas, 2013.

Tipo de Casa	N	%
Tijolo/Adobe	935	92,30
Taipa revestida	33	3,26
Taipa revestida	45	4,44

Fonte:DATASUS/MS

A dificuldade maior encontrada é acúmulo de lixo em quintais e também frente a unidade básica de saúde, depois que a coleta passa nos horários programados pela prefeitura, favorecendo a proliferação de vetores e insetos e de usuários que mexem

em busca de objetos contribuindo com a propagação de doenças parasitárias e do aparelho digestivo.

Quadro 11 - Destino do Lixo na área do PSF 06 de Colônia Leopoldina – Alagoas, 2013.

Destino do Lixo	N	%
Coleta Pública	999	98,62
Queimado/Enterrado	14	1,38
Céu Aberto	-	

Fonte:DATASUS/MS

3. Aspetos epidemiológicos

As doenças não transmissíveis ocupam os primeiros lugares seguidos pelas deficiências (DEF), adquiridas e genéticas outras doenças como epilepsia (EPI) alcoolismo (ALC) também ocupam os primeiros lugares, ainda subnotificados pacientes com doenças como alcoolismo fator de risco que agravam o desenvolvimento de doenças não transmissíveis mais prevalentes. (HAS, DIA). Os dados também se modificam quando são comparados as diferentes fontes de informação, sendo superiores quando são coletados por registros da unidade de saúde.

Quadro 12 - Prevalência de doenças referidas. Equipe 06 Belo Jardim. Colônia Leopoldina – Alagoas, 2014.

Doenças Referidas	Faixa Etária				TOTAL	
	0-14 anos		15 anos e mais		N	%
	N	%	N	%		
HA	-	-	246	9,69	246	6,55
DIA	-	-	68	2,68	68	1,81
DEF	8	0,66	46	1,81	54	1,44
EPI	1	0,08	6	0,24	7	0,19
ALC	-	-	6	0,24	6	0,16
TB	-	-	4	0,16	4	0,11
CHA	-	-	2	0,08	2	0,05

Fonte:DataSUS/MS/Registros do PSF, 2014

Quadro 13 - Morbidade referida segundo a microárea na área de abrangência da Equipe 06 Belo Jardim de Colônia Leopoldina- Alagoas, 2014

Morbidade referida	Micro 1	Micro2	Micro3	Micro4	Micro5	Micro6	Micro7	Micro8	Total
Hipertensão arterial (HA)	50	27	36	47	25	36	25	78	324
Diabetes(DIA)	16	2	6	13	3	11	9	17	77
Deficiência(DE)	11	10	12	11	1	3	3	3	54
Epilepsia(EPI)	1	0	0	1	1	0	3	1	7
Alcoolismo(AL)	2	3	6	3	0	3	6	6	29
Tuberculoses(T B)	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Doença de Chagas(CHA)	2	1	1	0	1	0	3	0	8

Fonte:DataSUS/MS/Registros do PSF 2014

As doenças do aparelho circulatório continuam sendo a primeira causa de morte, segundo neoplasias, e em seguida as causas externas. Entre as transmissíveis a Tuberculoses e a doença de chagas, também são inclusas. Duais mortes infantis também ocuparam o quadro de mortalidade infantil o ano passado.

4. Recursos de saúde

A contrarreferência ainda não cumpre boa articulação e constitui uma dificuldade para o seguimento dos pacientes que recebem atendimento e o pronto atendimento, retornam as consultas ainda sem o preenchimento do formulário de referência e contrarreferência. Incentivar projetos com os dados levantados foi uma reclamação de todos os membros da comunidade e da equipe.

2 JUSTIFICATIVA

A presença de hipertensão como a mais prevalente doença na comunidade e em associação com diferentes doenças e fatores de risco sobrepeso - obesidade, alcoolismo tabagismo, a presença de agravos cardiovasculares, cerebrovasculares, renal, incapacidade física e mental, o envelhecimento e outras condições psicossociais impõe refletir e propor uma intervenção urgente e imediata sobre este cenário.

A hipertensão representa por si mesma uma enfermidade e um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras enfermidades crônicas não transmissíveis, por exemplo, as doenças cardiovasculares. Ela, junto com o sobrepeso – obesidade são as causas mais comuns e potencialmente reversível e factível de controle.

A modificação do estilo de vida e a medida geral o tratamento sem medicação que tem como propósito a redução da pressão arterial e prevenir e retardar o risco de morbidade e mortalidade por doença cardiovascular, cerebrovascular, renal, invalidez, demência. Este panorama anterior traz consigo sobrecarga dos serviços pelo aumento de demanda, exigindo maior motivação, educação continuada e gestão mais eficiente.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Propor um plano de intervenção para o controle da hipertensão para prevenir e diminuir o risco de morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

3.2 Específicos

Estimular para as mudanças de hábitos e de cuidados pessoais em correspondência com a classificação da hipertensão.

Oferecer um serviço de atenção integral aos pacientes auxiliando-lhes para obtenção de uma vida longa e saudável.

4 METODOLOGIA

Para elaborar o plano de ação, foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional, e todas suas etapas (identificação, priorização do problema) foram desenvolvidas segundo o cronograma de atividades planejadas pela Equipe Belo Jardim. Todos os pacientes hipertensos da comunidade Belo Jardim e as pessoas com PA limítrofe foram incluso no estudo.

Foi feito uma avaliação inicial considerando a história clínica atual e pregressa, comorbidades, controle da pressão arterial, medicamentos em uso e adesão ao tratamento.

Para construção de referencial teórico foram estudados artigos, teses e documentos técnicos em diferentes lugares como: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), além da Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON.

Para a busca dos artigos na Biblioteca Virtual em Saúde foram utilizados os seguintes descritores:

Hipertensão.

Fatores de Risco.

Atenção Primária à Saúde.

O plano de intervenção utilizou os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que permite a contribuição de toda equipe multidisciplinar contando assim, com enfermeiro, médico, psicólogo, nutricionista, além dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo vários autores como Nobre *et al.* (2010), 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 para as Doenças Cardiovasculares (DCV), passíveis de modificação, ou seja seu controle pode diminuir bastante a morbimortalidade cardiovascular.

Segundo critérios de classificação para hipertensão, usado nas diretrizes brasileiras para hipertensão de 2010, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, são critérios de inclusão para hipertensão valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg, necessitando ser reavaliada por pelo menos em três episódios. Caracteriza-se por níveis constantemente aumentados de pressão arterial (PA), provocando lesões em órgãos-alvo levando à insuficiência cardíaca, renal, isquemia cerebral, alterações macrovasculares, além de alterações metabólicas, evoluindo com complicações graves, limitações e óbito (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Como doença é causa direta de cardiopatia hipertensiva, isquêmica e insuficiência cardíaca, é também fator de risco para a aterosclerose e trombose. Déficit cognitivos como demência de Alzheimer e demência vascular também tem a HAS como fator de risco. Esta multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis, por tanto é uma das causas de maior redução da expectativa de vida e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

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

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de

115/75 mmHg de forma linear, continua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2001 cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas a elevação de PA, ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais de metade de indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

As DCV tem sido a principal causa de morte no Brasil, com uma redução significativa nos últimos anos, entre 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca e isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente, no entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13 % o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Definição e Classificação (VI Diretrizes brasileiras de HAS)

Quadro 14 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe*	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	<90

Quando as pressões sistólica e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial

*Pressão normal-alta o pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte:SBC;SBH;SBN,2010

Estudos clínicos demonstram que a detecção, o tratamento e o controle de HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Meta-análise de 354 estudos clínicos revela que a redução da morbidade e mortalidade é proporcional à queda da pressão arterial, tanto sistólica quanto diastólica podendo reduzir em até

46% a ocorrência de infartos em 63% o número de acidentes vasculares encefálicos. (LAW *et al.*, 2003).

No Brasil, em 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle de PA (19,6%). (ROSÁRIO *et al.*, 2009; JARDIM *et al.*, 2007).

A hipertensão arterial pode ser prevenida ou postergada. As mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Tais adequações de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular.

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, baixo consumo de sódio e álcool, adequada ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo e controle do peso corpóreo. Tais recomendações são indicadas tanto para a prevenção da hipertensão como coadjuvantes do tratamento medicamentoso de hipertensos.

No Brasil os desafios de controle e prevenção de HAS e suas complicações são das equipes de Atenção Básica (AB), equipes multiprofissionais cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto o Ministério da Saúde propõe que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. (GRUPO HOSPITALAR CONCEICAO, 2009).

A alimentação adequada, sobretudo em quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial não poderão ser atingidos mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEICAO, 2009).

Os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico monitorização e controle da hipertensão arterial. Também ter sempre o princípio fundamental centrada na pessoa e conseqüentemente envolver usuários pessoas e cuidadores em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle da hipertensão.

Nos serviços de Atenção Básica um dos problemas mais comuns que as equipes de saúde enfrentam é as HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estudos apontam que em países com redes estruturadas de AB, 90 % da população adulta consultada, pelo menos uma vez ao ano, seu médico de família (SHARMA et al.,2004). Mesmo assim dificuldades no diagnóstico e no seguimento ao tratamento (OLIVERA *et al.*, 2002; OGEDEGBE, 2008)

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

Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando- as á adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida.

As mudanças no estilo de vida constituem a recomendação terapêutica inicial da HAS primária em crianças e adolescentes. O tratamento medicamentoso está indicado para indivíduos com hipertensão sintomática, hipertensão secundária, lesão em órgãos-alvo da HAS, diabetes tipos 1 e 2 e HAS persistente a despeito da

adoção das medidas não farmacológicas, situação na qual estas medidas são coadjuvantes do tratamento medicamentoso.

Entre as MEV está à redução de álcool, uso de anticoncepcionais orais, tabagismo, adoção de hábitos saudáveis de alimentação e prática de atividade física.

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

Tabela 15 mostra o impacto de cada mudança de estilo de vida na redução da PA.

Quadro 15 - Algumas modificações de estilo de vida para manejo de HAS.

Modificação	Recomendação	Redução de PA em mmHg
Redução de peso	Manter índice de massa corporal (IMC) entre 18,5 e 24,9 kg/m ²	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que consumo de álcool não ultrapasse 30 ml de etanol/dia (90 ml de destilados, ou 300 ml de vinho ou 720 ml de cerveja), para homens, 15 ml etanol/dia para as mulheres e indivíduos de baixo peso.	2- 4

Fonte: Adaptado de VII Joint CHOBANIAN et al., 2003

Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários tem um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. A atividade física regular associasse a múltiplos benefícios para a saúde, incluindo redução de incidência de doenças

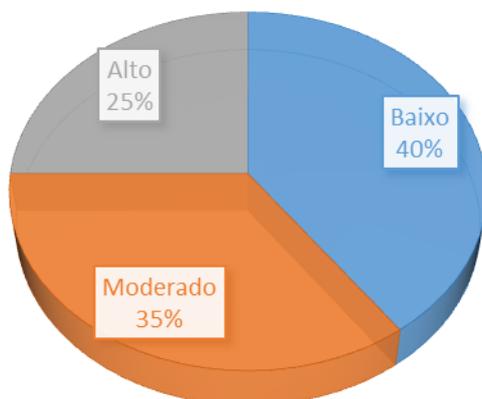
cardiovasculares, morte por esta causa e redução de níveis pressóricos (FANG et al., 2005; WHELTON *et al.*, 2002.). Após uma sessão de exercício aeróbico, como a caminhada, acontece uma redução média da pressão arterial da ordem de 5 a 7 mmHg, (efeito conhecido como hipotensão pós –exercício), podendo perdurar até 22 horas, independentemente da intensidade da atividade. Cronicamente, a redução média da pressão arterial é da ordem de 5,8- 7,4 mmHg, quando atividade é realizada de forma regular, de intensidade moderada, variando entre 4 e 52 semanas no tempo de seguimento, com duração de 30 a 60 minutos (BASTER; BASTER-BROOKS, 2005).

A equipe de Atenção Básica deve reconhecer e utilizar recursos disponíveis para o desenvolvimento de ações de prática de atividade física. O papel dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), além de prestar apoio a equipe e organizar grupos de atividades físicas nas Unidades Básicas de Saúde, está em auxiliar as pessoas com lesões de órgãos-alvos na reabilitação e retorno as atividades do dia a dia. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 39, 2014)

Outro aspecto importante na consulta e avaliação do risco cardiovascular é uma ferramenta útil e de fácil de aplicação no dia a dia. Esta ferramenta permite a estratificação de risco cardiovascular para estimar o risco de cada indivíduo de sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2010)

Segundo os dados coletados na UBS Belo Jardim, se estimam que 418 pacientes maiores de 20 anos apresentam risco cardiovascular, outras prevalências também poderiam ser estimadas, demonstrado no gráfico 1.

GRAFICO 1 PREVALENCIA DE HIPERTENSOS ESPERADOS COM RISCO CARDIOVASCULAR SEGUNDO ESCORE FRAMINGHAM. BELO JARDIM.



É importante também lembrar, que os fatores para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares estão aumentando a ritmo vertiginoso. A hipertensão arterial a diabetes a obesidade infantil, em associação estão promovendo um número cada dia maior de doenças cardiovasculares, com repercussão negativa nos gastos de todos os países. (BRASIL, 2006).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação do problema

A partir do diagnóstico situacional foram identificados os problemas mais relevantes existentes na comunidade, a saber:

- HAS como fator de risco alvo do Risco cardiovascular aumentado.
- Acumulo de lixo frente unidade de saúde
- Desemprego
- Falta de calçamento
- Falta de esgoto
- Violência

O problema Priorizado foi então a HAS como fator de risco alvo do Risco cardiovascular aumentado

Quadro 16 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Belo Jardim. Município Colônia Leopoldina- Alagoas, 2016.

Comunidade Belo Jardim. PSF 06, Priorização de problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
HAS como fator de risco alvo do Risco cardiovascular aumentado.	Alta	7	Parcial	1
Acumulo de lixo frente unidade de saúde	Alta	5	Parcial	2
Violência	Alta	5	Parcial	2
Desemprego	Alta	5	Fora	2
Falta de esgoto	Alta	4	Fora	3
Falta de calçamento	Alta	4	Fora	4

6.2 Descrição do problema identificado

Verdadeiramente o problema identificado e visualizado por seu impacto na mortalidade e morbidade, hoje as principais doenças que atingem a população da área de abrangência são as doenças crônicas não transmissíveis em destaque para as do aparelho circulatório. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o fator de risco modificável mais prevalente 6,55% para toda população da comunidade Belo Jardim, mais este valor aumenta quando é avaliado para população maior de 18 anos (12,1%). HAS é considerado alvo porque é reconhecida como o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronária, mais ainda não é conhecido a magnitude deste problema, a subnotificação de casos, em associação de outros fatores como hábitos e estilos de vida não saudáveis também são subnotificados, o que incrementam a gravidade desta doença-fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças como o Infarto de miocárdio (IM) declarada em primeiro lugar como causa de morte.

Para a população da equipe de Belo Jardim, além disso o 26% das mortes por esta causa (IM) ocorre em menores de 50 anos, incrementando a mortalidade precoce e proporcional por esta causa. Outros dados como o número de pacientes com invalidez parcial ou permanente por acidente vascular o número de internações por insuficiência cardíaca o número de pacientes com cardiopatia hipertensiva o diagnóstico inicial feito em paciente em estágios 2 o 3, envelhecimento populacional (8%), associado a menor identificação de pacientes maiores de 18 anos com medida casual de pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório denominada como limítrofe, aumenta mais ainda a magnitude e gravidade deste problema

Quadro 17 - Descritores do problema Hipertensão Arterial Sistêmica como fator de risco alvo do risco cardiovascular aumentado. Município Colônia Leopoldina - Alagoas, 2016.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	469	Estudos epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	246	SIAB
Hipertensos confirmados	324	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	149	Registro da equipe
Hipertensos controlados	143	Registro da equipe
Diabéticos esperados	105	Estudos epidemiológicos
Diabéticos cadastrados	67	SIAB
Diabéticos confirmados	77	Registro da equipe
Diabéticos acompanhados conforme protocolo	51	Registro da equipe
Diabéticos controlados	41	Registro da equipe
Portadores de dislipidemia (1)	43	Registro da equipe
Sobrepeso (1)	115	Registro da equipe
Tabagistas (2)	86	Registro da equipe
Sedentários (1)	158	Registro da equipe
Complicações de problemas cardiovasculares (3)	15	Registro da equipe
Internações por causas cardiovasculares	13	Registro da equipe
Óbitos por causas cardiovasculares	12	Registro da equipe

(1) Apenas entre os portadores de hipertensão e diabetes(2) Levantamento realizado pelos ACS. (3) Infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. O quadro elaborado pela Equipe possibilitou a caracterização do problema. Foi útil para o cálculo da população-alvo (Prevalência de DM e HA auto-referidos na população adulta) a GUIA PRÁTICO PARA GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA, 2010.

6.3 Identificação dos nós críticos

- Hábitos e estilos de vida inadequados
- Pressão social (desemprego e violência)
- Nível de informação baixo
- Estrutura dos serviços de saúde insuficientes
- Processo de trabalho inadequado da equipe de saúde(subnotificação)

Quadro 18 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita. PSF Equipe 06 Belo Jardim. Colônia Leopoldina – Alagoas, 2015.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação	Modificar estilos de vida inadequados
Projeto	Vida saudável
Resultados esperados	Diminuir 20 % de obesos e tabagistas em um ano.
Produtos esperados	Programa na igreja da comunidade: e na unidade: campanha programa saudável e orientação nutrição pratica.
Atores sociais/ responsabilidades	Prefeito municipal Secretário Municipal de Saúde.
Recursos necessários	Organizacional-+ para caminhadas e orientação de dieta saudável. Cognitivo-+ informação alimentação saudável. Político-+ aproveitar local existente na comunidade, mobilização social intersecto rial com a rede Financeiro-+ para recursos audiovisuais, folhetos educativos
Recursos críticos	Político Conseguir espaço em na Igreja e academia de saúde. Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção Associações de ação de bairro
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.

Quadro19 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita. PSF Equipe 06 Belo Jardim. Colônia Leopoldina – 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 contrarreferência 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 Secretário de saúde
Cronograma / Prazo	Início em três meses, duração indefinida.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

Quadro 20 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita. PSF Equipe 06 Belo Jardim. Colônia Leopoldina. Alagoas. 2015

Nó crítico 2	Pressão social (desemprego e violência)
Operação	Empoeirar a população com técnicas de controle, toma de soluções alternativas fomentando a paz.
Projeto	Viver Melhor
Resultados esperados	Diminuição da Violência
Produtos esperados	Programa fomento da cultura de paz/Rede saúde e Paz
Atores sociais/ responsabilidades	Prefeito municipal Secretário Municipal de Saúde.
Recursos necessários	Organizacional+ organização de agenda. Cognitivo+ conhecimentos sobre estratégias de comunicação. Político articulação intersectorial (parceria com o setor educação) e mobilização social Financeiro
Recursos críticos	
Controle dos recursos	Gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção

críticos / Viabilidade	Associações de ação de bairro
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.

Quadro 21 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita. PSF Equipe 06 Belo Jardim. Colônia Leopoldina- Alagoas, 2015.

Nó crítico 3	Nível de informação baixo
Operação	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das complicações da hipertensão arterial.
Projeto	Aumente seu conhecimento
Resultados esperados	População mais consciente sobre os riscos causas e consequência de HAS
Produtos esperados	População mais informada sobre risco cardiovascular e HAS. Capacitação de professores, profissionais e cuidadores, incremento na formação de grupos operativos de HAS, realização e divulgação de campanhas educativas em folder e na rádio, Blitz educativa. Programa saúde Escolar na prevenção de HAS.
Atores sociais/ responsabilidades	Prefeito municipal Secretário Municipal de Saúde.
Recursos necessários	Organizacional-+ para caminhadas e orientação de dieta saudável. Cognitivo-+ informação alimentação saudável. Político-+ aproveitar local existente na comunidade, mobilização social intersectorial com a rede Financeiro-+ para recursos audiovisuais, folhetos educativos
Recursos críticos	Político Conseguir espaço em na Igreja e academia de saúde. Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais folhetos educativos.

Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção Associações de ação de bairro
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto de intervenção.
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.

Quadro 22 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita. PSF Equipe 06 Belo Jardim. Colônia Leopoldina. Alagoas. 2015

Nó crítico 5	Processo de trabalho inadequado da equipe de saúde(subnotificação)
Operação	Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado
Projeto	Linha de cuidado
Resultados esperados	Processo de trabalho mas organizado, incremento da cobertura, com monitoramento e avaliação segundo estratificação de risco. Cobertura de 80% de população com HAS e risco cardiovascular.
Produtos esperados	Diagnóstico precoce de novos casos, redução de morbidades e mortalidade precoce, uso adequado de diretrizes, e outros protocolos, equipe capacitado, avaliação por especialistas segundo classificação de risco maior oferta de exames e medicações suficientes segundo quadro de medicamentos. Linha de cuidado para prevenção e cuidado integral de HAS como fator de risco alvo cardiovascular. Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados Regulação implantada. Questão de linha de cuidado
Atores sociais/ responsabilidades	Prefeito municipal Secretário Municipal de Saúde.
Recursos necessários	Organizacional-+ cronograma de implementação linha de cuidado e de protocolo. Cognitivo-+ elaboração de projetos e linha de cuidado e de protocolo. Político-+ articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais. Financeiro-+ adequação de fluxos de referência e contrarreferência.

Recursos críticos	Político: articulação entre os setores assistências de saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção Associações de ação de bairro
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto de intervenção.
Responsáveis:	Equipe de Saúde da Família 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.

Quadro 23 – Avaliação e monitoramento dos projetos “Elevada incidência de hipertensão arterial na população adscrita”. PSF Equipe 06 Belo Jardim- Colônia Leopoldina, Alagoas. 2015

Projetos	Operações	Responsáveis	Monitoramento	Avaliação
Vida saudável	Modificar estilos de vida inadequados	Médico Enfermeiro Núcleo de Apoio à Família.	Trimestral	2 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	1 ano após implementação
Melhor acompanhamento	Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial.	Diretora de Atenção Básica do Município Secretário de saúde	Trimestral	1 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	1 ano após implementação

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama mundial e as tendências atuais, colocam as doenças não transmissíveis como responsáveis por mais de 60 % das mortes, e continuam sendo um desafio para a saúde pública. O Brasil não fica livre desta realidade, sendo a HAS de grande preocupação na atenção primária de saúde, e o mais importante em como contribuir para uma assistência integral.

A Equipe de Saúde da Família de Belo Jardim tem com este trabalho uma estratégia clara, mantendo as principais características de atenção primária de saúde, como o primeiro contato (maior acessibilidade de todos), longitudinalidade brindando a assistência preventiva e curativa focada na pessoa e não na doença, integralidade e coordenação orientadas para o paciente (incluindo o caminho em direção a atenção secundária e terciária) com assistência necessária e o controle precoce dos problemas de saúde, além de cuidar das necessidades dos indivíduos as equipes de atenção primária também estão olhando para a comunidade.

Também é admirável a interação da equipe Belo Jardim com diferentes redes educação trabalho, economia relacionadas a importantes setores. Precisando de uma base sólida no financiamento do setor, usando adequadamente e eficientemente os fundos e recursos para garantir a assistência horizontal centrada na pessoa e não na doença, de ali que todos os profissionais da equipe e da gestão faram seu papel e mais importante que toda equipe trabalhando junta com a motivação de levar até a etapa de reavaliação do plano cada tarefa planejada.

Será evidente que a equipe de Belo Jardim estará bem situada para acompanhar o impacto nas condições de vida sobre a saúde da população escolhida com este estudo e com a vontade da gestão local pode servir de base para ação intersetorial pela saúde do município em geral.

Os resultados obtidos prestaram de linha base para um mundo de transformações que para a população que está envelhecendo e que são registradas como portadores de doenças não transmissíveis como HAS, tenham uma política pública de saúde saudável, são necessárias além disso as seguintes medidas: Garantir o

acesso universal a assistência primária de saúde por meio de um sistema de saúde adequado; Fazer um abordagem horizontal orientada para a comunidade; Desenvolver um serviço de APS de alto desempenho integrado com o sistema de saúde municipal; Organização do sistema de saúde do município Colônia Leopoldina com uma rede intersetorial involucrando o meio ambiente, trabalho, economia, educação, com um abordagem ascendente pela saúde das equipes, envolvendo a sociedade civil. Estas medidas não serão possíveis de serem alcançadas se não existir envolvimento da comunidade com a equipe multiprofissional. Com estas medidas e com o desenvolvimento do plano de intervenção para abordagem ao problema HAS, diminuirá a vulnerabilidade e consequências fatais por esta doença e incrementara a melhora das condições de vida da comunidade com a promoção do cuidado de forma integral e conseqüentemente a melhora do grau de satisfação dos indivíduos com o sistema de saúde com o acompanhamento cada vez mais humanizado.

O desafio que os profissionais enfrentam para lidar com os indivíduos com doenças crônicas em geral e em particular Hipertensão Arterial Sistêmica, torna imprescindível o controle desta doença e o tratamento não farmacológico (com as mudanças no estilo de vida) são uma ferramenta fundamental de grande utilidade para modificar o baixo controle dos níveis pressóricos e no planejamento da assistência com o desenvolvimento de estratégias para minimizar, prevenir ou corrigir o problema identificado.

REFERÊNCIAS

ALVES, Bonifácio Silva Netto. **Análise de Situação de Saúde Colônia Leopoldina 2012**. Departamento de Vigilância em Saúde. Colônia Leopoldina, Dezembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica n. 15). Disponível em< http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf> Acesso em: 22 jun.2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128p.:(Caderno de Atenção Básica, n.37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **NÚCLEO DE APOIO À SAUDE DA FAMÍLIA** :Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 (Caderno de Atenção Básica, n.39, v 1): Disponível em< http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf> acesso em: 22 fev.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e cuidado integral a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Uma estratégia nacional. **Guia prático para gestão do cuidado na Atenção Básica / Saúde da Família, 2010**. Disponível em<<http://docplayer.com.br/3440953-Guia-pratico-para-gestao-do-cuidado-na-atencao-basica-saude-da-familia.html>> acesso em: 22 jan.2016.

BASTER, T; BROOKS, C. Exercise and hypertension. **Australian Family Physician**, [S.l.], v.34, n. 6, p 419-424.2005.

CHOBANIAN, A. V. et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. **JAMA**, [S.l.], v. 289, p. 2560-2572, 2003.

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

FANG, J. et al. Exercise and cardiovascular outcomes by hypertensive status: NHANES epidemiological follow-study,1971-1992.**American Journal of Hypertension**, New York,v 18, n. 6 p, 751-775.2005.

GRUPO HOSPITALAR CONCEICAO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC.** Porto Alegre, [s.n.], 2009. Disponível em <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria> > acesso em: 22 março.2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2010. <http://www.deepask.com/goes?page=colonia-leopoldina/AL-Confira-os-indicadores-municipais-e-dados-demograficos-sociais-e-economicos-do-seu-municipio>. Acesso em: 20 março. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2012. <http://www.deepask.com/goes?page=Veja-o-IDH-Municipal---índice-de-desenvolvimento-humano---do-seu-municipio>. Acesso em: 19 março. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=27&VCodMunicipio=270210&NomeEstado=ALAGOAS. Acesso em: 18 março. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2012. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=270210&idtema=117&se arch=alagoas|colonia-leopoldina|ensino-matriculas-docentes-e-rede-escolar-2012>. Acesso em: 19 março. 2015.

JARDIM, P.C. *et al.* Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 88, n.4, p. 452-7, 2007.

KITHAS, P. A.; SUPIANO, M.A. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. **Vasc Healt Risk Manag.**,[S.l.],v.6,n.9,p. 561-569.2010

LAW, M.R. *et al.* Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. **BMJ.** V.326, n. 7404, p. 1427,2003.

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

ROSÁRIO T.M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 93, n.6, p. 672-8, 2009..

Secretaria Municipal de Saúde. **Consolidado Anual das famílias Cadastradas.** Sistema de informação de atenção básica. Colônia Leopoldina, AL,2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2010, v.95, n.1, suppl.1, pp. I-III. ISSN 0066-782X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>. Acesso em 27 out. 2015.

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

OGEBE, G. Barriers to optimal hypertension control. **Journal of Clinical Hypertension**, Greenwich, v. 10, n. 8, p. 644-646, 2008.

OLIVEIRA, S. A. *et al.* Physician-related barriers to the efective management of uncontrolled hypertension. **Arch Intern Med**, USA, v. 162, n. 4, p. 413-420, feb. 2002.

WELTON, S.P. *et al.* Effet of aerobic exercise on blood pressure: a meta-anlysis of randomised, controlled trials.**Ann.Intern.Med.**,[S.I.],v.136,n7,p.493-503.2010.

