

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – CEESF**

ANGELA ALVAREZ IZAGUIRRE

**REDUZIR A PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA POPULAÇÃO DE GIRAU DO PONCIANO –
ALAGOAS: Uma Ação educativa**

MACEIO - ALAGOAS

2016

ANGELA ALVAREZ IZAGUIRRE

**REDUZIR A PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA POPULAÇÃO DE GIRAU DO PONCIANO –
ALAGOAS: Uma Ação educativa**

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

Orientadora: Prof.^a. Polyana Oliveira Lima

MACEIO – ALAGOAS

2016

ANGELA ALVAREZ IZAGUIRRE

**REDUZIR A PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA POPULAÇÃO DE GIRAU DO PONCIANO –
ALAGOAS: Uma Ação educativa**

Banca examinadora

Prof.^a. Polyana Oliveira Lima –UFMG

Prof. Juliana Enders Lisboa – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de março de 2016

RESUMO

De acordo com autores a Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, e é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial e o controle a fim de diminuir em forma significativa a morbimortalidade por doenças cerebrovasculares e renais. O presente trabalho relaciona-se com a área de abrangência da Equipe da saúde da Família "Paraná", de Girau do Ponciano - AL, onde a Hipertensão foi prioridade de intervenção, porém diante dos fatores de riscos associados com a hipertensão e em preocupação no controle da prevalência da doença é que se tem como justificativa desse trabalho. Apresenta um plano de ação com objetivo de realizar uma proposta de intervenção educativa que contribuirá para reduzir a prevalência da hipertensão na área de abrangência e posteriormente reduzir a mortalidade por fatores associados esta causa.

Palavra-chave: Hipertensão. Prevalência. Fatores de riscos.

ABSTRACT

According to authors to Hypertension have high prevalence and low control rates, and is considered one of the major modifiable risk factors and one of the most important public health problems in Brazil. Cardiovascular disease mortality progressively increases with the elevation of blood pressure and control in order to decrease in morbidity and mortality significantly by cerebrovascular disease and kidney. The present work deals with the area covered by the family health team "Paraná" Girau do Ponciano-AL, where hypertension was priority of intervention, but on the risk factors associated with hypertension and concern in the control of the prevalence of the disease is that it has as justification. Presents a plan of action with the objective of realizing a proposal of educational intervention that will help to reduce the prevalence of hypertension in the area and subsequently reduce mortality by factors associated with this cause.

Keyword: Hypertension. Prevalence. Risk factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
DESCRIBÇÃO DO MUNICÍPIO	6
ASPECTOS GEOGRÁFICOS	7
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	8
SISTEMA LOCAL DE SAÚDE.....	9
TERRITÓRIO E POPULAÇÃO ADSCRITA.....	11
DADOS DA UNIDADE.....	14
RECURSOS HUMANOS.....	15
RECURSOS MATERIAIS.....	15
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

O município Girau do Ponciano está localizado em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes no Agreste alagoano, a 159 km de Maceió e a 23 km da Arapiraca, segunda cidade de importância no estado, na região central do estado de Alagoas. Limita ao norte com o município de Jaramataia, ao sul com os municípios de Traipu e Campo Grande, ao leste com o município de Lagoa da Canoa, ao oeste com o município de Traipu, ao nordeste com o município de Craíbas e ao sudeste com o município de Campo Grande.

Conhecido pelo mel produzido na região o povoamento de Girau do Ponciano se deve a um caçador de nome Ponciano que, acompanhado de dois companheiros, instalou um Girau para suas caçadas, aproveitando a caça abundante. Assim, se fundou a primeira propriedade. Anos depois, dona Cida de Rodrigues e seus filhos, Manoel e Antônio, implantaram nova propriedade. Trouxeram muito movimento para a região, dada a fertilidade de suas terras. Pouco depois, a mulher transferiu-se para Jequiá da Praia e um dos homens fixou-se em Tapagem de Traipu. O outro, chamado Ponciano, continuou na fazenda. Exímio caçador construiu um Girau que era utilizado para a caça abundante que existia na região. Aliada á fertilidade das terras, a chegada dessas famílias trouxe progresso rápido a Belo Horizonte, nome primitivo do lugar. Em 1912, o nome foi mudado para Vila Ponciano.

A emancipação política se deu através da Lei 2.101, de 15 de julho de 1959, desmembrada de Traipu, num movimento liderado por Filadelfo Firmino de Oliveira, Amaro de Oliveira, Manoel João Neto, Vicente Ramos da Silva, Luís de Albuquerque Lima, Luís Bispo dos Santos e Manoel Firmino de Oliveira. Traipu não aceitava a autonomia. Sem acordo, a vila passou a município com o nome de Girau do Ponciano.

DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

Unidade Federativa: Alagoas

Localização: Região central do estado Alagoas

Mesorregião: Agreste Alagoano

Microrregião: Arapiraca

Gentílico: Girauense

Girau é famoso pela hospitalidade dos girauenses, povo trabalhador e bondoso, solidário e de fé. O melhor do forró de Alagoas também acontece em Girau do Ponciano, todo o mês de junho com os festejos do São João e o casamento de matuto mais original do Brasil. Município apresenta grande presença de vegetação de Caatinga e Mata Atlântica. Apresenta clima quente e seco por conta da proximidade do Sertão e da Mata Atlântica. O município comemora as festas de Emancipação e da padroeira, Nossa Senhora da Conceição (8 de dezembro).

ASPECTOS GEOGRÁFICOS

- Área total do município: 503,56 km²;
- Concentração habitacional: 72,73 hab./km² (Atlas, Brasil, 2013);
- Altitude média 244 m
- População: 33.475 habitantes segundo SIAB, 2015.

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E SANITARIOS

Indicadores:

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,535 *PNUD*: está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo. Tem Produto Interno Bruto – PIB de R\$ 105 952,798 mil, renda familiar média: R\$ 2 922,84 *mil*;

Quadro 1: abastecimento de água e tratamento em porcentagem

Abastecimento de Água Tratada:	85,48%
Com filtração	6,70%
Fervura	0,20%
Cloração	78,58%
Recolhimento de esgoto por rede pública	0,09 %;

Fonte: ATLAS, 2015

Principais Atividades Econômicas:

A população da zona rural vem sendo reduzida nos últimos anos, pela dificuldade para manutenção desta população junto às atividades de produção da agricultura familiar, problema que se agrava nos períodos de estiagem, como o atualmente observado. É frequente a emigração para cidades do sudeste e sul do país, alegando-se a busca por melhores condições de trabalho, o que implica afastamento do provedor da família por longos períodos de tempo. A população empregada vive, basicamente, do trabalho rural como: plantação de fumo, mandioca, macaxeira e feijão, há também uma pequena criação bovina, suína, e de aves em pequenas propriedades rurais localizadas na micro áreas de abrangência. Há também uma minoria de moradores, na qual prestam serviços a prefeitura municipal como única empresa existente nesta região.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Quadro2: Aspectos Demográficos do Município:

Total da população: 33.475										
Nº. de Indivíduos	1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Masculino	125	1025	1555	1757	1875	5288	1699	1248	1767	16339
Feminino	27	1024	1500	1790	1882	5610	1794	1506	1903	17136
Total	252	2049	3055	3547	3757	10898	3492	2754	3670	33475

Fonte: SIAB, 2015

Principais Indicadores demográficos

Taxa de Crescimento Anual: 0,56%;

Densidade demográfica: 75.62 Hab./km²;

Taxa de Alfabetização

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 85,93%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos

finais do ensino fundamental cresceu 392,69% entre 2000 e 2010. A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 463,00% no período de 2000 a 2010. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 490,36% entre 2000 e 2010. (Atlas, Brasil, 2013).

Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 43.8%. A renda per capita média de Girau do Ponciano cresceu 78,84% nas últimas duas décadas, passando de R\$99,28 em 1991 para R\$110,69 em 2000 e R\$177,55 em 2010.

A taxa média anual de crescimento foi de 11,49% no primeiro período e 60,40% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 57,56% em 1991 para 56,65% em 2000 e para 39,22% em 2010. A desigualdade aumentou: o Índice de Gini passou de 0,54 em 1991 para 0,60 em 2000 e para 0,58 em 2010.

Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil: 3,7 para alunos da quarta série (4.327^a posição dentre os 5.565 municípios do país) e 2,5 para alunos da oitava série (5.225^a posição dentre os 5.565 municípios do país) (ano de 2011), comparados aos índices de 4,7 e 3,9, respectivamente, no Brasil.

População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: 86.85% (dezembro / 2014)

SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

Uma das principais metas definidas na saúde é o fortalecimento da atenção básica de saúde em todo o município que conta com uma população de 33 475 habitantes e 13 equipes de programa de saúde da família (PSF) sendo três na zona urbana e 10 na zona rural do município, 02 Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, 01 Centro de Apoio Psicossocial – CAPS, 01 Centro de Especialidade Odontológica, 01 profissional Gineco-obstetricia, 05 odontólogos, 02 psiquiatras, 05 Médicos plantonistas, 13 Médicos e 13 enfermeiros de Equipe Saúde da Família com 13 técnicos de enfermagem, 12 enfermeiras plantonistas, 91 agentes

comunitários de saúde, 12 técnicas de Enfermagem no Hospital, 01 nutricionista, 01 Fisioterapeuta, 01 educador físico, 01 psicólogo e 01 Assistente social.

As equipes de saúde trabalham de segunda-feira a sexta-feira, 8 horas de trabalho por dia, 40 horas de trabalho semanal.

Sistema de Referência e Contra referencia

O sistema de referência é feito em sua maioria através do SUS com os serviços de alta complexidade na capital do estado e um polo no interior na cidade de Arapiraca.

Redes de Média e Alta Complexidade

Para a rede de média complexidade, o município realiza controle e avaliação. A rede de alta complexidade é mantida por convênios com as Cidades Arapiraca e Maceió.

Outros recursos da comunidade do município

O município Girau do Ponciano conta com os seguintes recursos: 01 Hospital Municipal, não há Clinicas privadas, 01 Laboratório Clínico Municipal, 74 Escolas, destas 73 na rede municipal e 01 na rede estadual, 03 Creches, Igrejas de Religião Católica Apostólica, Espírita e Evangélicas.

Serviços existentes no município

Iluminação Pública a cargo da companhia responsável no estado para 94,21% da população, tem disponível um serviço de abastecimento de água estadual (CASAL) para 57,41 % da população, um 29,14% tem abastecimento de água de poço ou nascente e 13,45% de outros. O destino final das fezes e a urina na maioria da população vão para fossas 60,12%, nas áreas rurais é frequente ainda a céu aberto (12,63%) e algumas comunidades apresentam um sistema de esgoto (27,25%) que não demandam as necessidades da população. Consta uma companhia de telefonia pública, um correio, um Banco de Brasil, um Bradesco e uma Caixa Económica Federal. (Atlas, Brasil, 2013).

TERRITÓRIO E POPULAÇÃO ADSCRITA

A UBS Paraná encontra-se na estrada da Fazenda Paraná, ao nordeste do Girau do Ponciano, do atendimento a pacientes de 11 sítios na área rural, de acordo com o SIAB 2013 a população é de 2.156 habitantes e 531 famílias.

Quadro 3 : Distribuição da população pelo sexo e faixa etária do PSF Paraná

Sexo	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-69	>60	Total
Masc.	3	66	41	50	144	164	345	100	84	121	1118
Fem.	6	71	46	56	104	140	344	92	80	99	1038
Total	9	137	87	106	248	304	689	192	164	220	2156

Fonte: SIAB 2015

- Alfabetização

Existe 96,61% estudantes de 7 a 14 anos na escola dos 354 cadastrados nessa idade é de 15 anos e mais alfabetizados são 1079 pessoas para o 68,77% o qual está pelo abaixo do nível do município.

- Taxa de Emprego e principais postos de trabalho

A taxa de emprego sofre mudanças constantes pela disponibilidade de empregos. Os principais postos de trabalho são na agricultura e a pecuária entre a população residente, além dos empregos no setor do comercio e funcionalismo público (serviços) que são mínimos na população.

- De que vivem, como vivem e como morrem

Repete se o problema que acontece nas áreas rural do todo o município. A população da área atendida no Paraná trabalha na plantação de fumo, mandioca, macaxeira, feijão, frutas na menor quantia para o consumo e mercadoria, tem pequenas propriedades rurais localizadas em micro áreas de abrangência, pecuária e uma minoria não significativa de moradores, prestam serviços a prefeitura municipal como única empresa existente nesta região e um significativo número são desempregados e subempregados.

- Tipos de moradia

Predominam as casas de tijolo e adobe sendo um fator de risco para a apecimento de doenças provocadas pelos insetos.

Quadro 4: Distribuição das casas pelo tipo.

Tipo de casa	No	%
Tijolo / Adobe	504	94,92
Taipa revestida	16	3,01
Taipa não revestida	10	1,0
Madeira	0	0
Material aproveitado	0	0
Outros	1	1,88

Fonte: SIAB 2015

- Recursos da Comunidade

O Assentamento Paraná e sua área de abrangência constam com os serviços do 01 UBS, 01 Hospital Municipal com Laboratório clínico, 04 Escolas, Igrejas de Religião Católica Apostólica, Espírita e Evangélicas. Os serviços de correios, 1 Oficina de Eletrobrás. 01 transporte público com os horários da escola; entradas 08 às 12: 00 e saídas 13 às 17: 30.

Abastecimento de água: Como se observa no Quadro 5 predomina o abastecimento de água por outras formas, o que indica que a fonte pode ser não confiável para o uso humano.

Quadro 5: Distribuição das casas seguem abastecimento do água

Abastecimento de Água	Quantidade de domicílios	%
Rede Pública	215	40,49
Poço ou Nascente	74	13,94
Outros	242	45,57

Fonte: SIAB 2015

Nos dados que aparecem no SIAB do UBS Paraná reportasse que em 471 casas, o 88,70% da população clora-se a água de consumo dado pendente de esclarecer porque nas visitas domiciliares realizadas exploramos este dado e recebem o água clorada das redes publicas mas não é essa a cloração a que refere-se esse dado.

- Destino do Lixo: Existe um alto índice de queimado / enterrado do lixo o que pode provocar alta contaminação ambiental na comunidade.

Quadro 6: Distribuição das casas quanto o destino do lixo.

Destino do lixo	Quantidade de domicílios	%
Coleta pública	45	8,47
Queimado/ enterrado	352	66,29
Céu aberto	134	25,24

Fonte SIAB 2015

Quadro 7: mostra a distribuição das casas seguem o destino de fezes/ urina.

Destino fezes / urina	Número de domicílios	%
Sistema de esgoto	0	0
Fossa	357	67,23
Céu aberto	174	32,77

Fonte: SIAB 2015

Observa – se uma alta presença de fossas que não oferece condições na estrutura apropriada.

Nestas comunidades recebe se bolsa de família em 8 famílias.

Quadro 8: Distribuição de doenças mais frequentes por faixa-etária.

Faixa etária(anos)	Hipertensão Arterial %	Diabetes Mellitus	Epilepsia	Alcoolismo
0 -14 anos	0	0	3 / 0,51	0
15 anos e mais	115 / 7,33	21 / 1,34	6 / 0,38	2 / 0,09
Total	115/ 5,33	21 / 1,34	9 / 0,42	2 / 0,09

Fonte: SIAB 2015

Quadro 9: causas de mortalidade na população geral.

Tipo de Doença	Número de casos	%
Cardiovasculares	3	37,5
Neoplasias	0	0
Acidentes	2	25
Homicídios	0	0
Cerebrovasculares	2	25
Respiratórias	41	12,5

Fonte: SIAB 2015

DADOS DA UNIDADE

O Posto de Saúde está localizado na Fazenda Paraná como se descreve no território da abrangência, grande parte dos pacientes mora em áreas muito afastadas e apresentam difícil acesso à unidade pelo transporte. Por isso a equipe dispõe de um dia da semana para realizar consulta médica e de enfermagem no outro posto de saúde que é mais fácil o transporte. As consultas são feitas tendo em conta a agendamento prévio (demanda agendada), demanda imediata, agenda-se também o retorno para o cuidado continuado. Realiza-se as visitas domiciliares direcionadas com base nas necessidades de cada área agendados pelos agentes

comunitários de saúde. O Horário de funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira, 8 horas de trabalho por dia, 40 horas de trabalho semanal.

RECURSOS HUMANOS

Número de pessoas físicas: 14 pessoas.

Profissionais 01 médico, 01 enfermeira, 01 odontólogo, 01 auxiliar de consultório dentário, 02 técnicas de enfermagem, 06 agentes comunitários, 01 motorista e 01 auxiliar de serviços gerais.

RECURSOS MATERIAIS

A unidade de saúde foi instalada em uma antiga casa da região, contando com bom espaço físico, mantendo a estrutura externa desde sua construção e adaptada em seu interior a posto de saúde. O corredor externo é amplo e muito ventilado. Na distribuição do espaço físico dentro da unidade tem um corredor, 1 sala de espera, 1 sala de curativo, 1 consultório médico, 1 sala de atendimento de enfermagem com banheiro sala, área de acolhimento do paciente o pré-consulta, 1 consultório odontológico, 1 sala de vacina, 1 banheiro para os pacientes e a copa.

A unidade de saúde não dispõe de equipamentos como: esfigmomanômetro pediátrico, espéculos, cilindro de oxigênio, kit para intubação pediátrica e de adulto, material de sutura, dispositivos intrauterinos, computador, internet e impressora.

Diariamente a equipe atende em média 20 pacientes por dia e 32 visitas médicas domiciliares mensais.

Na área de abrangência os principais problemas de saúde que afetam a população são:

- Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Alta incidência de Diabetes Mellitus.
- Alto índice de infestação por Parasitoses Intestinais.
- Baixa condição socioeconômica.

- Dificuldade no abastecimento de água potável.
- Deposição inadequada de residuais líquidos e sólidos.
- Principais causas de mortalidade são as complicações cardiovasculares e cerebrovasculares da hipertensão arterial sistêmica.

Definido por critério de prioridade teve-se a Hipertensão Arterial pois a doença afeta grande parte da população e constitui a primeira causa de atendimento em consulta, e por ainda apresentar grandes complicações e evidencia nas principais causas de morte na comunidade.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (V DIRETRIZES 2006; WILLIAMS, 2010 apud VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p.7)

“A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública [...]” (WILLIAMS, 2010 apud VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p.7)

O referido plano de intervenção justifica-se em preocupação da baixa taxa de controle e por ser um problema de saúde pública a Hipertensão na área de abrangência do Posto de Saúde da Família “Paraná” pertencente ao município Girau do Ponciano atende uma população de 2.156 habitantes, destes 1.118 são do sexo masculino e 1.038 do sexo feminino.

Distribuído em 07 micro áreas, a Unidade de Saúde em questão atende uma população maior de 15 anos de 1.769 habitantes, desta população maior de 15 anos tem-se 115 pacientes hipertensos, com uma percentagem de 6,5 % da população, predominando o sexo feminino. A mortalidade geral da área tem como principais causas as complicações por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares por descompensação ocasionada pelo não controle da pressão arterial.

Objetivou-se um trabalho voltado para a ação educativa observada pela percepção do alto grau de desconhecimento da população dos fatores de risco para prevenir a doença e o seu controle a fim de reduzir à prevalência desta doença que constitui a base da morbidade nas consultas e suas complicações a primeira causa de morte na comunidade do estudo.

3 OBJETIVO

Reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial na população da equipe Paraná no município de Girau do Ponciano - AL.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi empregado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010) e uma revisão narrativa da literatura utilizando a biblioteca virtual em saúde com os temas referentes a hipertensão arterial, fatores de risco e prevalência da hipertensão. As etapas desenvolvidas até o momento da priorização dos problemas e escolha deles para elaborar um Plano de Ação, foram: Identificação dos problemas, priorização dos problemas, seleção do problema principal, caracterização desse 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.

O plano proposto de intervenção será reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial através de uma ação educativa para aumentar o conhecimento da população sobre a doença, seus fatores de riscos, suas complicações, o modo de prevenção, a mudança no estilo de vida e o tratamento farmacológico/não farmacológico.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo a V Diretrizes brasileiras de hipertensão 2006 e Williams, 2010 citam na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial a hipertensão é uma condição clínica evidenciada por múltiplos fatores por níveis altos e sustentados da pressão arterial. A hipertensão associa-se a outras alterações funcionais dos órgãos alvo como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e associa ainda a alterações metabólicas com consequência do aumento de riscos de eventos cardiovasculares fatais ou não.

“Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é, ao mesmo tempo, fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e síndrome com manifestações próprias e características peculiares.” (NOBRE *et al.*, 2013, p.1)

Vários estudos mostram que existem alguns fatores, considerados fatores de risco que, associados entre si e a outras condições, favorecem o aparecimento da hipertensão arterial, sendo: idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras. (PESSUTO; CARVALHO, 1998 p.33)

“A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente [...]” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, V DIRETRIZES, 2006 apud VI DIRETRIZES, 2010, p.8).

[...] Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 47% por doença isquêmica do coração – DIC) (WILLIAMS, 2010 apud VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010, p.8), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos.

“[...] Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular”. (MALTA *et al.*, 2009 apud VI DIRETRIZES, 2010, p.8).

Quanto a prevalência da hipertensão,

Segundo Cesarino *et al.*, 2008 e Rosario *et. al.*, 2009 apud VI DIRETRIZES, 2010, p.8 “Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%.

Ainda segundo os autores acima citados (p.9),

“Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos”.

Segundo Ministério da saúde “a hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada” (BRASIL, 2001, p.5).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Levantamento dos problemas e seleção das prioridades

De início para a realização do plano foram levantados os problemas na área de abrangência os principais problemas de saúde que afetam a população, abaixo estão eles por ordem de prioridades:

1. Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica;
2. Alta incidência de Diabetes Mellitus;
3. Alto índice de infestação por Parasitoses Intestinais;
4. Más condições de higiene domiciliar;
5. Deficiente abastecimento de água potável;
6. Deposição inadequada de resíduos líquidos e sólidos;
7. Mortalidade por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares devido a hipertensão arterial sistêmica;

Após o levantamento dos problemas foram definidas as prioridades selecionadas através do Método da Estimativa Rápida, colocando assim por Ordem de prioridades:

1. Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica.
2. Primeiras causas de mortalidade são as complicações cardiovasculares e cerebrovasculares da hipertensão arterial sistêmica.
3. Alto índice de infestação por Parasitoses Intestinais.
4. Alta incidência de Diabetes Mellitus.
5. Deficiente abastecimento de água potável.
6. Disposição inadequada de resíduos líquidos e sólidos.
7. Más condições de higiene domiciliar;

Todos os problemas têm uma grande importância e a capacidade de enfrentamento é parcial, mas pela urgência deles a equipe da ESF classificou por ordem de prioridade como foi representado acima.

A seleção do problema através das prioridades conclui-se com maior urgência uma intervenção para o problema da Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Descrição do problema

A área de abrangência da unidade de saúde do "Paraná tem uma população de 1118 do sexo masculino e 1038 do sexo feminino, com uma população maior de 15 anos de 1769 habitantes, destes 115 tem diagnóstico de hipertensão e uma percentagem 6,5 % acima de 15 anos.

A mortalidade geral da área tem como principais causas as complicações por afeções cardiovasculares e cerebrovasculares por descompensação ocasionada pelo não controle da Hipertensão Arterial com taxa de mortalidade de 62,5 %.

Explicação do problema

A presença desta doença com uma alta incidência também a nível mundial responde a presença de fatores de risco não identificados pela população como são a ingestão de uma dieta com rica em sal, gorduras, carboidratos, a obesidade, o sedentarismo, alto consumo de álcool, habito de fumar, estresse, o não cumprimento das orientações médicas, não tratamento específico da hipertensão com aparecimento das complicações, não seguimento adequado nas consultas pela equipe de saúde.

Identificação dos "nós críticos" do problema

Baixo nível de conhecimento da população sobre os fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica. Falta de informação sobre a importância de cumprir diariamente com o tratamento médico indicado e assistir a consultas programadas para seguimento da doença. Pobre educação sanitária acerca de dieta saudável e pratica sistemática do exercício físico.

Quadro 10: “Nó – crítico” 1 Baixo nível de informação sobre os fatores de riscos sobre a hipertensão arterial sistêmica.

Nó crítico 1	Baixo nível de conhecimentos sobre os fatores de risco na população alvo
Operação/Projeto	“Saber mais” Aumentar o nível de conhecimento sobre os fatores de risco na população alvo
Resultados Esperados	Aumentar o conhecimento sobre os fatores de risco na população alvo
Produtos	Avaliação do nível de conhecimento da população alvo; Buscar materiais didáticos atualizados; Campanhas educativas na rádio e TV; Capacitação;
Recursos Necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Organizacional: Organizar agenda Político: (articulação Inter setorial), Mobilização social, Conseguir espaço na divulgação local. Financeiro: Aumentar recursos audiovisuais, Folhetos educativos.

Quadro 11: “Nó – crítico” 2 Presenças de hábitos tóxicos, sedentarismo e dieta não saudável na população alvo

Nó crítico 2	Presenças de hábitos tóxicos, sedentarismo e dieta não saudável na população alvo.
Operação/Projeto	“Viver melhor”. Modificar estilo de vida
Resultados Esperados	Diminuir a prevalência da hipertensão arterial.
Produtos	Programas de campanhas educativas na rádio local e TV.
Recursos Necessários	Cognitivo: Conhecimentos sobre estratégias de comunicação Político: (articulação Inter setorial) e Mobilização social

Quadro 12: “Nó – crítico” 3 Baixos níveis de informação sobre importância de cumprir tratamento e assistir a consulta periodicamente.

Nó crítico 3	Baixo nível de informação sobre importância de cumprir tratamento e assistir a consulta periodicamente.
Operação/Projeto	“Cuidar melhor”. Aumentar o nível de informação sobre importância de cumprir tratamento e assistir a consulta periodicamente
Resultados Esperados	Diminuir o número de pacientes que não cumprem tratamento e aumentar o número dos que assistem a consulta programada
Produtos	Avaliação do nível de informação da população alvo; Buscar materiais didáticos atualizados; Campanhas educativas na rádio e TV; Capacitação da população alvo;
Recursos Necessários	Cognitivo: Conhecimentos sobre estratégias de comunicação Organizacional: Organizar agenda Político: (articulação Inter setorial) e Mobilização social Financeiro: Aumentar recursos audiovisuais e Folhetos educativos.

Quadro 13: “Nó – crítico” 4 Pobre educação sobre dieta saudável e prática sistemática do exercício físico.

Nó crítico 4	Pobre educação sobre dieta saudável e prática sistemática do exercício físico.
Operação/Projeto	“Mais saúde” Promover estilos de vida, mais saudável.
Resultados Esperados	Aumentar a educação sobre dieta saudável e prática de exercícios físicos
Produtos	Avaliação do nível de informação da população alvo; Buscar materiais didáticos atualizados; Campanhas educativas na rádio e TV; Capacitação da população alvo;
Recursos Necessários	Cognitivo: Conhecimentos sobre estratégias de comunicação Organizacional: Organizar agenda Político: (articulação Inter setorial) e Mobilização social Financeiro: Aumentar recursos audiovisuais e Folhetos educativos.

Quadro 14: Análise de viabilidade do plano, proposta de ações para a motivação dos atores envolvidos

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Saber mais Aumentar o nível de conhecimentos sobre os fatores de risco na população alvo</p>	<p>Político > (articulação Inter setorial) Conseguir espaço na divulgação local Financeiro > Aumentar recursos áudio visuais Folhetos educativos.</p>	<p>Perfeito municipal Secretario Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde</p>	<p>Favorável Indiferente</p>	
<p>Viver melhor. Modificar estilo de vida</p>	<p>Político > articulação Inter setorial e aprovação dos projetos.</p>	<p>Secretário Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto Apoio das associações</p>
<p>Cuidar melhor. Aumentar o nível de informação sobre importância de cumprir tratamento e assistir a consulta periodicamente</p>	<p>Político (articulação Inter setorial) Mobilização social</p>	<p>Associações de Bairro Secretário de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto Apoio das associações</p>
<p>Mais saúde Promover estilos de vida, mas saudável toda a população.</p>	<p>Político > conseguir o espaço na rádio local; Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>	<p>Perfeito municipal Secretario Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde</p>	<p>Favorável Indiferente</p>	

Quadro 15: Identificação dos recursos críticos

Operação	Projeto
Saber mais.	Político > (articulação Inter setorial) Conseguir espaço na divulgação local Financeiro > Aumentar recursos audiovisuais Folhetos educativos, etc.
Viver melhor.	Político > articulação Inter setorial e aprovação dos projetos.
Cuidar melhor.	Político > (articulação Inter setorial) Mobilização social.
Mais saúde.	Político > conseguir o espaço na rádio local; Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.

Quadro 16: Elaboração do plano operativo “saber mais”.

Operações	“Saber mais” Aumentar o nível de conhecimentos sobre os fatores de risco na população alvo
Resultados	Aumentar os conhecimentos sobre os fatores de risco na população alvo
Ações estratégicas	Realização de Palestras Educativas sobre fatores de risco de hipertensão arterial nas micro-áreas. Reprodução de Material audiovisual sobre hipertensão arterial na sala de espera da UBS. Realizar encostas para avaliação o nível de conhecimentos.
Responsável	Equipe da Unidade de saúde;
Prazo	Permanente

Quadro 17: Elaboração do plano operativo “Viver melhor”.

Operações	Viver melhor. Modificar estilo de vida
Resultados	Diminuir a prevalência da hipertensão arterial.
Ações estratégicas	Realizar encostas para conhecer presença de hábitos tóxicos e dieta não saudável na população alvo; Realizar capacitações sobre influencia dos hábitos tóxicos na saúde; Realizar campanhas educativas; Entregar materiais didáticos atualizados;
Responsável	Equipe da unidade de saúde
Prazo	2 meses para o início das atividades.

Quadro 18: Elaboração do plano operativo “Cuidar melhor”.

Operações	Cuidar melhor. Aumentar o nível de informação sobre importância de cumprir tratamento e assistir a consulta periodicamente
Resultados	Diminuir o número de pacientes que não cumprem tratamento e aumentar o número dos que assistem a consulta programada
Ações estratégicas	Programas de campanhas educativas.
Responsável	Equipe da unidade de saúde;
Prazo	Permanente

Quadro 19: Elaboração do plano operativo “Mais saúde”.

Operações	“Mais saúde” Promover estilos de vida, mas saudável toda a população.
Resultados	Aumentar a educação sobre dieta saudável e pratica de exercícios físicos
Ações estratégicas	Realizar encostas para avaliação o nível de informação da população; Entregar materiais didáticos atualizados ; Realizar campanhas educativas na rádio e TV; Realizar capacitação da população;
Responsável	Equipe da unidade de saúde;
Prazo	2 meses para o início das atividades.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho demonstrou a importância de cumprir com as etapas fundamentais no processo de planejamento em saúde (diagnóstico da situação de saúde, identificação dos problemas, priorização dos problemas e elaborar um plano de ações; que permitem aos profissionais da saúde melhorar o atendimento da população brindando recursos para a obtenção dos fins.

REFERÊNCIAS

ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil. Perfil Epidemiológico, Girau do Ponciano, AL, 2013. Disponível em < <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 01 de out. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM – PROTOCOLO**. Cadernos de Atenção Básica nº7. Brasília, D.F.2001, 96-p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Brasília **Perfil Municipal**. Brasília, 2013..Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br> > Acesso:12 Set. 2015.

CAMPOS F.C.C.; FARIA H.P.; SANTOS M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p. Disponível: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 09 Nov. 2015.

DATASUS, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF> Data de acesso: 20 Nov. 2015.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2012.

NOBRE, F. et al., **Hipertensão arterial sistêmica primária**. Medicina (Ribeirão Preto) 2013;46(3): 256-72. Disponível em: < http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EA%20prim%E1ria.pdf>. Acesso em: 06 de Mar. 2016.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev.latinoam.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, janeiro 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919>>. Acesso em 06 Mar. 2016.

SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Rev. bras. hipert.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 69 p., 2010. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes_final.pdf>. Acesso em: 06 Nov.2015.