

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Danovish Legra Romero

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: COMPORTAMENTO DA HIPERTENSÃO NO
MUNICÍPIO DE CAMPESTRE**

Maceió - Alagoas

2015

DANOVISH LEGRA ROMERO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: COMPORTAMENTO DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA EM NO MUNICÍPIO DE CAMPESTRE /AL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Profa Dra Selme Silqueira de Matos

Maceió - Alagoas

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos vinte um dias do mês de novembro de quinze, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Estratégia Saúde da Família - (CEESF) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **Danovish Legra Romero** "PROJETO DE INTERVENÇÃO: COMPORTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM NO MUNICÍPIO DE CAMPESTRE /AL", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelos professores: Dra. SELME SILQUEIRA DE MATOS e Dra. FLÁVIA CASASANTA MARINI O TCC foi aprovado com a nota 88.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia vinte um de novembro do ano de dois mil e quinze e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 16 de novembro de 2022.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização Em Estratégia Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 25/11/2022, às 11:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1898998** e o código CRC **C82385D8**.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Maria Romero Sanchez e Williams Legra Reyes pela compreensão e apoio em todos os momentos de minha vida, por ser fonte constante de amor e estímulo.

AGRADECIMENTOS

A Deus por tudo!

À professora orientadora: Dra Selme Silqueira de Matos por sua dedicação e contribuição no trabalho.

À Profa.Dra Flávia Casasanta Marini pelas contribuições apresentadas.

A toda equipe da UBS de Campestre, a os pacientes de minha área de abrangência por permitir-me o estudo e realização desse trabalho de fundamental importância na minha formação.

À Universidade Federal de Minas Gerais e a todos os professores que fizeram parte da minha formação.

A todos muito obrigado.

A felicidade e a saúde são incompatíveis com a ociosidade.

Aristóteles

Nada beneficiará tanto a saúde humana e aumentará as chances de sobrevivência da vida na terra quanto a evolução para uma dieta vegetariana. A ordem de vida vegetariana, por seus efeitos físicos, influenciará o temperamento dos homens de uma tal maneira que melhorará em muito o destino da humanidade.

Albert Einstein

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica que envolve o aumento da pressão do sangue nas artérias. É uma doença multivariada, imperceptível nos estágios iniciais, na maioria das vezes progressiva e sempre perigosa, por isso, requer diagnóstico precoce e tratamento adequado. Os fatores etiológicos se encontram principalmente na existência de estilos de vida inadequados na comunidade em geral, e desde que sejam controlados, é possível reduzir o seu impacto. O objetivo deste projeto de intervenção foi a realização de uma estratégia educacional, visando diminuir hábitos e estilos de vida negativos na comunidade assistida. Esses dados foram utilizados, juntamente com revisão de literatura feita sobre o tema, na construção de uma proposta de intervenção, conforme proposta de Campos, Faria e Santos (2010), identificando e priorizando problemas, construindo propostas para o enfrentamento de tais situações.

Palavras chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Saúde Pública; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease that involves increasing the blood pressure in the arteries, is a multivariate disease, unnoticeable in the early stages, most often progressive and always dangerous, therefore, requires early diagnosis and appropriate treatment. The etiological factors are mainly the existence of inappropriate lifestyles in the community as a whole, and provided that they are controlled, you can reduce your impact. The goal of this intervention project was an educational strategy, using data to decrease negative habits and lifestyles in the community. These data were used, along with review of literature on the subject, in the construction of a proposed intervention. As proposed, would be in CAMPOS, FÁRRIA, SANTOS (2010), identifying and prioritizing problems, building proposals for coping with such situations.

Key Words: Hypertension; Public Health; Health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia de Saúde da Família
FPM	Fundo de participação dos municípios
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ISSQN	Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA.....	19
3. OBJETIVOS	20
4 - METODOLOGIA.....	21
5.REVISÃO DE LITERATURA.	22
6 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
8 - REFERÊNCIAS	30

1 - INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa grave problema de saúde no Brasil, não só pela elevada prevalência, de cerca de 20% da população adulta como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal .SILVA ET AL(2004)

Campestre é um município localizado na região nordeste de Alagoas e fica cerca de 125 km da capital do estado. A população é de 6598 habitantes segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2014 que ocupam uma área de 66,39km² com uma densidade populacional de 120,16 hab./km².

O município tem atualmente como prefeito o Sr. Amaro Gilvan de Carvalho, como secretário municipal de saúde o Sr. Rildo Bezerra e como coordenadora da atenção básica Sra. Maria Eulina da Silva. **1.1 Histórico e descrição do município**

A cidade de campestre esta localizada em na região nordeste de alagoas, situada ao norte de Xexéu ao sul- oeste do município de Água Preta e ao este de Jundiá.

Os registros históricos do município de Campestre estão ligados ao município de Jundiá, de quem foi povoado desmembrado.O nome do povoado se originou dos verdejantes campos existentes em meados do século XVIII entre os morros que circundavam toda a região, a princípio com poucas casas. O povoado se estabeleceu e fortaleceu com a instalação das atividades industriais da Usina Santa Terezinha, que em seus tempos áureos foi considerada a maior ou segunda maior produtora de açúcar do Estado de Pernambuco (atualmente desativada).

Na administração de José Ribeiro Caminha, em Jundiá, ocorreu o processo de desapropriação das terras que serviram de embrião para começar a delinear o futuro município de Campestre, facilitando assim o crescimento urbano com a

desapropriação das terras antes pertencentes à Usina Santa Terezinha, representada por seu Titular José Pessoa de Queiroz, o conhecido Coronel Pessoa de Queiroz, o popular Zezé Ribeiro como carinhosamente era chamado deu início a grande transformação socioeconômica e cultural de Campestre, começou fazendo assim o desmembramento das terras e a doação de terrenos para a construção de casas e também para a escrituração das já construídas, também fizeram parte do processo evolutivo do povoado Domingos Barreto da Silva e Antonio Sijames Granja.

O Padre Francisco Gerardi esteve à frente da construção da primeira igreja, em 1926, erguida em homenagem a São José.

Pois bem, a luta pela emancipação começou na década de 80 no ano de 1987, encampada inicialmente pelo então prefeito a época no município de Jundiá o Sr. Gervásio de Oliveira Lins. Porém mais tarde já no mandato do Sr. Luciano Rufino da Silva, fora feito o plebiscito popular e o povo sagrou a decisão de tornar-se independente, livre, tornar-se um município, com todas as suas prerrogativas constitucionais e de direito.

No ano de 1988, foi aprovado na Câmara de Vereadores o projeto de lei fazendo menção ao desmembramento/separação entre Jundiá e seu distrito Campestre, ainda em 1988, na Assembleia Estadual dos Deputados de Alagoas, o Deputado Estadual Sr. José Medeiros assumiu a responsabilidade e se imbuíu do compromisso de atender as reivindicações feitas através do Ex-Prefeito Gervásio, sendo assim assumindo o movimento pró Campestre, apresentou o Projeto desmembrando Campestre de Jundiá tornando-o assim um município, uma cidade, determinando os seus limites geográficos e tudo aquilo que comporia o território do novo e recém-criado município de Campestre, que sem nenhuma dificuldade foi aprovado na Câmara dos Deputados.

Seguindo a tramitação legal e cumprindo os prazos determinados, o projeto ora aprovado necessitando apenas da aceitação e assinatura do Executivo Estadual o então governador na época Geraldo Bulhões, sancionou a **Lei Estadual nº 5.641 de 25 de Novembro de 1994**, que concedeu autonomia administrativa a Campestre, tornado-a o 101 município do Estado de Alagoas.

1.2 - Aspectos demográficos

Tabela 1 – População Residente por faixa etária do Município de

Campestre/AL, 2010

Faixa Etária	Total
Menor 1	77
1 a 4	283
5 a 9	649
10 a 19	1.460
20 a 49	2.874
50 a 59	453
60 +	688
Ignorada	-
Total	6.484

Fonte: **Censo demográfico IBGE**

Entre 2000 e 2010, a população de Campestre teve uma média de crescimento anual de 0,59%; na década anterior de 1991 a 2000, a taxa média foi de -2,97%.

Densidade demográfica: 120,16 hab./km²

1.3 - Aspectos socioeconômicos

A população de Campestre vive, basicamente, da agricultura que plantam cana de açúcar, que acontece em propriedades rurais e também do comércio local, distribuídos de estabelecimentos comerciais. O município não dispõe de indústrias.

1.4 - Índice de desenvolvimento humano

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Campestre é 0,559, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,192), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,107), seguida por Longevidade e por Renda.

1.5 - Saneamento básico

A estrutura de saneamento básico no município deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário. O município apresenta muita concentração de água em tempos de chuva por apresentar suas tubulações de escoamento de água em mal estado. Possui um rio onde é depositada grande quantidade de lixo, podendo desencadear uma epidemia de leptospirose, constituindo risco à população, principalmente em alguns períodos chuvosos e secos, já que muitas pessoas tomam banho no rio. Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água poço, públicas ou nascentes.

Das famílias cadastradas, 1.222 tem seu abastecimento de água feito através da rede pública, 474 são abastecidas por poços ou nascentes, e apenas 59 famílias tem outro tipo de abastecimento. Como mostra a tabela abaixo.

Tratamento da água

Com relação ao tratamento de água em domicílio 6,9% das famílias filtram a água, 74,2% fazem cloração (uso de hipoclorito), 7,3% fervem a água antes de usá-la e 4,1% das famílias não fazem nenhum tipo de tratamento.

Tabela 2 – Número de residências por tipo de tratamento de água em domicílio

Tratamiento da agua	Nº de familias
Filtrada	173
Fervida	197
Clorada	1.262
Sem tratamento	114

Fonte: **Censo demográfico IBGE**

Com relação ao lixo 1.444 dessas famílias são assistidas pela coleta pública de lixo, 130 famílias queimam ou enterram o lixo e 171 famílias deixa o lixo a céu aberto.

É importante ressaltar que o lixo das Unidades Básicas de Saúde é incinerado.

1.6 - Educação

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

Taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos: 32,64%

Crianças em idade escolar fora da escola: 4,48%

Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) – 2010: 3,1%

1.7 - Recursos da comunidade

O município conta com quatro escolas, uma creche, 9 igrejas evangélicas e 1 católica, dois ginásios poliesportivo, uma praça, vários comércios. Serviços existentes de luz elétrica , água, telefonia, correios.

2.1.7 - Sistema municipal de saúde

Cerca de 90% da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com uma Unidade de Saúde Mista e duas Unidades de Saúde da Família, todas localizadas no Centro da cidade.

1.8 - Recursos da Saúde

Tabela 3 - Transferências fundo a fundo

Bloco	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	33.606,93	0,00	33.606,93
ATENÇÃO BÁSICA	651.015,97	0,00	651.015,97
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	91.286,37	2.240,15	89.046,22
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	62.455,85	0,00	62.455,85
Total Geral:	838.365,12	2.240,15	836.124,97

Fonte: **Censo demográfico 2010 IBGE**

1.9 - Atividades desenvolvidas

No centro de saúde da cidade é realizado atendimento de urgência e primeiros socorros, contam com 15 pessoas, sendo 2 médicos atuando 20 horas cada, 1 enfermeiro 20horas,10 técnica de enfermagem 40horas, 1 recepcionista 40 horas,2 dentista 20 horas, 2 Auxiliar de dentista 40 horas e 4 auxiliar serviços gerais. Localiza- se também no centro de saúde de urgências uma Farmácia Popular.

O município conta com duas ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade e um carro para TFD (tratamento fora do domicilio). Possui em funcionamento, um Conselho Municipal de Saúde. O município disponibiliza uma ajuda de custo em reais e também de transportes para os pacientes que precisam de atendimento fora da cidade.

1.10 - Unidade da Saúde da família

A USF foi implantada em 2005 ainda nao tem uma sede própria e funciona de segunda a sexta de 7horas a 16horas.. A região correspondente a área de

abrangência da Equipe de Saúde da Família, tem relevo plano e montanhoso com a maioria das ruas pavimentadas.

1.11 - Recursos humanos

A USF possui uma equipe composta por:

- Adriana Ferreira de Almeida, 31 anos, solteira, contratada, realiza 40 horas semanais, 3 grau, há 4 anos atuando no município.
- Valterlon Lorenzo da Silva, 31 anos, solteiro, concursado, realiza 40 horas semanais, 2 grau, há 9 anos de trabalho., agente de saúde.
- Maria Das Gracas da Silva, 45 anos, solteira, concursada, realiza 40 horas semanais, 2 grau, há 12 anos de trabalho., agente de saúde.
- Joseane Maria da Silva, 38 anos, solteira, contratada, 2 grau, realiza 40 horas semanais, há 12 anos de trabalho, técnico de enfermagem.
- Adeilda Maria Luiz da Silva, 38 anos, concursada, 2 grau, casada, 9 anos de trabalho, 40 horas semanais., agente de saúde.
- Pâmila Gleina da Silva, 26 anos, 2 grau, contratada, casada, 5 anos de trabalho, 40 horas semanais., agente de saúde.
- Alexandra Souza da Silva, 28 anos, solteira, concursada, 40 horas semanais, 9 anos de trabalho, agente de saúde.
- Joseani Maria da Silva, 27 anos, casada, 2 grau, recepcionista, 40 horas semanais, 9 anos de trabalho.
- Leceani Maria dos Santos, agente de saúde, 38 anos, solteira, efetivada, 2 grau, 40 horas semanais, 14 anos de trabalho.
- Angela Maria dos Santos, 30 anos, casada, 2 grau, concursada, 9 anos de trabalho, 40 horas semanais, agente de saúde.
- Quitéria Alexandra da Silva, 27 anos, solteira, concursada, 2 grau, 9 anos de trabalho, agente de saúde, 40 horas semanais.
- Elizabeth Bilasa Pimentel, 51 anos, solteira, concursada, 2 grau, 17 anos de trabalho, 40 horas semanais. auxiliar de limpeza.
- Dr. Danovish Legra Romero, 30 anos, solteiro, 40 horas semanais

1.12 - Produção da equipe de saúde

Durante o ano de 2013, foram realizadas mais 1624 consultas médicas, com média mensal de 228 consultas; 162 atendimentos individuais de enfermeiro; 84 curativos; 78 injeções; atendimentos 102 de pré-natal (médico e enfermeiro).

1.13 - Área Física

A USF está situada no centro da cidade de Campestre. A USF funciona há nove anos em um local adaptado. A estrutura definitiva está sendo construída. Recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem. Além da estrutura física, também está equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe.

1.14 - Aspectos Epidemiológicos

Tabela 4 - Morbidade referida no Município de Campestre-AL, 2013

Morbidade Referida	Notificações
Diabetes	120

Com este trabalho poderemos avaliar a situação da doença na área de abrangência, assim obtendo os números de casos, podendo estender a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de todos os casos presentes em toda comunidade.

Assim espera-se que o nível de adesão aumente de forma organizada para um atendimento prestado por uma equipe multidisciplinar. A luta para manter-se a adesão dos pacientes ao tratamento HAS é um grande desafio para o país, bem como para os profissionais de saúde, uma vez que depende da implementação de programas multidisciplinares em todos os níveis de atenção aos hipertensos, para que as intervenções sejam mais eficazes e satisfatórias, se aperfeiçoando com o passar do tempo.

Espera-se ainda que esse plano de intervenção seja motivo de reflexão entre os membros da equipe de saúde e dos gestores da área de abrangência.

Hipertensão	480
Alcoolismo	01
Tuberculose	01
Hanseníase	00
Epilepsia	00
Deficiência	14
Doenças de Chagas	00
Dengue	05
Hepatites Virais	00

Segundo os dados do SIAB o município tinha cadastrado no final de 2013, 480 portadores de hipertensão arterial, 120 portadores de diabetes, 01 portador de tuberculose. O município registrou no ano de 2013, 5 casos de dengue.

1.15 - Plano de Ação

O tema que escolhemos para ser abordado é a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

2. JUSTIFICATIVA

Ao definir as prioridades a equipe levou em conta a importância do problema e capacidade para enfrentá-lo. Considerou a alta prevalência de HAS na comunidade, como o principal devido a fator de risco para as complicações mais comuns deste transtorno não diagnosticado como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a falta adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam uma alta prevalência no controle da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acessos a medicamentos.

Por isso é necessário fazer ações imediatas e montar um planejamento adequado e um plano de ação para pesquisa, diagnóstico e tratamento assim como ações para prevenir esta doença.

Resulta um fato que as atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde constituem uma forma de desenvolver na população a responsabilidade com sua saúde como pessoa e ainda com a saúde coletiva, por tal motivo fortalecer as mesmas no tema HAS deve ser um dos objetivos do trabalho da equipe de saúde família.

3. OBJETIVOS

3.1 - Objetivo Geral:

-Elaborar um Projeto Intervenção sobre o comportamento da hipertensão no município de Campestre, visando o aumento da adesão ao tratamento de hipertensão.

3.2 - Objetivos específicos:

-Aprimorar os conhecimentos dos pacientes diagnosticados sobre a doença e suas complicações

-Capacitar a equipe de saúde e a população sobre o tema HAS.

4 - METODOLOGIA

Para elaboração do projeto de intervenção será utilizado o Método do planejamento estratégico situacional PES e uma revisão de literatura.

Os dados foram coletados no site da BVS nas bases LILACS, MEDLINE e SCIELO.,utilizando os descritores hipertensão arterial, estratégia saúde da família e saúde do adulto.

O presente trabalho foi realizado no ano de 2014 com pacientes pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica Primária de Saúde (UBPS), município Campestre, Alagoas.

Depois de discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência foi identificado os principais problemas de saúde, priorizando os mesmos segundo a importância do problema e a capacidade para enfrentá-los. Em seguida foi escolhido o mais relevante, sendo caracterizado o mesmo e determinadas as causas, precisando as que deviam ser enfrentadas: nível de informação, hábitos e estilos de vida inadequados, baixa cobertura de medicamento do programa Hiperdia no PSF e na redes de farmácia.

5. REVISÃO DE LITERATURA.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais agravos à saúde no Brasil. Eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que acarreta, como as doenças cerebrovascular, arterial coronariana e vascular de extremidades, além da insuficiência cardíaca e da insuficiência renal crônica. (CFM, 2002)

A hipertensão arterial sistêmica pode ser definida como o aumento da pressão arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg ou mais e de pressão arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg ou mais em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação antihipertensiva, tendo sido esses valores encontrados em pelo menos duas aferições, realizadas na mesma ocasião ou em momentos próximos. É então considerada uma síndrome caracterizada por níveis pressóricos elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, podendo causar lesões em órgãos e tecidos (JESUS, 1995).

A (HAS) é um problema grave de Saúde pública no Brasil e no mundo, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações. (BRASIL, 2006).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em outras análises realizadas encontra-se como fatores de risco modificável por a intervenção de os profissionais de a ESF a idade, peso obesidade, sedentarismo, ingestão de álcool, tabaco e hábitos alimentares. Fatores genéticos, gênero etnia e fatores socioeconômicos. CIPULLO (2010).

Os diversos programas existentes no Brasil para a assistência das pessoas com HAS têm como finalidade promover a conscientização da necessidade de mudanças de hábitos considerados nocivos. Assim, o processo educativo em saúde precisa contribuir para a valorização da mudança de estilo de vida do indivíduo hipertenso.

Em 2001, o governo federal lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus com o propósito de vincular as pessoas

com esses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, por meio da capacitação dos profissionais e da reorganização dos serviços. O objetivo geral desse plano foi estabelecer diretrizes e metas para a reorganização da atenção às pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus no Sistema Único de Saúde (BRASIL,2006).

De acordo com os Arquivos Brasileiro de Cardiologia-ABC(2005),os hábitos saudáveis de vida propiciam uma queda de valores pressóricos, e conseqüentemente, na diminuição do risco para eventos cardiovasculares e para síndrome metabólica. Contudo pode-se vivenciar uma prática profissional que valorize sobremaneira o tratamento farmacológico, repercutindo em não adesão às mudanças de estilo de vida e comprometendo o controle pressórico.

6 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Todo método de planejamento apresenta etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas. Esses passos devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final para cada problema diagnosticado em um território deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010)

Portanto, após discussão com a equipe de saúde, a análise situacional da área de abrangência, é necessário que realize a construção do plano de ação, seguindo passo a passo conforme descrito abaixo (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

6.1 - Desenhos das operações

6.1.1 - Identificação dos recursos críticos.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. São aquelas nas quais o ator não controla, previamente, os recursos necessários para alcançar seus objetivos. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais:

- quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano;
- quais recursos cada um desses atores controla;

- qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

6.1.2 - Operações/Projetos

Para confirmar a viabilidade do plano determinaram-se os recursos necessários para o enfrentamento da alta prevalência de HAS, os mesmos aparecem a seguir.

Quadro 2: Operação/Projeto na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, município Campestre , Alagoas, 2013.

<p>Saiba mais sobre HAS e riscos cardiovasculares</p>	<p>Político - conseguir o espaço de difusão por automóveis falantes e rádio local.</p> <p>Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, tenda para a realização de uma palestra, data show, ornamentação da tenda com mesas e cadeiras, equipamento de som.</p>
<p>Modificar hábitos e estilos de vida</p>	<p>Político – local para exercícios, mobilização social Intersetorial. Conseguir o espaço na rádio local.</p> <p>Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.</p>
<p>Adequar o fornecimento de medicamentos na rede de saúde</p>	<p>Político – articulação intersetoriais para aquisição de fármacos de alto custo e dos programas.</p> <p>Financeiros – Previsão e aquisição de medicamentos.</p>

A análise de viabilidade do plano foi realizada tendo em conta o ator que controla os recursos críticos em cada caso e se planejaram estratégias para aumentar a motivação dos mesmos.

Quadro 2: Proposta de ações para a motivação dos atores para a Unidade Básica de Saúde, município Campestre , 2013, Alagoas.

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ação Estratégica.
		Ator que controla	Motivação	
Saiba mais de Hipertensão Arterial e os riscos cardiovasculares	Político: conseguir o espaço de difusão por automóveis falantes. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais,	Setor de comunicação social Secretário de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar projeto Apoio das associações Apresentar projeto Apoio das associações
	folhetos educativos.			
Modificar hábitos e estilos de vida	Político: local para exercícios, mobilização social Intersetorial. Conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Setor de comunicação social. Secretário de saúde.	Indiferente Indiferente	Apresentar projeto Apoio das associações Apresentar projeto Apoio das associações
Adequar o fornecimento de medicamentos na rede de saúde	Políticos: articulação intersetoriais para aquisição de fármacos de alto custo e dos programas. Financeiros: Previsão e aquisição de medicamentos.	Secretário Municipal de Saúde. Prefeitura.	Indiferente Indiferente	Apresentar projeto Apoio das associações Apresentar projeto Apoio das associações

6.1.3 - Elaboração do plano operativo

Depois da proposta de atividades que foram descritas foi enriquecido o plano de ação inicial até conformar o definitivo de tal forma que garanta a capacitação da equipe de saúde e da população.

A UBS , em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o Quadro a seguir.

Quadro 3: Plano Operativo, Unidade Básica de Saúde , município Campestre, Alagoas, 2013.

Operações	Resultados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Saiba mais de Hipertensão Arterial e os riscos cardiovasculares	Elevar os conhecimentos sobre a doença e os riscos cardiovasculares	Realização de Palestras sobre hipertensão e os riscos cardiovasculares em cada micro área Reprodução de Material audiovisual sobre hipertensão na sala de espera da UBS	Enfermeira do ESF. Medico	Início seis meses Início dois meses
Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir o número de tabaquistas e obesos, Incentivar a pratica de exercícios.	Programa caminhada saudável. Palestras sobre alimentação saudável. Programa merenda saudável. Palestras sobre efeitos nocivos do tabaco.	Medico do ESF Enfermeira	Início em seis meses Dois meses Três meses Dois meses

Adequar o fornecimento de medicamentos na rede de saúde	Oferecer quantidade adequada de medicamentos aos usuários e comunidade	Programa de controle de medicamentos patrocinados na rede. Capacitar os profissionais da farmácia quanto ao acompanhamento dos usuários cadastrados no programa Hiperdia Solicitar a compra de medicamentos anti-hipertensivos em quantidade suficiente. Abastecimento semanal de medicamentos aos EFS	Secretário de saúde. Prefeitura	Início em três meses Início em dois meses Início em um mês Início em
				um mês

6.1.4 - Discussão

A Busca ativa nas comunidades ocorreu conforme calendário previamente discutido com a Equipe de Saúde, e apresentado na Secretaria de Saúde do Município. Os dados apresentados foram de 100% dos casos detectados de HAS. Nesse sentido podemos considerar que a doença na Unidade apresenta alta gravidade;

As atividades de Educação em Saúde para a prevenção e o tratamento da doença e a intervenção medicamentosa, promoveram uma redução quantitativa da doença. Esse resultado só ocorreu devido ao sincronismo das ações e ao trabalho em equipe que permitem que os números fossem efetivamente diagnosticados, tratados e controlados.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O monitoramento e avaliação do plano de ação ocorrerão por meio de uma planilha de acompanhamento das ações propostas, bem como, por meio da avaliação do indicador “percentual de pacientes controlados com HAS”.

8 - REFERÊNCIAS

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Perfil do Município De Campestre. Alagoas, p. 1-14, janeiro. 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretário da atenção à saúde. Departamento de. Atenção básica. Caderno da atenção Básica. Nº 15 séries A. Normas e manuais técnicos. Hipertensão Arterial Sistêmica 7p Brasília DF 2006.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

Censo Populacional 2010. Censo Populacional 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (29 de novembro de 2010). Página visitada em 14 de março de 2014.

Cipullo, José Paulo, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. vol.94. nº4, São Paulo, abr.2010.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

RIVERA, F.J.U. (Org.) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Hucitec, 1989.

SILVA, Jorge Luis Lima; SOUZA, Solange Lourdes de - **Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente**. *Revista Eletrônica*

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA HIPERTENSÃO ARTERIAL – ABORDAGEM GERAL Elaboração final:

3 de fevereiro de 2002 Autoria: Mion Jr D, Machado CA, Gomes MAM, Nobre F, Kohlmann Jr O, Amodeo C, Praxedes JN, Pascoal I, Magalhães LC *de Enfermagem*, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br

Arq. Bras. Cardiol. | Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica vol.84 suppl.1 São Paulo Apr. 2005 <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005000700001>