

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

DAISY PITA PEREZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE DE EMPOEIRAS
MUNICÍPIO PAO DE AÇÚCAR – ALAGOAS, 2016.**

MACEIÓ - ALAGOAS

2016

DAISY PITA PEREZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE DE EMPOIRAS
MUNICÍPIO PAO DE AÇÚCAR – ALAGOAS, 2016.**

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

Orientadora: Professora. Ana Renata Lima Leandro.

MACEIÓ – ALAGOAS

2016

DAISY PITA PEREZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDENCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE DE EMPOIRAS
MUNICIPIO PAO DE AÇÚCAR – ALAGOAS, 2016**

Banca Examinadora

Professora: Ana Renata Lima Leandro. (orientadora)

Professora: _____ (Examinador)

Aprovada em Belo Horizonte, em _____ de 2016

DEDICATÓRIA

Agradeço primeiramente a meu pai, que já não está presente, mas é a quem devo tudo que sou e foi sempre um exemplo para mim. Pois sem seu exemplo não estaria vencendo mais essa etapa em minha vida.

A minha filha Anicet, que é meu único e grande amor.

A Amélia, esse ser especial a quem devo minha vida, quem me motiva para não desistir ante qualquer adversidade.

AGRADECIMENTOS

A toda equipe de Saúde do ESF Área VII Povoado EMPOEIRAS, aos pacientes de minha área de saúde por permitir-me o estudo e realização deste trabalho.

A minha primeira tutora do curso Professora Quitéria do Nascimento por toda sua ajuda, compreensão, dedicação apoio incondicional.

A minha Professora Orientadora Ana Renata Lima Leandro por sua ajuda e apoio integral.

Aos meus colegas que estiveram sempre apoiando-me nos momentos difíceis

A meu amigo Cícero Marsiglia quem dedicou um tempo para ajudar a formatação final do trabalho.

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

A Deus por tudo.

Muito obrigada!

*O melhor médico é aquele que mais esperança infunde.
(Samuel Taylor Coleridge)*

*Tuas forças naturais, as que estão dentro de ti, serão as
que curarão as suas doenças. (Hipócrates)*

*Sempre, aconteça o que acontecer, o médico, por estar
tão próximo ao paciente, por conhecer tanto o mais
profundo de sua psique, por ser a imagem daquele que se
acerca da dor e a mitiga, tem uma tarefa muito
importante, de muita responsabilidade
(Che Guevara)*

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Dessa maneira é importante repensar essa problemática vivenciada pela sociedade atual, sendo um dos mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde em nosso país. O principal objetivo do presente estudo foi o desenvolvimento de um plano de intervenção para reduzir a incidência da Hipertensão arterial pertencente à Área 007 do Município Pão de Açúcar Alagoas. A prevenção e controle da doença, servindo como uma alerta para mudança de comportamento e para a qualidade da própria vida dos pacientes. Apresentamos uma revisão bibliográfica e análise de evidências científicas sobre hipertensão arterial sistêmica, observando os principais fatores do risco encontrados entre os pacientes com Hipertensão Arterial de nossa área de abrangência, bem como ações de saúde junto aos hipertensos, considerando a singularidade de cada um. Esperamos que a partir do estudo possamos compreender um pouco mais sobre a complexidade desta doença em seu contexto, refletindo sobre ações e estratégias que possa minimizar esse problema.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de riscos associados. Atenção Primária a Saúde

ABSTRACT

The Hypertension is a serious public health problem in Brazil and the world, one of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. Thus it is important to rethink the problems experienced by today's society, one of the most important problems faced by professionals working in the primary health care in our country. The main objective of this study was to develop an action plan to reduce the incidence of hypertension belonging 007 Area of Municipality Sugarloaf Alagoas. The prevention and control of disease, serving as an alert to changes in behavior and the quality of life of patients. We present a literature review and analysis of scientific evidence on hypertension, observing the main factors of risk found among patients with Hypertension our coverage area as well as health actions with hypertension, considering the uniqueness of each. We expect from the study can understand a little more about the complexity of this disease in its context, reflecting on actions and strategies that can minimize this problem.

Keywords: Hypertension. Factors associated risks. Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
OMS	Organização Mundial de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
DM	Diabetes Mellitus
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
SUS	Sistema Único de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
ASF	Agentes de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População rural de Pão de Açúcar. 2014.....	18
Tabela 2: População urbana de Pão de Açúcar. 2014.....	18
Tabela 3: População total de Pão de Açúcar. 2014.....	18
Tabela 4: Níveis de alfabetização da ESF IV. Pão de Açúcar. 2014.....	20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descritores do problema selecionado na área de abrangência da ESF VII Empoeiras. Município Pão de Açúcar. 2014.....	22
Quadro 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade ESF VII. Pão de Açúcar. 2014.	23
Quadro 3: Operações sobre o nó crítico relacionado com a prevenção da HAS na Comunidade da ESF VII, Pão de Açúcar. 2014.....	36
Quadro 4: Operação/Projeto na ESF VII, Pão de Açúcar. 2014.....	37
Quadro 5: Proposta de ações para a motivação dos atores para na ESF VII, Pão de Açúcar .2014	38
Quadro 6: Plano Operativo, na ESF VII, Pão de Açúcar. 2014.....	40
Quadro 7: Acompanhamento do plano da ação	41

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. JUSTIFICATIVA.....	25
3. OBJETIVOS.....	27.
4. METODOLOGIA.....	28
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	29
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	35
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

A pressão arterial elevada (também conhecida como Hipertensão Arterial Sistêmica, HAS) é uma das condições mais comuns que afetam a saúde dos indivíduos e populações em todas as partes do mundo (DAMASCENO, F.F.2010) Representa, por si só, uma doença e um fator de risco importante para o desencadeamento de outras condições clínicas, como insuficiência cardíaca, doença isquêmica do coração, insuficiência renal, doença vascular cerebral e retinopatia (BRASIL, Ministério da Saúde.2001). Para garantir uma adequada promoção da saúde, a prevenção de complicações e o controle adequado da HAS nos pacientes constituem uma contribuição significativa para a redução da morbidade e mortalidade.

De acordo com dados obtidos pela Organização Mundial da Saúde, as doenças cardiovasculares e as complicações oriundas da HAS devem ser consideradas como um problema de saúde de abordagem prioritária, devido ao enorme impacto social e econômico que apresenta. Isto é ainda mais evidente quando se considera o número considerável de pacientes acometidos e que recorrem à equipe de saúde com complicações e danos associados (DEWULF ET. AL, 2006).

Por esse motivo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) pretende intensificar e desenvolver estratégias e ferramentas para facilitar a detecção precoce da HAS, bem como o seu controle permanente e a expansão do nível de conhecimento da população enquanto a patologia, fatores de risco e impactos causados pelo HAS (JESUS, E.S. et. al.2011).

A prevalência dos casos está cada vez mais alta, associado a padrões alimentares inadequados, diminuição na realização de atividade física e aspectos comportamentais tóxicos. No mundo estima-se que cerca de 691 milhões de pessoas sofrem de HAS (MINAS GERAIS. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes, 2006).

Nesta condição, o aumento do consumo de alimentos enlatados, rico em sódio, também está associado aos casos de HAS. Além disso, existem outros predisponentes, incluindo obesidade, Diabetes Mellitus, sedentarismo, ingestão de

álcool, tabagismo e dietas ricas em gorduras (Hiperlipidêmias), que corroboram a alta prevalência dos casos (PIERIN, A. M. G. et. al. ROSENFELD, S.2003).

Diante de toda a revisão etiológica, fisiopatológica e clínica, é importante enfatizar que os programas de prevenção são fundamentais para controlar a HAS. Muitos países tentam reduzir a mortalidade e a morbidade causada pela hipertensão, através da modificação dos fatores de risco. É consenso que as intervenções devem ser focadas nos diversos fatores de risco, utilizando a prática da educação em saúde na população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA.2011). Não há dúvida que o sucesso na redução da incidência da HAS está no enfoque dos fatores de risco e na maior participação da população neste processo (ZAITUNE, M. P.A et al.2010).

A prevenção da hipertensão é mais eficaz que o seu tratamento. A percepção adequada da gravidade que se constituem os casos HAS requer a execução de intervenções na população, com medidas de educação e promoção de saúde – enfatizando as práticas profiláticas. A abordagem individual é necessária para detectar e controlar os casos de HAS, com medidas específicas dos serviços de saúde focalizando nos indivíduos que estão expostos a um ou mais fatores de risco (IBGE, 2013).

Para realizar ações de saúde eficientes, é necessário que o paciente deixe a posição de objeto e torna-se sujeito de sua própria saúde. Não é apenas informar os indivíduos, mas convencê-los a se tornar sujeito ativo no seu próprio tratamento. Este consistirá o foco deste projeto de intervenção, que tem como meta promover a prática de educação em saúde na população-alvo.

1.1MUNICÍPIO DE PÃO DE AÇÚCAR

1.1.1IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Nome: Pão de Açúcar.

Localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes: O município de Pão de Açúcar está localizado na região centro-oeste do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com os municípios de São José da

Tapera e Monteirópolis, a leste com Palestina e Belo Monte, a sul com o rio São Francisco/SE e a oeste com Piranhas. A área municipal ocupa 659,12 km (2,37% de AL), inserida na mesorregião do Sertão Alagoano e na microrregião de Santana do Ipanema. O acesso a partir de Maceió é feito através das rodovias pavimentadas BR-316, BR-101, AL- 220 e AL-130, com percurso em torno de 239 km.

1.1.2 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

A cidade de Pão de açúcar surgiu com a doação de uma vasta quantidade de terras do [D. João VI](#) aos [índios](#) Urumaris, às margens do [rio São Francisco](#). Muitos reflexos da lua nas águas do rio que deram o primeiro nome à cidade, "Jacibá", "Espelho da Lua" em [guarani](#). Outra tribo, a dos Chocós, que habitavam a ilha de São Pedro invadiu o lugar e expulsaram os Urumaris. Na mudança para o outro lado rio, também chamaram a cidade nova de Jacibá.

A região, através de uma carta de [sesmaria](#) passou ao domínio de um português, em cerca de 1660. Lourenço José de Brito Correia iniciou uma fazenda de gado e batizou a região de *Pão de Açúcar*, nome inspirado, acredita-se, no Morro do Cavalete, uma elevação próxima dali usada no processo de clarificação do [açúcar](#).

Estas mesmas terras foram leiloadas em 1815 e o padre José Domingos Delgado e seus irmãos foram os ganhadores. A fazenda prosperou, tornou-se uma vila, e foi elevada à categoria de cidade em 1877.

Visita do imperador

É destaque na história de Pão de Açúcar a visita do imperador [D. Pedro II](#) que, em viagem à [cachoeira de Paulo Afonso](#), pernoitou na cidade nos dias 17 e 22 de outubro de 1859. Em seu diário de viagem, depositado no Museu Imperial, D. Pedro tece elogios à vila: "A vista do Pão de Açúcar é bonita". O imperador descreve como foi sua chegada: "Cheguei por volta das 8 ao Pão de Açúcar. Receberam-me com muito entusiasmo e um anjinho entregou-me a chave da vila. Defronte desta povoação há uma grande coroa de areia, que me cansou atravessar e com a luz dos foguetes, que não têm faltado por todo o rio (...). No outro dia," acordei antes das 5, e pouco depois das 6 fui dar um passeio pela vila. A matriz é pequena, mas decente, só tem inteiramente pronta a capela-mor, o resto acha-se coberto. Há uma bela rua

direita longa e muito larga, e outra perpendicular também direita, porém menos longa e larga. “Só vi uma casa de sobrado, a da Câmara, onde me hospedei”. O sobrado onde pernitoou D. Pedro II encontra-se em reforma e será transformado em museu.

Em comemoração ao sesquicentenário (150 anos) dessa visita, com origem da Foz do Rio São Francisco - Praia do Peba; Piaçabuçu; Penedo; Traipu; Pão de Açúcar; Piranhas (AL) e Paulo Afonso (BA), o Príncipe [Dom João de Orleans e Bragança](#), herdeiro da família imperial, esteve visitando no dia 17 de outubro de 2009 a cidade de Pão de Açúcar - AL, na mesma data do seu Avó - Dom Pedro II. No dia seguinte, foi feita a doação do prédio onde pernitoou o Imperador, pelo Sr. Elmano Machado Gonçalves, que passou a denominar-se Museu do Paço Imperial, que será reformado e finalmente passará a funcionar como museu.

Pesquisadores da [Universidade Federal de Alagoas](#) (UFAL) confirmaram e mapearam vários sítios arqueológicos localizados na [Serra dos Meirús](#), na Pedra do Navio, Pedra do Aleamar e outras regiões do município. Nesses locais foram encontradas inscrições, [fósseis de animais](#) e objetos pré-históricos. Transformados em pontos turísticos, os sítios têm atraído a atenção de visitantes e estudiosos.

Turismo

O município tem uma estrutura ideal sertaneja para o turismo, principalmente os bancos de areia que se formam no leito do rio São Francisco, conhecidos como "prainha", recebem muitos turistas nos finais de semana, vindos de municípios vizinhos em [Alagoas](#), [Bahia](#) e [Sergipe](#), gerando assim uma fonte de circulação real.

Lampião

A gruta de Angicos, local onde morreu [Virgulino Ferreira da Silva](#), o Lampião, fica a poucos quilômetros, subindo o rio, entre as cidades de Pão de Açúcar (AL) e Piranhas(AL), no município de Poço Redondo(SE). O famoso [cangaceiro](#) e seu bando, de quase 200 homens, assombravam o Sertão na primeira metade do século passado. E, apesar de vagarem por muitos anos pelas terras do município cometendo todo tipo de crime, assaltando fazendas e povoados, nunca invadiram Pão de Açúcar. Conta-se que o "Rei do Cangaço" temia a presença do Tiro de Guerra 656, uma sociedade cívico-militar que treinava os jovens da região para a

defesa da cidade, além de prestar serviços comunitários. Gervásio Santos, em seu livro *Um lugar no passado*, conta que em 1927, Lampião que havia invadido duas fazendas próximas, mandou um emissário à cidade com cartas para os proprietários dos imóveis exigindo de cada um a importância de 4.000,00 (quatro mil contos de réis), uma fortuna para a época. Caso o pedido não fosse atendido, o cangaceiro ameaçava fuzilar todo o gado das fazendas. Protegidos pelos homens do Tiro de Guerra, os fazendeiros responderam com um bilhete debochado: "... que se Lampião quisesse tirar raça de homem valente, mandasse a mãe dele aqui para Pão de Açúcar". Como se podia prever, o cangaceiro sadicamente matou todo o gado e quase destruiu as fazendas mas nunca pisou em Pão de Açúcar.

Lampião e mais dez cangaceiros, inclusive [Maria Bonita](#), foram mortos na madrugada do dia 28.07.1938, na gruta de Angicos, pela volante de soldados alagoanos comandados pelo Capitão [João Bezerra](#).

Cristo Redentor

Semelhante ao monumento erguido no morro do [Corcovado](#), no [Rio de Janeiro](#), o Cristo de Pão de Açúcar foi inaugurado no dia 29 de janeiro de 1950. Obra do escultor João Lisboa, nascido na cidade, o monumento mede 14,80 cm de altura com o pedestal, sendo a imagem de 10m. A idéia de construir o Cristo no morro do Cavalete, onde já existia um cruzeiro, erguido nas comemorações da chegada do século XX, foi de Ernesto da Silva Pereira que durante dois anos movimentou a cidade arrecadando donativos para construir a estátua.

Do alto do Cristo, pode-se ver toda a cidade, o São Francisco, as diversas praias e a comunidade de Niterói, localizada na outra margem do rio. A semelhança com o Rio de Janeiro tem despertado a curiosidade da imprensa e, nos últimos anos, rendido várias reportagens nas grandes redes de TV, diários e revistas do país, inclusive na [National Geographic](#) Brasil. [\[BRASIL, Ministério da Saúde, 2006\]](#)

1.1.3 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

Aspectos Geográficos.

Área territorial – 692.99 km²

População – 23.809 hab. (IBGE/2010)

Estimativa populacional para 2014 – 24.975 hab.

Densidade – 36,13 hab./km²

Nº aproximado de domicílios e famílias – Famílias- 6403

Vivendas – 6053.

Clima:

O clima é do tipo Tropical Semi-areado com chuvas de verão. O período chuvoso se inicia em novembro com término em abril. A precipitação média anual é de 431,8mm.

Altitude: 19 m

Vegetação

A vegetação é basicamente composta por Caatinga Hipertermófila com trechos de Floresta Caducifólia.

Aspectos socioeconômicos:

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) representa uma avaliação da qualidade de vida da população, obtido de uma média dos componentes calculada a cada 10 anos. O IDH do município de Pão de Açúcar, no período entre 1991-2000 cresceu 18,6%, passando de 0,518 em 1991 para 0,614 em 2000, segundo Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD. A componente Educação foi quem mais contribuiu para este crescimento no município com 29,6%, seguida da *Longevidade com 19,5%* e pela Renda com 0,5%. Em relação aos outros municípios do Estado de Alagoas, Pão de Açúcar ocupa a 21ª posição, no Ranking Estadual, estacionado nos últimos 10 anos.

Principais Atividades Econômicas

As principais atividades econômicas do município são: comércio, serviços, agropecuária, pesca e atividades de extrativismo vegetal e silvicultura. Atualmente conta com 98 empresas ocupando 736 pessoas (3,02% da população). Na área de pecuária, conta com rebanhos de: bovinos; suínos; equinos; asininos; muares; caprinos; ovinos e aves. Tem uma estruturada produção leiteira e de derivados de granja. Na área agrícola produz: Feijão, Mandioca e Milho. Com o extrativismo vegetal produz castanha de caju, carvão vegetal e lenha. (IBGE, 2010).

Taxa de Urbanização.

População urbana: 9.955

População rural: 13.277

População Total: 23.232

Renda média Familiar –R\$ 280.00.

Tabela 1 . População rural de Pão de Açúcar. 2014

SEXO	-1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60+	TOTAL
Masculino	131	463	350	554	956	1.115	2.736	952	778	989	6665
Feminino	95	475	624	536	972	1.161	1385	1.094	651	732	6.612
No de pessoas.	226	938	974	1090	1928	2276	1351	2046	1429	1721	13.277

Fonte: SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

Tabela 2 . População urbana de Pão de Açúcar. 2014.

Município: Pão de Açúcar											
Total da População Urbana: 9.955											
Nº Indivíduos	<1 ano	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	30-39	40-49	50-59	+60	TOTAL
Masculino	82	351	457	340	756	1005	1137	586	657	460	4.741
Feminino	75	325	363	263	365	914	1589	994	851	689	5.214
TOTAL	157	676	850	603	1121	1919	2726	1580	1508	1149	9.955

Fonte: SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

Tabela 3 . População total de Pão de Açúcar. 2014

SEXO	-1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60+	TOTAL
Masculino	213	814	807	894	1712	2120	3873	1538	1435	1340	11406
Feminino	170	800	987	799	1337	2075	2974	2088	1502	1421	11826
Nº de pessoas.	383	1614	1794	1693	3049	4195	6847	3626	2937	2761	23.232

Fonte: SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA

Densidade demográfica: 36,13 hab./km²

Taxa de Escolarização: Da população total residente, 10.937 habitantes com 10 anos ou mais de idade são alfabetizados (44,90%).

Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza:

4.383 famílias. 14.503 pessoas. ----- 60.85%

População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: 23.232.

Programa Saúde da Família

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

São 7 os equipes no município. Na zona urbana são 3: ESF I – Unidade de Saúde da Família 07 Micros, ESF II – CS Dr Heitor Moreira de Albuquerque 07 Micros, ESF VI – João Antônio dos Santos 08 Micros e na zona rural são 4: ESF III USF – De Jacarezinho 05 Micros, ESF IV – OS Lagoa de Pedra 07 Micros, ESF V ESF – Japão 12 Micros, ESF VII ESF – Empoeiras 10 Micros.

Sistema de Referência e Contra referência:

Especialidades que ofertam consultas no município são Buco Maxilo-Facial, Cirurgia Geral, Obstetrício alto risco, Pediatria, Psicologia, Psiquiatria, Dermatologia, Nutricionista, Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia e Cardiologia. Os serviços ofertados são: ultrasonografia, raios-X, eletrocardiograma, exames laboratoriais e assistência farmacêutica.

Redes de Médias e Altas Complexidades: Hospitais de Santana de Ipanema – Araparica - Maceió.

ESF VII EMPOIRAS. MUNICIPIO PAO DE ACUCAR.

Horário de funcionamento- De segunda a sexta de 8h00 a 5h00

Humanos.

Medica: 1.

Enfermeira. 1.

Técnicos em Enfermagem: 2

ACS: 6

Recursos Materiais

No ESF VII esta situada na zona rural de Empoeiras e já contamos com um posto de saúde com boas condições com uma sala de espera para os pacientes com dos banheiros ,diferentes salas :arquivo ,vacinas ,curativos, duas salas de consulta enfermeira e medica ,uma sala odontológica que ainda não esta funcionando por falta do equipamentos ,um banheiro ,e outras.Temos que sinalar que não contamos com uma sala para Tele Saúde .Ainda faltam alguns recursos e móveis para fazer mais fácil nosso trabalho .

Tem atendimento na consulta medica todos os dias, de manha se faz por agendamento e por programas como Gestantes, Hiper-dia, Puericultura e outros, a consulta de idosa, terça-feira de tarde, assim como duas tardes para visita domiciliar e demais oito horas para estudo.

A equipe faz reunião semanal com todos seus integrantes discutindo os principais problemas da equipe de saúde e se planeja o trabalho da próxima semana.

O trabalho da E.S. F é fundamental, visto que as atividades são articuladas e pensadas coletivamente melhorando assim a assistência a ser oferecida ao usuário.

A equipe atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação doenças e agravos mais freqüentes e na manutenção da saúde desta comunidade. A. S. F apresenta como um dos propósitos, incorporar a família, bem como seu ambiente físico e social como objeto das ações em saúde.

Tabela 4. Níveis de alfabetização da ESF VII. Pão de Açúcar. 2014

De 7- 14 anos na escola	300	95.55%
15 anos e mais alfabetizados	2.249	93.55%

Fonte: SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA.

Taxa de Emprego e principais postos de trabalho

As principais atividades econômicas do município são: Comércio, serviços, agropecuária, pesca e atividades de extrativismo vegetal e silvicultura. Atualmente conta com 98 empresas ocupando 736 pessoas (3,02% da população). Na área de pecuária, conta com rebanhos de: bovinos; suínos; equinos; asininos; muares; caprinos; ovinos e aves. Tem uma estruturada produção leiteira e de derivados de

granja. Na área agrícola produz: Feijão, Mandioca e Milho. Com o extrativismo vegetal produz castanha de caju, carvão vegetal e lenha.

As principais causas de morte são as cardiovasculares, as neoplasias e os acidentes.

Recursos da Comunidade:

Outros recursos da comunidade, incluindo a área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas)

A rede de saúde dispõe de 01 hospital com 54 leitos, 11 Unidades Ambulatoriais e 08 de Postos de Saúde.

Na área educacional, o município dispõe de 18 escolas de ensino pré-escolar, com 820 alunos matriculados, 53 escolas de ensino fundamental, com 6.225 alunos matriculados e 04 escolas de ensino médio, com 765 alunos matriculados.

Recentemente foi fundada uma Faculdade com oferta de vários Cursos nas áreas de Saúde, Social e de Ensino.

Religião:

- Igreja matriz Coreto. Igreja do Bom Fim.
- casas de culto evangélico.

Serviços:

- Banco do Brasil. Banco Caixa.
- 1 unidade de Correios.
- clínicas odontológicas privadas
- Múltiplos postos de comércio
- padarias
- 3 restaurantes

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Em toda área de abrangência do ESF VII existe um número de pacientes com problemas crônicos, destes destaca a Hipertensão Arterial como principal problema de saúde.

Quadro 1: Descritores do problema selecionado.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados	433	SIAB
Hipertensos entre 35 -50 anos	81	Registro da equipe.
Hipertensos Idosos	195	Registro da equipe
Hipertensos com A.V.C	52	Registro da equipe
Hipertensos com I.A.M	21	Registro da equipe
Hipertensos com transtornos visuais	19	Registro da equipe
Hipertensos com outras complicações	41	Registro da equipe
Hipertensos com Diabetes	24	Registro da equipe

Fonte: SIAB SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Epidemiologia Controle de Doenças. Ações Básicas de Vigilância Sanitária
- Piso de Atenção Básica (PAB).
- Imposto Sobre Serviço de Quaisquer Naturezas (ISSQN).
- Fundo de Participação Municipal (FPM)
- Programa Saúde da Família (PSF)

Para a realização do diagnóstico da situação de saúde, foi utilizado o método de estimativa rápida com o objetivo de coletar a maior quantidade de dados possíveis referentes aos principais problemas de saúde que afetam a população da área de abrangência. (CORRÊA, E.J, 2013)

Depois de reunir a equipe de saúde para discutir e identificar os principais problemas de saúde que atingem a população torna-se necessária a identificação dos problemas que podem considerar-se mais importante por sua urgência e por a

própria capacidade para enfrentá-los, numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios:

- ❖ Alta incidência de pacientes hipertensos, sem diagnóstico feito e com presença dos fatores de risco associados sem adequado controle.
- ❖ Alta incidência de enfermidades cerebrovasculares
- ❖ Alto índice de deficientes físicos.
- ❖ Deficiente saúde bucal na população em geral
- ❖ Demora na marcação de especialidades e exames laboratoriais
- ❖ Poucas atividades de promoção de saúde.

Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade ESF VII. Pão de Açúcar. 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de usuários com H.A. S.	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de enfermidades cerebrovasculares	Alta	5	Parcial	2
Alto índice de deficientes físicos.	Alta	5	Fora	3
Deficiente saúde bucal na população em geral	Alta	4	Parcial	3
Demora na marcação de especialidades e exames laboratoriais	Alta	3	Parcial	4
Poucas atividades de promoção de saúde.	Alta	3	Parcial	4

FONTE: autora

O problema de prioridade número um de nosso diagnóstico é a incidência elevada de usuários com hipertensão arterial, com um total de 433 pacientes cadastrados, 195 são idosos, alguns deles moram sozinhos o que dificulta a realização do tratamento situação que está sendo detectada nas consultas realizadas, o resto pertencesse a faixa etária maior de 35 anos de idade. Muitos pacientes que vem por uma situação de demanda espontânea quando são examinados tem cifras elevadas de pressão arterial e referem que não são hipertensos, sem diagnóstico feito e sem cadastro na documentação pertinente. Neste ano temos 58 casos novos com esta doença com respeito ao ano anterior.

Para descrição do problema priorizado, a ESF 7 procurou dados do SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe. Indicadores das complicações apresentadas como: **Emergências Hipertensivas. Acidente Vascular Cerebral. Infarto agudo do miocárdio, Doença Renal crônica, transtornos visuais.** A ação da equipe frente a esses problemas (pesquisa, controle de hipertensão) e também indicadores que pode nos dar uma idéia indireta da eficácia das ações. (internações óbitos).

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Esta é ainda, responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal em nosso país. (FARIA H.P., 2009).

A mudança no perfil demográfico da população é acompanhada por alterações epidemiológicas. Tais alterações caracterizam-se por incidência de doenças crônicas degenerativas, como a HAS(AHUMADA, J., ARREAZA, GUZMAN.1965).Neste contexto a hipertensão arterial acomete 50 a 70% dos pacientes idosos, porém quando controlada adequadamente reduz significativamente as complicações e incapacidades funcionais destas pessoas. Devido a sua cronicidade, a HAS exige um acompanhamento e controle ao longo da vida de seu portador. Um fato preocupante é que muitos indivíduos só descobrem que são portadores da doença em um estágio mais avançado, apresentando graves complicações como: infarto agudo miocárdio, acidente vascular cerebral e doenças renais dentre outras (CAMPOS, ET al 2010)..

A cada ano 7,6 milhões de pessoas morrem devido à HAS. Deste número, 80% das mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil - e mais de metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos (ÁLVAREZ , A.2010).. A hipertensão é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associada muitas vezes a alterações funcionais ou estruturais de órgãos como o coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, leva a problemas graves de saúde (PICKRIN, G., 2009),. Outro aspecto que merece atenção e está vinculado à alta incidência da HAS em nosso meio é a mudança no perfil da população brasileira em relação ao estilo de vida, hábitos alimentares, obesidade e baixa aderência a atividade física (GONZALEZ MENENDEZ , 2009).

Tendo em conta o acima exposto, este projeto de intervenção procurou demonstrar os principais fatores de risco vinculados à HAS e propor a prática da educação em saúde como meio de modificar tais índices.

Devido à alta incidência de usuários diagnosticados com hipertensão na Unidade Básica de Saúde Área VII Empoeiras mostrou-se de grande importância a realização de projeto de intervenção levando em consideração a premissa da Educação Popular em Saúde não só pela quantidade de hipertensos que existe, além disso, muitos não estão controlados e têm associados a outras doenças, também ao sinergismo que existe com os fatores de risco que são cruciais na manifestação da doença hipertensiva, como o ritmo de vida constante, a uma má-alimentação (fora do horário, corrida, improvisada) e dieta não muito favorável à manutenção da saúde, o consumo de bebida alcoólica, tabagismo e uso de anticoncepcionais hereditariedade, a idade, sedentarismo também integram o estilo de vida, pois são hábitos ou costumes, mas que se destacaram como fatores de risco para HAS, somando-se ainda as características da dieta que é rica em calorias e sódio entre outros fatores de risco, e pelas complicações da doença (GRANDA ,B. A.,2011).

Assim, tão importante quanto à prescrição dos recursos assistenciais à população, deve-se considerar o conhecimento prévio da população acerca dos fatores de risco relacionados à hipertensão arterial, as condições mais comuns que afetam a saúde dos indivíduos, e o que se tem feito a respeito de tal. De tal modo, este projeto de intervenção está sendo elaborado para analisar registros preliminares de dados e propor aprimoramento assistencial. O indicador de conhecimento antes e após o programa de intervenção educativa será avaliado, sendo específico a usuários com idade superior a 35 anos, pela prevalência da hipertensão ser mais comum a partir desta faixa etária. Este estudo procurou demonstrar os principais fatores de risco vinculados à HAS e propõe a prática da educação em saúde como meio de modificar tais índices. Servindo como uma alerta para mudança de comportamento e para a qualidade da própria vida dos pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Geral

Aplicar um Projeto Intervenção sobre os indivíduos para reduzir a alta incidência da H.A. S, evitar riscos e complicações.

3.2 Objetivos Específicos

Propor educação em Saúde na população com o objetivo de ampliar os conhecimentos sob H.A.S.

1. Capacitar os agentes de saúde como promotores do processo de educação para o cadastramento de casos novos de H.A. S.
2. Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.

4 METODOLOGIA

Para elaboração deste Projeto de Intervenção utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional- PES, conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde de Empoeiras foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário.

Como recurso didático, utilizaremos um problema selecionado pela Equipe de Saúde entre aqueles identificados na análise situacional e propõe-se desenvolver, após a etapa anterior, apresentação o projeto.

Foi feita análise, estudo minucioso e seleção dos artigos relevantes para a construção do trabalho. Foram excluídos trabalhos que não se relacionavam de forma específica com o tema do presente estudo. Após o levantamento dos artigos nos bancos de dados foram identificados trabalhos que atenderam aos critérios de inclusão. Todo o material bibliográfico foi analisado e discutido, com o objetivo de descrever sobre os benefícios de melhorar o conhecimento dos fatores de risco associados da Hipertensão Arterial Sistêmica estão apresentados no quadro 1.

Para o levantamento do material bibliográfico foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, buscando pelas palavras-chave: HAS e fatores de riscos associados.

5 REVISÃO LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo o Ministério da Saúde (2001), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Dessa maneira, esta doença ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas (BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE , 2001).

A HAS é diagnosticada quando a pressão sistólica está superior a 140 ou uma pressão arterial diastólica superior a 90 mmHg. Algumas especificações da HAS encontram-se descritas a seguir: (BRASIL, HARTZ, Z. , 1999).

- ✓ Hipertensão Sistólica Isolada (SAH): é mais comum em pessoas com idade superior a 65 anos. Ele é considerado assim quando a pressão sistólica é igual ou superior a 140 mm hg e pressão arterial diastólica é inferior a 140 mm hg.
- ✓ Hipertensão do Jaleco Branco: são considerados com este tipo de hipertensão para pessoas com elevação da pressão arterial durante a visita à equipe de saúde, permanecendo índices normais no resto das atividades.
- ✓ Hipertensão Refratária ou Resistente: é aquela que não reduz a valores inferiores de 160/100 mm/Hg com um regime terapêutico mesmo assistido com três medicações em doses máximas, uma delas sendo um diurético.
- ✓ Hipertensão Maligna: é a forma mais grave da HAS. Está relacionada à necrose arteriolar no rim e em outros órgãos. Os pacientes têm retinopatia e hipertensão renal grau II III ou IV.

De acordo com sua etiologia, a HAS pode ainda ser classificada em hipertensão primária (afetando de 90 a 95% dos casos) e hipertensão secundária (afetando de 5 a 10% dos casos). Enquanto que a hipertensão primária significa que a patogênese ainda é desconhecida, mas aponta para uma forte influência genética e ambiental, a hipertensão secundária é fruto de distúrbios no parênquima renal ou

complicações renovasculares (pela estenose da arterial renal, por exemplo) (BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, HARTZ, Z., 1999).

A tendência global para o aumento da expectativa de vida na maioria dos países repercutiu no aumento da expectativa e no envelhecimento da população. A Hipertensão está presente em todas as regiões do mundo e sofre interferência de múltiplos fatores de ordem econômica, social, cultural e ambiental. A prevalência dos casos está cada vez mais alta, associado a padrões alimentares inadequados, diminuição na realização de atividade física e aspectos comportamentais tóxicos. No mundo estima-se que cerca de 691 milhões de pessoas sofrem de (HAS BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE ,1999).

Quando divididos segundo o gênero, Hajjar & Kotchen⁷ observaram uma prevalência de 27% em homens e 30% de mulheres, sendo este dado em conformidade com o encontrado por outros estudos ⁸⁻¹⁰. A prevalência mundial estimada para o ano 2.025 é na ordem de 29,2%, o que significa que um em cada três adultos com mais de 20 anos será hipertenso (1,56 trilhões de pessoas a serem afetadas) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Nesta condição, o aumento do consumo de alimentos enlatados, rico em sódio, também está associado aos casos de HAS (RODRIGUES, L. GONÇALVES, M. TEIXEIRA, 2013). Além disso, existem outros predisponentes, incluindo obesidade, Diabetes Mellitus, sedentarismo, ingestão de álcool, tabagismo e dietas ricas em gorduras, que corroboram a alta prevalência dos casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2010).

A obesidade está intimamente ligada com as principais causas de morbidade, mortalidade e invalidez. Está associada a um número cada vez maior de casos com hiperlipidêmica, que acelera o processo de aterosclerose e causa um efeito direto sobre o coração e outros sistemas do organismo, culminando em um maior esforço cardíaco para bombear o sangue através de vasos sanguíneos (DANTE, M. A, GIORGI., 2006).

Embora fatores genéticos atuem sobre os determinantes da obesidade, a obesidade vista em hipertensos é influenciada principalmente pelos fatores ambientais e pelo desequilíbrio entre receitas e despesas de energia. Daí a importância do

conhecimento destes dois últimos fatores para definir uma estratégia adequada de prevenção da obesidade e da HAS (BRASIL, MS, 1999).

A evolução tecnológica poder estar associada à HAS também, uma vez que o tipo de trabalho realizado pela pessoa, associado a uma economia baseada em serviços, predispõem os sujeitos a realizada cada vez menos exercício física significativo durante suas ocupações. A inatividade física é um fator de risco de primeira ordem para o desenvolvimento da HAS, uma vez que facilita o aparecimento de doenças cardíacas, alguns tipos de câncer, diabetes tipo II infarto do miocárdio e certos distúrbios músculo esquelético. Um estilo de vida fisicamente ativa aumenta a sensação de bem-estar e saúde, e pela correria do dia-a-dia, tem-se pouco espaço na rotina das pessoas. HIPERTENSÃO ARTERIAL . (Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España; sergiodesisto.es/c_portada/acogida 2002).19 (supl. 3, mayo).

Fumar é outro conhecido fator de risco para o desencadeamento da HAS(MALACHIAS 2010). O tabaco provoca uma morte em 10 segundos, de acordo com um relatório publicado recentemente pela Organização Mundial de Saúde. Além disso, o tabagismo é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, onde lesões ateroscleróticas são apresentadas em uma alta porcentagem de pacientes que morreram por esta causa (GOMEZ RODRIGUEZ, 2010,).

Danos causados por ingestão excessiva de álcool e sua associação na emergência ou complicação de várias doenças foi previamente demonstrado. Há muito pouco benefício potencial que pode ser produzido pelo álcool, e, em contrapartida, o seu consumo está associado a aumento no nível colesterolico. No caso da HAS, este é um importante fator de risco e vem associado ao maior risco de aparecimento de doença vascular cerebral (GARCIA, A.T, 2012).

O diabetes mellitus, considerada outro distúrbio crônico não progressivo, muitas vezes está associado à HAS e apresenta alta incidência em nosso meio (GARCIA, A.T, 2012).

Diante de toda a revisão etiológica, fisiopatológica e clínica, é importante enfatizar que os programas de prevenção são fundamentais para controlar a HAS. Muitos países tentam reduzir a mortalidade e a morbidade causada pela hipertensão, através da modificação dos fatores de risco. É consenso que as intervenções devem ser focadas nos diversos fatores de risco, utilizando a prática da educação em saúde na população (Brasil, MS). Não há dúvida que o sucesso na redução da incidência da HAS está no enfoque dos fatores de risco e na maior participação da população neste processo (Sociedade Brasileira de Cardiologia 2010).

5.2 Tratamentos Anti-Hipertensivos

A hipertensão arterial é uma doença de caráter crônico que necessita de tratamento por toda a vida. O objetivo do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos. (KEARNEY, P.M, WHELTON, M., REYNOLD, K. et al.2004.). Existem duas abordagens terapêuticas para o tratamento da hipertensão arterial, a não farmacológica que consiste em Modificações no Estilo de Vida (MEV) e a farmacológica no qual é feito o uso da terapia medicamentosa. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, para alcançar os níveis recomendados de pressão arterial afirma que as condutas higienodietéticas constituem um grande desafio para a clientela, como para os profissionais de saúde. Essas condutas implicam mudanças de hábitos ou no estilo de vida, e isso pode significar perda de prazer em um contexto de vida, no qual as oportunidades de satisfação pessoal são mínimas.

O papel da atividade física é notável no tratamento, prevenção e controle da HAS. A atividade Física regular traz benefícios como menor probabilidade de desenvolver doenças crônicas, redução da mortalidade, melhores respostas pressóricas e

aumento da longevidade (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. 2007). Benefícios da atividade Física Regular, segundo o American College of Sports Medicine (ACSM), 2007:

- Redução dos fatores de risco para doenças coronarianas:
 - Redução da pressão sistólica e diastólica de repouso.
 - Aumento dos níveis de HDL colesterol e diminuição dos níveis séricos de colesterol e triglicérides.
 - Redução da gordura intra-abdominal e corporal total e das necessidades de insulina, melhorando a tolerância à glicose.
- Melhora a função cardiovascular e respiratória:
 - Redução da ventilação por minuto em uma certa intensidade submáxima.
 - Custo ou dispêndio da oxigenação miocárdica para certa intensidade submáxima absoluta.
 - Aumento do VO₂máx em razão das adaptações centrais e periféricas.
 - Redução da frequência cardíaca e da pressão arterial para certa intensidade submáxima.
 - Aumento da densidade capilar no músculo esquelético e do limiar de acúmulo de lactato no sangue.
 - Aumento do limiar de início dos sinais e sintomas de doenças como na angina pectorais, isquemia, depressão de segmento ST e claudicação.
- > Diminuição da morbidade e da mortalidade: 609 estudos, Goiânia, v. 33, n.7/8, p. 589-614, jul./ago. 2006.
 - Prevenção primária (o exercício intervém na prevenção de eventos cardíacos agudos):

Altos níveis de atividade e/ou aptidão estão associados com baixos índices de morte por doença coronariana assim como à baixa incidência de taxas combinando doenças cardiovasculares, doença coronariana, câncer do cólon e diabetes tipo II.

- Prevenção secundária (exercício após os eventos cardíacos):

Redução das causas de mortalidade após o infarto agudo do miocárdio nos pacientes que participam de treinamento com exercícios para reabilitação cardíaca. Um controle esporádico de um treinamento com exercícios de reabilitação cardíaca envolvendo pacientes pós-infarto não

garantem uma redução dos índices de um novo infarto, mesmo que ele não seja fatal.

➤ Outros benefícios

- Reduz sintomas de ansiedade, depressão e eleva os sentimentos de bem estar.
- Eleva a performance do tratamento, recreacional e em atividades esportivas.

A atividade física é fundamental na promoção da melhora da qualidade de vida, diminuindo os níveis de estresse e nos tornando menos sensíveis à ação adrenérgica aumentando a sensação de bem estar. (ENRIQUE J. FIONA B., ANDREA, N., 2003).

Quando se fala do tratamento farmacológico para pacientes com HAS os objetivos principais são melhorar a qualidade de vida, prevenir doenças e complicações agudas e reduzir a morbimortalidade. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (DIAZ CARDENAS, M.M. PONS PORRATAO, L. MEDISAN 2003).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Todo método de planejamento apresenta etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas. E 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 (GARCIAPEREZ, R.M,GARCIA,R.,ROCHE, G., 2009.).

Portanto, uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência, é necessário que realize a construção do plano de ação, seguindo passo a passo conforme descrito abaixo (JARDIM, PAULO CESAR,B.,VEIGA, 2007).

Um plano de ação é fundamental para iniciarmos uma mudança de hábitos em um grupo de pessoas.

[...] Sempre estamos planejando em situações dinâmicas que sofrem constantes transformações. Portanto, é fundamental estabelecer um processo permanente de planejamento que dê conta de corrigir os rumos e manter a direcionalidade das ações desenvolvidas em relação aos objetivos a serem alcançados (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p. 19).

6.1 Desenhos das operações

O Quadro 4 apresenta as operações para enfrentar os “nos críticos”, identificados na Área de abrangência da U. B.S VII Município Pão de Açúcar, 2014. Apresentando o ponto principal específico, a operação para o seu enfrentamento, resultados esperados, os produtos e os recursos necessários para a finalização do mesmo.

Quadro 3: Operações sobre o nó crítico relacionado com a prevenção da HAS no ESF VII, Pão de Açúcar. 2014

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Saúde. Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir 50% o número de pacientes com HAS	Programa de palestras, programa campanha na radio local sobre hábitos saudável.	Político. Local. Postinhos de saúde, comunidades, Financeiros Recursos audiovisuais, folhetos educativos
Nível de informação baixo	Saber. Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de HAS	População mais informada sobre riscos de HAS	Avaliação do nível de informação da população de riscos Campanha Educativa Capacitação dos agentes de saúde	Cognitivo. - Conhecimento Sobre estratégias de comunicação e Pedagógicas Político. Mobilização social
Estrutura dos serviços de saúde inadequados	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% de pacientes com HAS	Capacitação de pessoal	Financeiros. Aumento Das ofertas da oferta de medicamentos
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema	Linha de Cuidado. Implantar a linha de cuidado para os riscos de HAS Mecanismos de referências e contra-referências	Cobertura de 80% da população com HAS	Linha de Cuidado para risco de HAS Protocolos implantados; recursos. Humanos capacitados;	- Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; - Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais - Organizacional: adequação de fluxos (referência e contra referência)

Fonte: autora

6.2 Identificação dos recursos críticos

As realizações destas ações propostas no presente plano de operações dependem de recursos políticos, financeiros, cognitivos e organizacionais. A equipe de saúde não é autônoma e está sujeito desta forma, do apoio das Secretarias de Educação e Saúde, além do Conselho Municipal. Apresentamos no quadro 5 os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema.

Quadro 4. Operação/Projeto no ESF VII, Pão de Açúcar. 2014.

Saúde	Político: conseguir o espaço na rádio local; difusão por automóvel falantes Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos Cognitivo: informações sobre o tema
Saiba mais de HAS	Político - articulação intersetorial Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. Cognitivo: trazer especialistas para ministrar palestras
Contribuímos com seu melhor cuidado	Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro aquisição de recursos
Linha de cuidado	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos) Cognitivo: informações sobre o tema

Fonte: autora

6.3 Análises de viabilidade do plano Proposta de ações para a motivação dos atores.

É necessário identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação problema, por fim motivando o ator para a efetivação das propostas e ações estratégicas para envolvê-los na execução do plano proposto.

Quadro 5. Proposta de ações para a motivação dos atores para no ESF VII, Pão de Açúcar. 2014.

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controles de recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saúde. Modificar hábitos e estilos de vida inadequados	Político. Local. Postinhos de saúde, comunidades, Financeiros Recursos audiovisuais, folhetos educativos	Setor de comunicação social Secretário de saúde	Favorável Favorável	Não necessária
Saiba mais de HAS	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos das de HAS	Político: articulação com a secretaria de educação	Favorável	Apresentar projeto Apoio das associações
Contribuímos com seu melhor cuidado Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Político. Decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços Financeiro. Recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio de medicamentos, exames.	Prefeito municipal Secretaria municipal de saúde Secretaria de educação Fundo nacional de saúde	Indiferente Favorável Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede
Linha de cuidado. Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Político: articulação entre os setores assistenciais de saúde	Secretaria municipal de saúde	Favorável	

Fonte: autora

6.4 Desenhos das operações do plano de intervenção

O plano operativo consistirá no trabalho participativo com a comunidade além de dar legitimidade às ações visa apoiar e capacitar as organizações comunitárias para participar, de forma ativa e com responsabilidades na implementação do Projeto, como também realizar ações para modificar os hábitos e estilos de vida inadequados, por hábitos saudáveis. Aumentar o nível de informação da população sobre dos fatores de riscos de HAS como dislipidemias, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidade entre outros, melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS, garantindo os medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% de pacientes com Hipertensão Arterial. Reorganizar o processo de trabalho para abordagem e monitoramento da equipe de saúde para enfrentar o problema.

Segundo Nunes (2012, p. 30) “A participação dos membros da comunidade na construção de propostas de prevenção da doença de maneira educativa, através da troca de experiências e reflexão sobre as suas práticas de higiene e prevenção. Vale ressaltar que todas as ações desenvolvidas serão fruto de ampla discussão com a comunidade, com o cuidado de escutá-la para a identificação de seus anseios e aspirações, em uma relação de transparência e construção de estratégias de conhecimento em relação a doença, aliando a vontade e determinação da equipe técnica em contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população”

Apresentamos a elaboração do plano operativo, que tem como objetivo: designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definindo os prazos para a execução das mesmas.

Quadro 6: Plano Operativo, na PSF IV, Pão de Açúcar. 2014.

Operações	Resultados Esperados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saúde. Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir 50% o número de pacientes com HAS	Criar grupos de pacientes com H.A. S realizar palestras aos grupos operativos.	Equipe de Saúde da Família Coordenação de AB.	Trinta dias para o início das atividades
Saber. Aumentar o nível de informação da população sobre HAS e fatores de risco e complicações	População mais informada sobre riscos de HAS, autocuidado	Avaliação do nível de informação da população de riscos. Palestras educativas. Capacitação dos agentes de saúde	Equipe de saúde da família	Início em um mês ações educativo de 15 em 15 dias aos indivíduos e avaliação em seis meses, capacitação em um mês dos ACS..
Cuidar melhor Atendimento agendado aos pacientes com HAS Exames complementares a cada seis meses.	Controle da doença. Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 90% dos pacientes. Adesão a o tratamento	Gerar consultas, atendimento domiciliar, dinâmicas de família, educação em saúde.	Equipe de Saúde da Família	Avaliação cada quatro meses. Exames cada 3 meses
Linha de cuidado	Cobertura de 80 % da população com riscos de HAS	Linha de cuidado para riscos de HAS implantado	Equipe de Saúde da Família	Início em três meses e finalização em 12 meses

Fonte: autora

6.5 Exposições da gestão do plano:

Os objetivos são desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos para demonstrar os principais fatores de risco vinculados à HAS e propõe a prática da educação em saúde como meio de modificar tais índices.

Quadro 7: Acompanhamento do plano da ação

Operação	Produtos	Responsável	Prazo
Apresentação do projeto		Medico e Enfermeira	
Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos de hipertensão	Programa mensal	Enfermeira	Fevereiro e março 2015
Elaborar agenda programada Implantar a agenda programada de acordo com as diretrizes da secretaria estadual de saúde.	Programa mensal	Enfermeira	2 meses para implantação da agenda
Viver melhor Modificar hábitos e estilo de vida	Programa mensal	Enfermeira	2 meses para planejamento das caminhadas e sensibilização da população
Cuidando Melhor Melhorar a estrutura da unidade para um melhor acolhimento e atendimento aos hipertensos	Programa mensal	Enfermeira	3 meses para a estruturação da equipe
Saber mas orientar e capacitara equipe sobre o cuidado prestado ao portador de HAS	Programa trimestral	Enfermeira	3 meses para a capacitação da equipe

Fonte: autora

Construção deste processo elucidou nossos principais “nós”, possibilitando com esta estratégia elaborar um plano operativo que será discutido e ajustado em nossa equipe na atenção básica, facilitando assim seu processo de acompanhamento e operacionalização.

Politicamente e socialmente pretende-se um impacto positivo nos indicadores e na melhoria da qualidade da assistência de pacientes com HAS que têm associados fatores de risco e assim apresentar as principais ações para diminuir a incidência de esta doença e melhorar a qualidade e vida da população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma das condições mais comuns que afetam a saúde dos indivíduos e populações em todas as partes do mundo. Esta por si só é uma doença e um fator de risco importante para o desencadeamento de outras condições clínicas, como insuficiência cardíaca, doença isquêmica do coração, insuficiência renal, doença vascular cerebral e retinopatia. Garantir uma adequada promoção da saúde, a prevenção de complicações e o controle adequado da HAS nos pacientes constituem uma contribuição significativa para a redução da morbidade e mortalidade.

Assim, tão importante quanto à prescrição dos recursos assistenciais à população, deve-se considerar o conhecimento prévio da população acerca dos fatores de risco relacionados à hipertensão arterial, as condições mais comuns que afetam a saúde dos indivíduos,

Diante do exposto o objetivo deste projeto de intervenção é lograr um grande impacto positivo sobre a vida e a saúde da população adstrita para diminuir o número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, assim como suas complicações.

Para conseguir nosso objetivo devemos continuar a busca ativa dos pacientes nas consultas e visitas domiciliares nas áreas descobertas. Devemos insistir com a Secretaria de Saúde sobre as necessidades da cobertura com ACS, mas por enquanto devemos todos continuar trabalhando técnicos de enfermagem, enfermeira e médico em fim toda a equipe básica de saúde. Têm que ser um trabalho contínuo e mantido para sempre, pela importância da doença e seus agravos.

Este estudo buscou compreender e desenvolver ações que possam atuar diretamente em um plano de intervenção para implantação de ações de educação para a saúde para promover à saúde dos indivíduos de capacitar as pessoas e grupos para atingir os objetivos definidos sobre sua saúde, melhorar e manter a qualidade de vida, impedir a produção de mortes, doenças e deficiência evitável e melhorar a interação humana

REFERÊNCIAS

AHUMADA, J., ARREAZA, GUZMAN, A., DURÁN, H., PIZZI, M., SARUÉ, E., TESTA, M. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1965. 77p.

ÁLVAREZ , A. Calidad de la atención médica al paciente con hipertensión arterial en Baire. Trabajo para Optar por el título de Master en Atención Primaria de Salud, 2010.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Diretrizes do ACSM para os Testes de Esforço e sua Prescrição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007

BRASIL, Ministério da Saúde . Cadernos de Atenção Básica Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus: Protocolo; 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos institucionais - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, D.F; 2006, 26p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus Protocolo; 2001.

HARTZ, Z. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica nº 15 série A.1ª edição: 7-8. Brasília, DF. 2006. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf>. Acesso em 22 Nov 2014

CAMPOS, CARDOSO, D, FARIA, PEREIRA, H. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG; 2010.110 p.

CAMPOS, F.C., FARIA, H.P., SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Nescon /UFMG. 2ª ed. - Belo Horizonte; 2010.

CARDOSO, F.C. et al. Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde . Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

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

DAMASCENO, F.F. Hipertensão Arterial Sistêmica: ações coletivas no programa saúde da família. Governador Valadares, MG; 2010. Disponível:<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 22 de junho 2011.

DANTE, M. A, GIORGI. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, 2006.

DEWULF et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. vol. 42, n. 4, out./dez., 2006. <<http://www.scielo.com>>. Acesso em: 30 de outubro 2011.

DIAZ CARDENAS, M.M.,PONS PORRATAo,L.M.: Modificación de conocimientos sobre factores de riesgo de cardiopatía isquémica mediante técnicas participativas. MEDISAN 2003; 7(3): 41-46

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

GARCIAPEREZ, R.M, GARCIA, R., ROCHE, G., PEREZ JIMENEZ, D., GORBEA,B., MARIANO. Sedentarismo y su relación con la calidad de vida., 2009.

GOMEZ RODRIGUEZ, Resultado del Control Comunitario de Hipertensión Arterial en el área de salud del Policlínico Dr. Carlos J. Finlay del Regional Marianao: Rev .Cub. Med , 2010.16-20 p.

GONZALEZ MENENDEZ, R.¿ Como librarse de los hábito tóxicos Guía. 2009.

GRANDA, B. A. Prevalencia de hipertensión arterial y algunos factores epidemiológicos de un sector de salud. Trabajo de Grado. Santiago de Cuba; 2011.

ENRIQUE, J., FIONA, B., ANDREA, N. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la región de las Américas. Rev Panam Salud Públ. 2003; 14(4).

Hipertensión Arterial. Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España; 2002. Hipertensión 2002; 19 (supl. 3, mayo).

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência, 2013.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Produto Interno Bruto dos Municípios, 2008.

JARDIM, PAULO CESAR, B., VEIGA. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2007.

JESUS, E.S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm 2008. Disponível: <<http://www.scielo.com>>. Acesso em: 30 de outubro 2011.

KEARNEY, P.M, WHELTON, M., REYNOLD, K. et al. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. J Hypertens, 2004.

MALACHIAS, MARCUS, V.B.Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.2-3; 2010.

MINAS GERAIS. Atenção à saúde do Adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2006, 198p.

MINSAP. Cuadro epidemiológico de las enfermedades crónicas no transmisibles. Dpto. Epidemiologia, 2003.

PIERIN, A.M.G et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. Rev. Esc. Enf. USP, v.35, n. 1, p. 11-8, mar. 2001. Disponível: <<http://www.scielo.com>>. Acesso em: 30 de outubro 2011.

PICKRIN, G. W. Hipertensión Arterial. Valencia: Barcelona ;2009.

Pública, Rio de Janeiro, 2006. Disponível: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 30 de

Relatório de Gestão, Prefeitura de Mata Verde, Secretaria Municipal de Saúde, Mata Verde, 2011.

ROCA GODERICH, R. Temas de Medicina Interna. 3ra ed. Editorial Pueblo y Educación. La Habana ; 2010.

RODRIGUES, L. GONÇALVES, M. TEIXEIRA, G.E. .Indicadores de vulnerabilidade e risco social para as famílias pobres cadastradas no Ministério de Desenvolvimento Social. Mata Verde (MG); 2011.

ROSENFELD, S. Prevalência, Fatores Associados e Mau Uso de Medicamentos Entre os Idosos: uma revisão. Caderno de Saúde Pública,v.19n.3,Rio de Janeiro,2003. Disponível em:< Erro! A referência de hiperlink não é válida. em: 19 de maio de 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. vol.89 no.3 São Paulo Set. 2007. Disponível: <<http://www.scielo.com>>. Acesso em: 30 de outubro 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão , 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras: Cardiol , 2010 . 95 p.

TORRES GARCIA ,A .Patrones diferenciales en pacientes hipertensos, diabéticos y diabéticos-hipertensos. Trabajo de Grado. Santiago de Cuba; 2012.

ZAITUNE, M. P.A et al.Hipertensão Arterial em Idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas. Cad. Saúde, 2010.

