

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

BEATRIZ LUGO ANGULO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE OURO
BRANCO/AL**

MACEIÓ - ALAGOAS

2015

BEATRIZ LUGO ANGULO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE OURO
BRANCO/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.

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

MACEIÓ – ALAGOAS

2015

BEATRIZ LUGO ANGULO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE OURO
BRANCO/AL**

Banca examinadora

Examinador 1 : Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Examinador 2 – Prof.

Aprovado em Maceió, em de 2015.

DEDICATÓRIA

A meus filhos por serem maior presente em minha vida.

A meu esposo, pela compreensão e apoio em todos os momentos de minha vida.

A meus pais, fonte constante de amor e estímulo.

AGRADECIMENTOS

Ao professor orientador: Heriberto Sanchez por sua dedicação e ajuda no trabalho.

A toda equipe da UBS Urbano 2, a os pacientes de minha área de abrangência por permitir-me o estudo e realização deste trabalho.

A esta Universidade, a todos os professores que fizeram parte da minha formação.

À 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 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. Por esta razão e com base na taxa atual de pacientes hipertensos na área de abrangência da UBS Urbano 2, município de Ouro Branco, Alagoas, esse TCC tem por objetivo elaborar um projeto de intervenção voltado para uma estratégia educacional, buscando diminuir hábitos e estilos de vida negativos na comunidade assistida. A partir da situação de morbidade e mortalidade prevalentes não somente na comunidade assistida, mas também no país e no estado, enfatiza-se o fortalecimento da promoção e prevenção na luta para evitar os fatores de risco e promover a saúde, enfatizando estilos de vida saudáveis desde a tenra idade de vida para neutralizar o aparecimento de hipertensão. Foram coletados dados por ocasião do diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família que foram conseguidos a partir de bases secundárias tais como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), base de dados de internet do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Atlas de Desenvolvimento Humano municipal, além de entrevistas com informantes-chave e observação ativa. 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

The Hypertension is a chronic disease that involves increasing the blood pressure in the arteries. It is a multivariate, imperceptible disease in the early stages, most often progressive and always dangerous, so it requires early diagnosis and appropriate treatment. The etiological factors are mainly the existence of inadequate lifestyles in the community, and if they are controlled, you can reduce your impact. For this reason and based on the current rate of hypertensive patients in the catchment area of UBS Urban 2, Ouro Branco city, Alagoas, this TCC aims to develop an intervention project aimed at an educational strategy, seeking to decrease habits and styles of negative life in assisted community. From the situation of morbidity and mortality prevalent not only in the assisted community, but also at home and in the state, emphasis is placed on strengthening the promotion and prevention in the fight to avoid the risk factors and promote health, emphasizing healthy lifestyles since the tender age of life to counteract the appearance of hypertension. Data were collected during the situation analysis of the Family Health Team which were obtained from secondary bases such as the Information System of Primary Care (SIAB), internet database of the Brazilian Institute of Geography and Statistics and the Atlas municipal Human Development, as well as interviews with key informants and participant observation. These data were used along with literature review on the topic, the construction of a proposed intervention, as proposed by Campos, Santos and Faria (2010), identifying and prioritizing issues, building proposals for dealing 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 Saúd

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Aspectos Demográficos. Município Ouro Branco. Total da População.	22
Tabela 2. População segundo a faixa etária na área de abrangência por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2, zona urbana, município Ouro Branco-AL, 2013.	23
Tabela 3. Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano da zona urbana, município Ouro Branco-AL, 2013.....	25
Tabela 4. Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 da zona urbana, no município, no ano de 2013.	26
Tabela 5. Morbidade referida segundo as áreas de abrangência por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 da zona urbana, no município, em 2013.....	28
Tabela 6. Mortalidade proporcional por faixa etária, da equipe de saúde da família PSF. Urbano 2 da zona urbana, em 2013.	29
Tabela 7. Taxa de Prevalência de Hipertensão Arterial em na Unidade de Saúde Urbano 2 do município Ouro Branco, Alagoas, 2013.....	45
Tabela 8. Número de Casos de HAS por sexo na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Urbano 2 do município Ouro Branco, Alagoas, 2013.....	46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da população do município por grupo etário, do município Ouro Branco, Alagoas, 2010.	22
Gráfico 2- Distribuição da população do município por áreas Urbana e Rural, do município Ouro Branco, Alagoas, 2010.....	23
Gráfico 3- Distribuição da população do município por grupo etário, do município Ouro Branco, Alagoas, 2013.....	24
Gráfico 4- Distribuição da população do município seguem quantidade de famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 da zona urbana, município Ouro Branco-AL, 2013.....	26
Gráfico 5- Distribuição da população do município de as famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 da zona urbana, no município, no ano de 2013.....	27
Gráfico 6- Distribuição da população do município de a morbidade referida segundo a área de abrangência por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 da zona urbana, no município, em 2013.....	29
Gráfico 7- Distribuição da população do município de a mortalidade proporcional por faixa etária, da equipe de saúde da família PSF. Urbano 2 da zona urbana, em 2013.....	30
Gráfico 8- Distribuição da população do município de os números de Casos de HAS por sexo na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Urbano 2 do município Ouro Branco, Alagoas, 2013.....	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Operações sobre o nó crítico relacionado com o controle de HAS em pacientes diagnosticados. Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Urbano 2 , município Ouro Branco, 2013.....	39
Quadro 2. Operação/Projeto na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Urbano 2 , município Ouro Branco, 2013.....	41
Quadro 3. Proposta de ações para a motivação dos atores para a Unidade Básica de Saúde Urbano 2, município Ouro Branco, 2013.....	42
Quadro 4. Plano Operativo, Unidade Básica de Saúde Urbano 2, município Ouro Branco, 2013.....	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 JUSTIFICATIVA.....	32
3 OBJETIVOS.....	34
4 METODOLOGIA.....	35
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	36
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	49

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 (JNC, 2003).

A Atenção Básica em saúde tem sido considerada um dos pilares da organização do sistema de saúde, sendo que o primeiro contato do usuário com este sistema é através do nível básico de atenção à saúde que possui um grande potencial para resolver parte significativa das patologias ali existentes (BRASIL, 2009).

Para que este nível básico de atenção à saúde seja capaz de oferecer uma atenção integral é fundamental a interação entre os seus profissionais e os usuários, sob a forma de um acolhimento de qualidade e de uma equipe que receba, escute e trate de forma humanizada os usuários (BRASIL, 2010).

Os sistemas de saúde baseados no fortalecimento da atenção básica estão organizados para atender a maior parte dos problemas de saúde e a enfatizar ações de promoção da saúde e de prevenção. Sua utilização é resultante do acompanhamento e do controle dos pacientes com hipertensão arterial e/ou outros agravos e a interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados, do profissional e dos recursos disponibilizados (BRASIL, 2010).

Ainda outro fator importante em todos os níveis de atenção à saúde é a necessidade do trabalho interdisciplinar, uma vez que é justamente a partir desse trabalho que se almeja alcançar uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde das pessoas (BRASIL, 2008).

Refletindo sobre os objetivos dos serviços de saúde em relação ao controle dos portadores de Hipertensão Arterial, preconizado do manual de atenção à saúde do adulto: “Hipertensão Arterial” do Ministério da Saúde e no protocolo de hipertensão: “Risco Cardiovascular” da Sociedade Brasileira de Cardiologia, fica clara a necessidade de se propor à equipe de saúde a organização dos serviços para ser cumprir o que está dito neste protocolo (BRASIL, 2008).

Esta proposta justifica-se uma vez que a Hipertensão Arterial além de ser a morbidade mais prevalente na população em geral, se constitui como um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas e comprometimento e funcionalidade de outros órgãos, visto que seu controle é dificultoso e este intimamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, associado à dieta, exercícios físicos, ao comprometimento da família no acompanhamento do paciente e ao suporte oferecido pela equipe de saúde no acompanhamento e avaliações periódicas deste paciente de forma multidisciplinar.

1.1 HISTÓRICOS DA CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

Ouro Branco é um município brasileiro do estado de Alagoas. “Localiza-se na latitude 09°10’00” sul e a uma longitude 37°21’24” oeste, estando a uma altitude de 380 metros. Sua população estimada em 2004 era de 10 452 habitantes. Possui uma área de 205,4 km².

Por volta de 1830, começou a surgir o povoado onde hoje fica o município de Ouro Branco. Em 1881, o Senhor Domingo Gomes, vindo de Minas Gerais e líder na época, mandou construir uma capela de pedra e escolheu Santo Antônio como padroeiro. Além disso, deu o nome de Olho D’Água do Cajueiro (cacimba que ficava embaixo de um grande cajueiro conhecido na região) à vila que se formava. Alguns anos depois, Domingos Gomes voltou a Minas Gerais, mas seu filho Francisco Gomes, conhecido como Chicão, permaneceu no local. O povoado cresceu e passou a denominar-se Olho d’Água do Chicão, em homenagem a Francisco Gomes. Em 1901 foi elevado à categoria de vila, chegando a sofrer ataques de bandos de cangaceiros chefiados por Antônio Purcino e Lampião.

Antônio Jiló de Campos, um dos líderes comunitários, impressionado com a brancura das imensas plantações de algodão, rebatizou este lugar, o que já era quase uma cidade, com o nome de Ouro Branco. Os líderes do movimento para a emancipação política, conseguida através da Lei n 2.445, de 17 de maio de 1962, foram Luís Gonzaga de Carvalho, José Limeira da Silva, Francisco Sotero Ângelo e José Soares da Silva. Sua emancipação foi oficializada em 21 de junho do mesmo ano, com território desmembrado do município de Santana do Ipanema.

Seus maiores pontos turísticos são a Pedra da Capelinha e o Lajedo Grande. Entre as festividades destacam-se a festa do padroeiro (1 a 13 de junho), a Festa do Dia da Independência (sete de setembro) e da Emancipação Política Municipal (21 de junho).

Em Ouro Branco, é tradição, há quarenta anos, festejar a independência do

Brasil. Apesar das diferentes formas de se comemorar, com certeza o ponto alto da festa sempre são os desfiles cívicos, realizados por alunos da rede municipal e estadual de ensino do município. Carros alegóricos também fazem parte do que os moradores de Ouro Branco chamam de "a maior festa do sertão alagoano".

Nos desfiles, os alunos procuram representar de tudo um pouco, desde o agricultor que cultiva o algodão e outras lavouras da região até a tecnologia atual, como a Internet, o turismo espacial e outros assuntos atuais na mídia.

Os desfiles fazem os sertanejos que vêm prestigiar o evento lembrar as grandes demonstrações das escolas de samba do Rio de Janeiro e São Paulo, o que atrai cada vez mais turista para prestigiar a festa de comemoração da independência do Brasil.

O município contava, em 2010, com 10.912 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atendido por três Equipes de Saúde da Família, sendo um na zona urbana e duas na zona rural, divididas em 22 micro áreas, sendo 11 na zona urbana e 11 na zona rural, distribuídas da seguinte forma: Equipe Urbana: 11 micros áreas, Equipe Rural 1: 7 micro áreas e Equipe Rural 2: 4 micro áreas.

Nas últimas administrações, tem havido investimento público no município (escola, unidades de saúde, creche, etc.) em função do trabalho articulado entre Poder Executivo e Poder Legislativo.

Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte das Igrejas, sindicato e associações comunitárias. Esses trabalhos são bastante importantes por contribuírem na formação do cidadão e melhorias na qualidade de vida, em sua maioria, voltados para o agricultor, crianças, jovens e adultos.

A Unidade Básica de Saúde 2, do município Ouro Branco, Alagoas, encontra-se na cidade, no bairro Presidente Médici, é de fácil acesso aos usuários, e o

horário de funcionamento é das 07h00min às 17h00min horas. Atende pessoas segundo o acesso universal e igualitário, mas nem todos podem ser atendidos quando querem, pois a demanda é maior que a capacidade do médico de atender os mesmos. A população é de 6 431 habitantes, sendo necessário realizar a cobertura médica necessária para a atenção da mesma e um mapeamento certo que permita uma atenção à saúde segundo os programas estabelecidos.

Programas de saúde específicos como Vacinação, Atenção à mulher grávida, Puericultura, acompanhamento a doentes com Diabetes, Hipertensão arterial, possuem prioridade, mas o trabalho não é ótimo porque a atenção à demanda espontânea ocupa muito tempo.

O Hospital Regional Dr. Clodolfo Rodríguez de Melo, localizado em Santana do Ipanema, é o de referência, mas alguns casos precisam ser atendidos em Arapiraca e outros só têm resolutividade em Maceió. Outra dificuldade fundamental é a falta de laboratório capaz de garantir com rapidez os exames para realizar uma adequada avaliação do paciente. No município existe um sistema de Redes de atenção em saúde, mas com deficiências (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2014)

1.1.1 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

Unidade Federativa: **Alagoas.**

Localização: **Médio Sertão Alagoano.**

Unidade federativa: **Alagoas.**

Mesorregião: **Sertão Alagoano.**

Microrregião: **Santana do Ipanema.**

Gentílico: **Ourobranquense.**

População: **11.000 hab. (IBGE 2010)**

Densidade: **53,12 hab./km².**

Altitude: **350 metros.**

Clima: **Tropical quente e seco.**

1.1.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS

Indicadores:

Área total do município: **205,4 km²**

Concentração habitacional: **10.912 hab. (IBGE 2010)**

Nº. Aproximado de domicílios e famílias. **1827**

1.1.3 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

1.1.3.1 Indicadores:

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,667 médio Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2000).

Taxa de Urbanização: **58,93%**

Renda Média Familiar

% de Abastecimento de Água Tratada: **98%**

% de recolhimento de esgoto por rede pública: **0,0%**

Principais Atividades Econômicas: A população vive, basicamente, da agricultura de feijão, milho, mandioca e algodão, que acontece em pequenas propriedades rurais e também do comércio local, distribuídos de estabelecimentos comerciais. O município não dispõe de indústrias.

Ainda contribuem para a economia local a Prefeitura Municipal, os benefícios do INSS, como também dos Programas de benefícios sociais do Governo Federal.

1.1.3.2 Componentes

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Ouro Branco é 0,547, 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 0,211), seguida por Renda e por Longevidade. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Longevidade (com crescimento de 0,117), seguida por Educação e por Renda.

1.1.3.3 Evolução do IDHM

Entre 2000 e 2010:

O IDHM passou de 0,396 em 2000 para 0,547 em 2010 - uma taxa de crescimento de 38,13%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a

distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 25,00% entre 2000 e 2010.

Entre 1991 e 2000:

O IDHM passou de 0,291 em 1991 para 0,396 em 2000 - uma taxa de crescimento de 36,08%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 14,81% entre 1991 e 2000.

Entre 1991 e 2010:

Ouro Branco teve um incremento no seu IDHM de 87,97% nas últimas duas décadas, acima da média de crescimento nacional (47%) e acima da média de crescimento estadual (70%). O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 36,11% entre 1991 e 2010.

1.1.4 EDUCAÇÃO

1.1.4.1 Crianças e Jovens

A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação. No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 9,84% e no de período 1991 e 2000, 119,56%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 503,74% entre 2000 e 2010 e 28,43% entre 1991 e 2000. A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 318,86% no período de 2000 a 2010 e 41,36% no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu -1,67% entre 2000 e 2010 e 24,62% entre 1991 e 2000 (IBGE 2010).

1.1.4.2 População Adulta

A escolaridade da população adulta é importante indicador de acesso a conhecimento e também compõe o IDHM Educação. Em 2010, 29,28% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 16,73% o ensino médio. Em Alagoas, 40,57% e 26,34% respectivamente.

Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 19,34% nas últimas duas décadas. (IBGE 2010).

1.1.5 DEMOGRAFIA

1.1.5.1 População

Entre 2000 e 2010, a população de Ouro Branco teve uma taxa média de crescimento anual de 0,80%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 0,84%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foi de 1,0 entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 33,23% (IBGE, 2010).

1.1.5.2 Estrutura Etária

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência de Ouro Branco passou de 79,53% para 64,26% e a taxa de envelhecimento evoluiu de 5,67% para 7,29%. Entre 1991 e 2000, a razão de dependência foi de 100,34% para 79,53%, enquanto a taxa de envelhecimento evoluiu de 5,60% para 5,67%.

1.1.5.3 Longevidade, mortalidade e fecundidade.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Ouro Branco reduziu 24%, passando de 53,2 por mil nascidos vivos em 2000 para 40,0 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 28,4 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do IDHM. Em Ouro Branco, a esperança de vida ao nascer aumentou 11,5 anos nas últimas duas décadas, passando de 55,5 anos em 1991 para 62,6 anos em 2000, e para 67,0 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 70,3 anos e, para o país, de 73,9 anos.

Os gráficos e tabelas abaixo ilustram aspectos demográficos do município e da área de abrangência da UBS Urbano 2:

Tabela 1: Aspectos Demográficos. Município Ouro Branco. Total da População por faixa etária.

Quadro1: Aspectos Demográficos 1 Município:								
Total da População – número de indivíduos								
1 – 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 39	40 - 59	60 e +	Total
422	552	665	616	510	1057	819	521	10.912
Área Urbana: 6.431								
Área Rural: 4.491								
Total: 10.912. população								

Fonte: Censo Demográfico 2010 – IBGE

Gráfico 1: Distribuição da população do município por grupo etário, do município Ouro Branco, Alagoas, 2010.

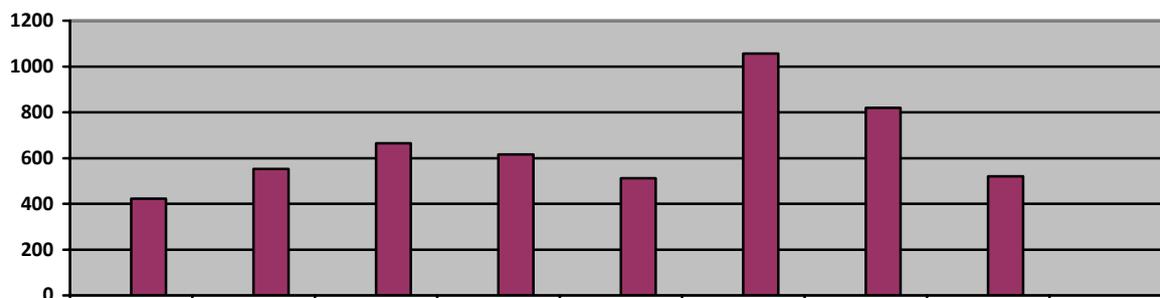
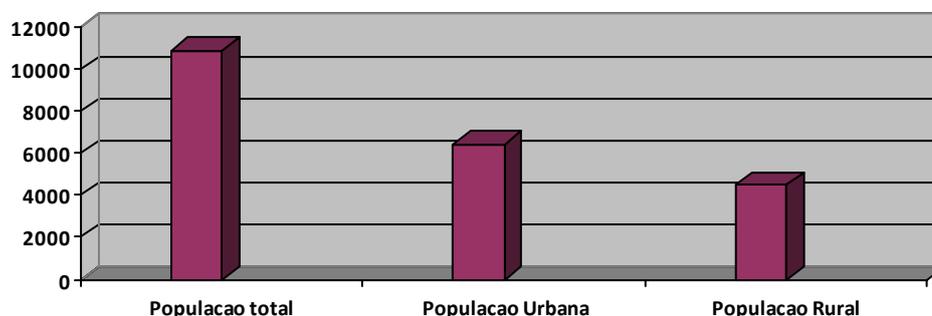


Gráfico 2: Distribuição da população do município por áreas Urbana e Rural, do município Ouro Branco, Alagoas, 2010.



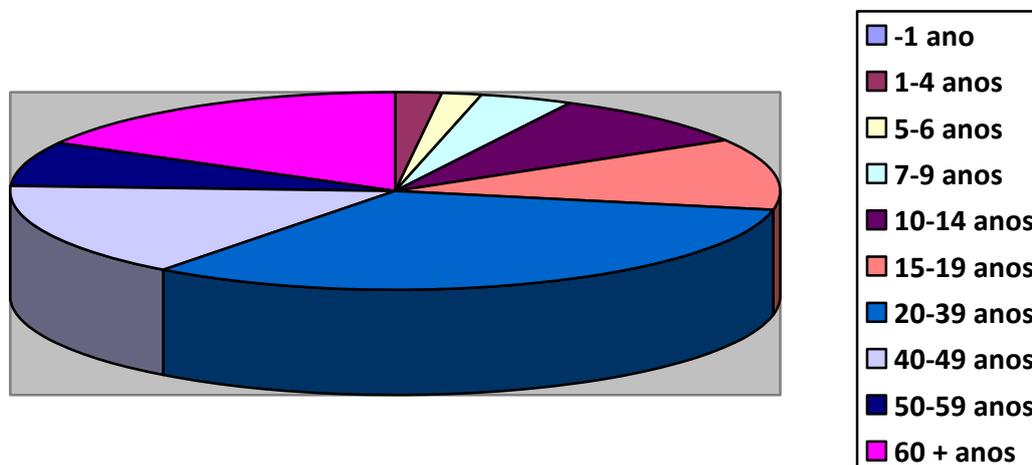
Entre os 6431 habitantes da área de abrangência da Equipe de Saúde PSF Urbano, 3070 (47,74%) são homens e 3361 (52,26%) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1.

Tabela 2: População segundo a faixa etária na área de abrangência por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 zona urbana, município Ouro Branco-AL, 2013.

Faixa Etária	Quantidade de Pessoas											Total
	Micro Área ^o											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	
Menor de 1 ano	0	0	0	0	0	1	0	7	6	0	0	14
1 a 4 anos	0	8	0	2	0	1	0	54	50	0	7	122
5 a 6 anos	0	6	0	11	0	2	2	34	24	4	21	104
7 a 9 anos	7	16	33	19	13	47	22	45	44	14	49	309
10 a 14 anos	52	34	85	23	34	105	55	76	75	26	64	629
15 a 19 anos	75	46	76	30	54	127	84	79	80	35	90	776
20 a 39 anos	209	127	279	128	175	302	188	238	241	147	270	2.304
40 a 49 anos	61	61	105	43	70	85	64	73	86	46	66	760
50 a 59 anos	36	28	52	41	44	74	57	42	42	31	62	509
60 anos e +	97	67	90	71	95	68	103	72	68	82	91	904
Total	537	393	720	368	485	812	575	720	716	385	720	6.431

Fonte: SIAB

Gráfico 3: Distribuição da população do município por grupo etário, do município Ouro Branco, Alagoas, 2013.



Fonte: SIAB

1.1.5.4 RENDA.

A renda per capita média de Ouro Branco caiu 184,31% nas últimas duas décadas, passando de R\$80,04 em 1991 para R\$126,89 em 2000 e R\$227,56 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 58,53% no primeiro período e 79,34% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 65,44% em 1991 para 47,94% em 2000 e para 30,39% em 2010. A desigualdade aumentou: o Índice de Gini passou de 0,53 em 1991 para 0,57 em 2000 e para 0,55 em 2010.

1.1.5.5 TRABALHO

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 72,45% em 2000 para 57,04% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 8,94% em 2000 para 6,65% em 2010.

1.1.6 ASPECTOS AMBIENTAIS.

A estrutura de saneamento básico no município deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário. O município apresenta concentração de *Aedes aegypti*, constituindo risco de dengue, principalmente em alguns períodos chuvosos.

Os dados sobre instalações sanitárias, por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano da zona urbana, município Ouro Branco-AL, 2013 são expostos nas tabelas e gráficos abaixo:

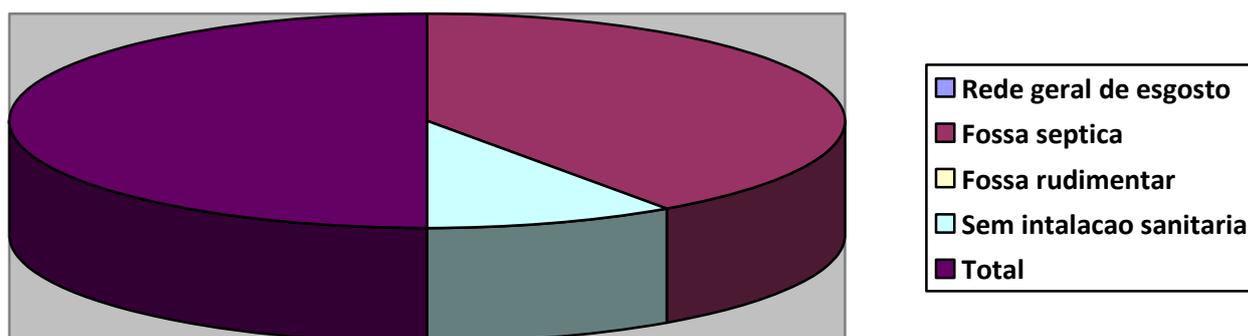
Tabela 3: Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 da zona urbana, município Ouro Branco-AL, 2013.

Modalidade	Quantidade de Famílias											
	Micro - Área											Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	
Rede geral de esgoto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fossa séptica	111	122	201	129	141	178	147	181	206	103	174	1.519
Fossa rudimentar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sem instalação sanitária	27	6	11	0	2	28	12	28	3	6	11	123
Total	138	128	212	129	143	206	159	209	209	109	185	1.827

Fonte: SIAB.

Percebe-se que a fossa séptica é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos. Em relação ao lixo a situação é mais positiva, com apenas 30 (trinta) residências com descarte a céu aberto e 09 (nove) que queimam ou enterram o lixo (SIAB 2013).

Gráfico 4: Distribuição da população do município seguem quantidade de famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 da zona urbana, município Ouro Branco-AL, 2013.



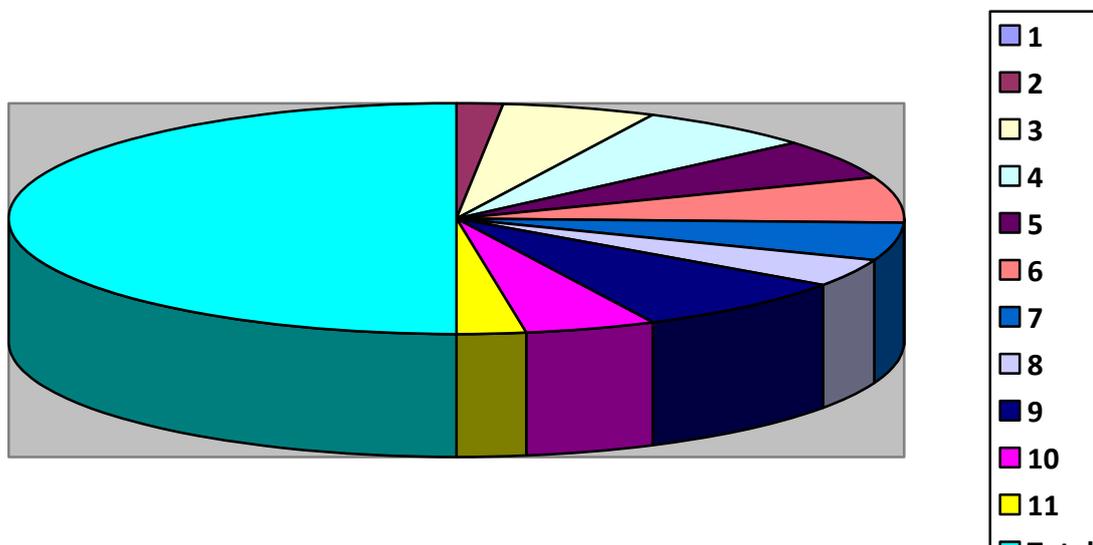
Fonte: SIAB

Tabela 4: Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 da zona urbana, no município, no ano de 2013.

Modalidade	Quantidade de Famílias											Total
	Micro - Área											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	
Rede geral	2	30	111	127	113	130	102	81	161	92	50	999
Poço ou nascente	0	4	0	0	0	0	0	0	1	2	0	7
Outros	136	94	101	2	30	76	57	128	47	15	135	821
Total	138	128	212	129	143	206	159	209	209	109	185	1.827

Fonte: SIAB.

Gráfico 5: Distribuição da população do município de as famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 da zona urbana, no município, no ano de 2013.



Fonte: SIAB.

DADOS SOBRE A SAÚDE NO MUNICÍPIO

A equipe de saúde da UBS Urbano 2 é composta por:

- 1. Enfermeira: Maria Flavia Queiro realiza 40 horas semanais;
- 1. Médica: Beatriz Lugo Angulo, especialista em MGI, de projeto Mais Medicos para o Brasil.
- 3. Técnica de enfermagem (Fernanda Pereira)
- 1. Dentista, Dr Yumar, 40hs semanais.
- 1. Auxiliar da saúde bucal, Fatima, 40hs semanais;
- 11. Agentes comunitários de saúde atua na unidade 40 h semanais
- 1. Auxiliar de limpeza atuam na unidade 40 h semanais
- 1. Recepcionista (Kaita atua na unidade 40 h semanais)

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Hospitalizações

Em 2013, ocorreram 196 hospitalizações de usuários residentes da equipe de saúde da família PSF Urbano da zona urbana 2(SMS, 2013 sendo 62 por gravidez, parto e puerpério; 40 por doenças do aparelho circulatório; 35 por doenças do aparelho respiratório; 09 por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas; 11 por neoplasias e 39 por demais causas (SMS, 2013).

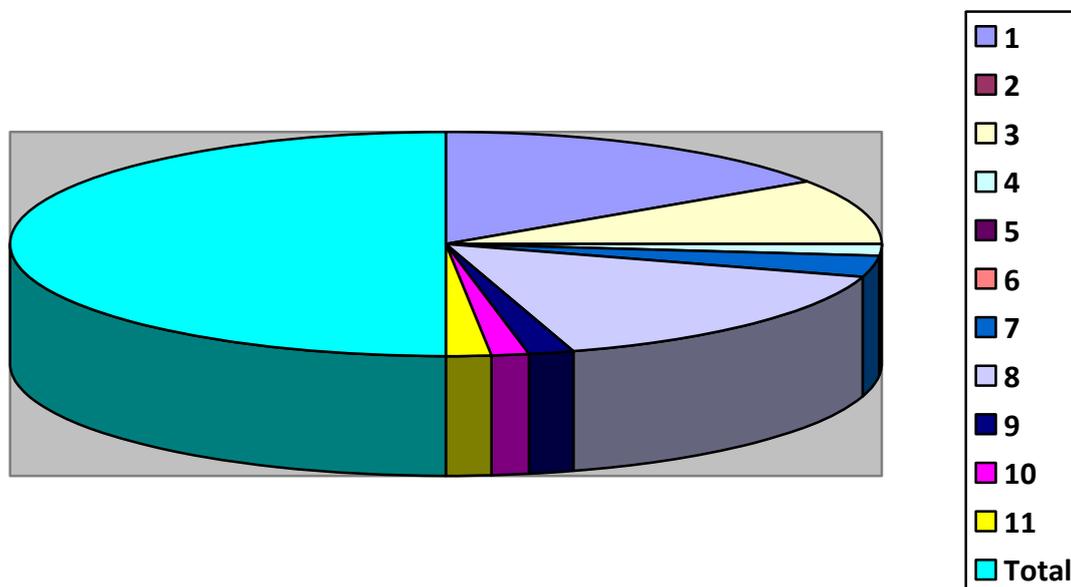
Segundo os dados do SIAB o município tinha cadastrado no final de 2013, 399 portadores de hipertensão arterial, 183 portadores de diabetes, 100 com deficiência, 24 portadores de epilepsia, 32 alcoólatras, 1 portador de tuberculose, 2 com hanseníase, 1 com doença de Chagas. Considera-se que há um grande número de paciente que não foram cadastrados. A tabela abaixo ilustra essa situação:

Tabela 5: Morbidade referida segundo a área de abrangência por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 da zona urbana, no município, em 2013.

Morbidade referida	Quantidade de Pessoas											Total
	Micro - Área											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	
Alcoolismo	10	0	6	1	0	0	2	10	1	1	1	32
Doença de chagas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Deficiência	1	8	9	3	14	10	6	19	10	8	12	100
Epilepsia	1	1	2	1	2	6	1	4	2	2	2	24
Diabetes	16	11	14	15	15	17	22	18	18	19	18	183
Hipertensão arterial	30	24	51	31	40	23	50	37	37	40	36	399
Tuberculose	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Hanseníase	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	59	44	83	51	72	56	81	89	68	70	69	742

Fonte: SIAB

Gráfico 6: Distribuição da população do município de a morbidade referida segundo a área de abrangência por micro área da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 da zona urbana, no município, em 2013.



Fonte: SIAB

Mortalidade

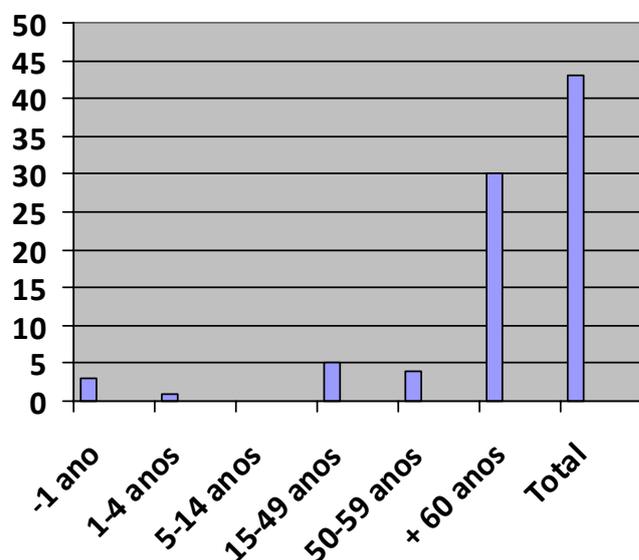
A tabela e gráfico abaixo apresentam dados sobre mortalidade por faixa etária da equipe de saúde da família PSF Urbano 2 da zona urbana no município de Ouro Branco, em 2013.

Tabela 6- Mortalidade proporcional por faixa etária, da equipe de saúde da família PSF.

Faixa Etária	Quantidade
Menor de 1 ano	3
1 a 4 anos	1
5 a 14 anos	0
15 a 49 anos	5
50 a 59 anos	4
60 anos e mais	30
Total	43

Fonte: SIM (Sistema da Informação de Mortalidade)

Gráfico 7: Distribuição da população do município segundo a mortalidade proporcional por faixa etária, da equipe de saúde da família PSF.



Fonte: SIM (Sistema da Informação de Mortalidade)

As principais causas de óbito de residentes na área de abrangência da equipe de saúde da família PSF Urbano da zona urbana, zona rural, município de Ouro Branco, 2013, foram: doenças do aparelho circulatório (09); doenças do aparelho respiratório (5); causas externas (2); neoplasias (5) (SMS, 2013).

Casos de doenças de Notificação Compulsória em 2013 (SMS, 2013):

Hepatite > 3 casos

Dengue > 8 casos

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de participação municipal (FPM);
- Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN).
- Piso de Atenção Básica (PAB).
- Programa Saúde da Família (PSF)
- Epidemiologia Controle de Doenças. Ações Básicas de Vigilância Sanitária

A equipe de saúde da cidade, ao discutir o diagnóstico de saúde entre todos seus membros, determinar os problemas da comunidade e priorizar os mesmos, considerou que deviam ter a seguinte ordem:

1. Baixa prevalência de pessoas diagnosticadas precocemente com HAS.
2. Atendimento de emergências de condições crônicas por falta do controle da doença.
3. Maior demanda que à capacidade do médico de atendimento.
4. Alto índice de gestações em adolescentes.

2 JUSTIFICATIVA

Ao definir as prioridades a equipe levou em conta a importância do problema e capacidade para enfrentá-lo. Considerou a baixa prevalência de pessoas diagnosticadas com HAS 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 HAS representa grave problema de saúde no Brasil, não só pela elevada prevalência cerca de 20% da população adulta como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2008).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2006).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acessos a medicamentos. (BRASIL, 2006).

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, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial. (BRASIL, 2006).

Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. (BRASIL, 2006).

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 além 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 e desta forma contribuir ao cumprimento dos objetivos da Atenção Básica à saúde. (BRASIL, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral:

- Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o controle de HAS.

3.2. Objetivos específicos:

- Capacitar à equipe de saúde e à população em o tema HAS.
- Criar grupos operativos para o trabalho com pacientes diagnosticados de HAS.
- Elevar os conhecimentos de os doentes diagnosticados sobre a doença e os riscos cardiovasculares.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado no ano de 2014 com pacientes de a cidade, pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica Primária de Saúde (UBPS) Urbano 2, município Ouro Branco , Alagoas.

Foram coletados dados por ocasião do diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família que foram conseguidos a partir de bases secundárias como, por exemplo, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), base de dados de internet do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística e do Atlas de desenvolvimento humano municipais, além de entrevistas com informantes-chave e da observação ativa.

Depois de discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência foram identificados 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.

O Planejamento Estratégico Situacional foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus. Segundo ele "... planejar é preparar-se para a ação". 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 (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Foi fundamental que a equipe estivesse atenta, acompanhando cada passo os resultados das ações implementadas, para seguir fazendo as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do trabalho.(SAIB).

5 REVISÃO DE LITERATURA.

A 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 (PIERIN, 1998).

Dá-se reconhecimento à hipertensão como um importante problema de saúde pública, quando se sabe que as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar em causas de morte no Brasil há mais de 40 anos sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhões de internações por ano. Em 2000 as doenças cardiovasculares corresponderam a mais de 27% do total de óbitos e foram responsáveis por 15,2% das internações realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) entre indivíduos de 30 a 69 anos (PIERIN, 1998).

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 90mmHg ou mais em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, 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).

Sabe-se que a hipertensão arterial tem maior frequência de diagnóstico quanto maior a idade do examinando, mas nos grupos etários mais avançados, a prevalência tende a decrescer ou se mantém estável. Isto pode indicar uma seleção da população mais idosa, já tendo morrido a maior parcela dos hipertensos com complicações mais frequentes como acidente vascular ou Infarto agudo do miocárdio (JESUS, 1995).

Em relação à cor, sabe-se dos estudos de prevalência feitos nos Estados Unidos, que os negros têm maior prevalência de hipertensão arterial do que os brancos. (JESUS, 1995).

Quanto à ocupação, renda familiar e escolaridade, que podem ser considerados indicadores de classe social, a hipertensão tem se mostrado mais frequente em trabalhadores situados nas classes menos favorecidas e com menor escolaridade. (PIERIN,1998)

Como a hipertensão não complicada é um transtorno assintomático, muitas pessoas ignoram tê-la. As campanhas nacionais de prevenção e controle têm aumentado o conhecimento público, e a triagem em massa dos pacientes resultou num aumento do reconhecimento do problema, de modo que apenas 30% dos pacientes com hipertensão ignoram o seu diagnóstico. Essas campanhas contribuíram para um decréscimo das taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral. Todavia, apenas 50% dos hipertensos estão em programa de tratamento, e apenas 30% têm a pressão controlada em níveis ideais. Devido à natureza assintomática da doença (pelo menos até o desenvolvimento das complicações) e aos efeitos colaterais frequentemente associados ao tratamento, a instituição da terapia medicamentosa e adesão contínua ao esquema do tratamento são desafios constantes (PIERIN, 1998).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de Saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, 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 terminal. 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, tais como: Doença cérebro-vascular, Doença arterial coronária, Insuficiência cardíaca, Doença renal crônica, Doença arterial periférica. . (BRASIL, 2006).

Como a hipertensão arterial ainda é um dos maiores problemas de saúde pública enfrentadas pelas nações tanto industrializadas, como em desenvolvimento, e continua a ser o principal fator para as taxas de mortalidade por cardiopatias, um dos desafios para profissionais de saúde e governos será o de modificar essa realidade (Brasil 2008).

Em outros estudos realizado fue registrado um maior predomínio de HAS em as regiões Norte (18,9%) y Médio Oeste (19,4%) y una prevalência maior em as regiões Sudeste (22,8%) y Sur (20,9%). Ele mesmo estudo señaló também que a frequência de a hipertensão aumenta com a idade, diminuem com a escolaridade, e maior entre negros e velhos e maior entre os solteiros, aumentando entre os indivíduos com sobrepeso, diabetes, dislipidemias e com problemas cardiovasculares. Cipullo (2010).

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 y obesidade, sedentarismo, ingestão de álcool, tabaco y hábitos alimentares. fatores genéticos, género y etnia, fatores socioeconómicos. Cipullo (2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

As operações para o enfrentamento das causas selecionadas desenharam-se como aparece no quadro:

Quadro 1: Operações sobre o nó crítico relacionado com a controle de HAS em pacientes diagnosticados na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Urbano 2, município Ouro Branco, Alagoas, 2013.

No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Nível de informação	Saiba mais sobre Hipertensão Arterial e riscos cardiovasculares	Elevar os conhecimentos de a população sobre a doença e os riscos cardiovasculares	Programa de informação a população	Cognitivo Conhecimentos sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional Organizar agenda Político (Articulação intersetorial) Mobilização social
Hábitos e estilos de vida inadequados	Modificar hábitos e estilos	Diminuir o número de tabaquistas e obesos, Incentivar a pratica de exercícios.	Programa de Campanha na rádio local exercício é saúde, fumar dana a saúde, alimentação saudável	Organizacional: mas para caminhadas Político: local para exercícios, mobilização social Intersetorial com a rede financeira para recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Baixa cobertura de medicamento do programa Hiperdia no PSF e nas redes de farmácia	Adequar o fornecimento de medicamentos de vida na rede de saúde.	Oferecer quantidade adequada de medicamentos aos usuários e comunidade.	Programa de controle de medicamentos padronizados na rede.	Políticos: articulação Inter setoriais para aquisição de fármacos Financeiros: previsão semestral de medicamentos fornecidos no programa e aquisição de

				medicamentos de auto custo.
--	--	--	--	-----------------------------

6.1 Desenhos das operações

6.1.2 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).

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema dificuldade de monitoramento de pacientes.

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.

6.1.3 Operações/Projetos

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

Quadro 2: Operação/Projeto na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Urbano 2, município Ouro Branco, 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 3: Proposta de ações para a motivação dos atores para a Unidade Básica de Saúde Urbano 2, município Ouro Branco, 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, folhetos educativos.	Setor de comunicação social Secretário de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar projeto Apoio das associações Apresentar projeto Apoio das associações
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

6.1.4 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 Urbano 2 , 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 4: Plano Operativo, Unidade Básica de Saúde Urbano 2, município Ouro Branco, 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.	Início dois 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	Início em três 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	Secretário de saúde.	Início em três meses Início em dois

		Solicitar a compra de medicamentos anti-hipertensivos em quantidade suficiente. Abastecimento semanal de medicamentos aos EFS		meses Início em um mês Início em um mês
--	--	---	--	---

7 RESULTADOS

Foram examinados 95% da população maior de 15 anos, correspondentes área de abrangência da UBS Urbano 2, com aparição de 54 novos casos de HAS que não tinham conhecimento da doença e não se submetiam à controle da mesma.

Tabela 7: Taxa de Prevalência de Hipertensão Arterial na Unidade de Saúde Urbano 2 do município Ouro Branco, Alagoas, 2013.

Posto Urbano			
Total	Prevalência	Incidência	Taxa de Prevalência
399	345	54	(15.6%)

Fonte: Dados cadastrados no estudo na UBS.

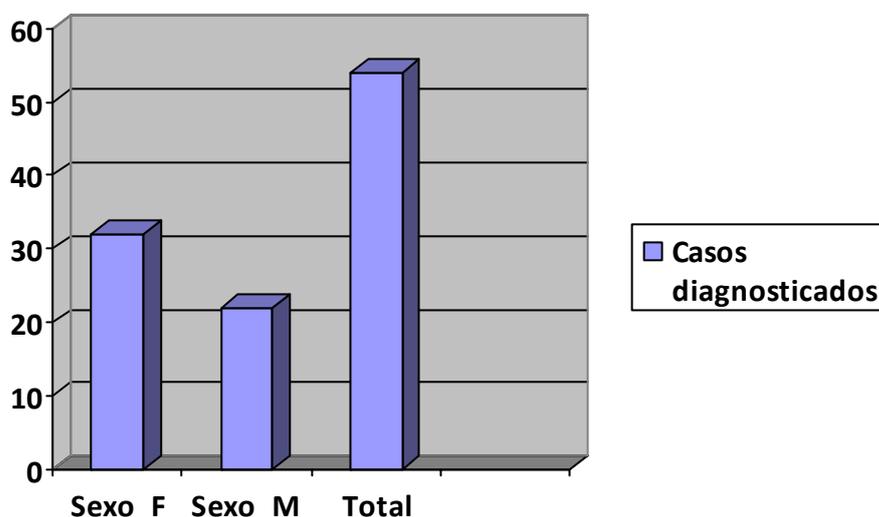
Na investigação dos pacientes com sintomas como dor da cabeça, tontura, dor no peito, visão turva, observou-se que apresentavam a doença e estavam diagnosticados, mais não faziam a controle de doença. Também havia pessoas que não apresentavam sintomas e apresentavam a doença. A taxa de prevalência é de 15.6%.

Em relação à análise dos dados por sexo, dos 54 casos de HAS diagnosticados, 32 eram do sexo feminino (59.25%) e 22 do sexo masculino (40.74 %) como mostra o gráfico 9 abaixo.

Tabela 8: Número de Casos de HAS por sexo na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Urbano 2 do município Ouro Branco, Alagoas, 2013.

Sexo	Casos Diagnosticados	% de Casos Diagnosticados
Femenino	32	59.25 %
Masculino	22	40.74 %
Total	54	100%

Gráfico 8: Distribuição da população do município de os números de Casos de HAS por sexo na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Urbano 2 do município Ouro Branco, Alagoas, 2013.



Na reavaliação prevista após 03 meses de tratamento dos casos positivos nas 54 pessoas após exame clínico e de Laboratório, foram detectados que 16 casos ainda permaneciam com pressão arterial descontrolada, por não tomar a medicação indicada e não fazer a dieta adequada, foram novamente medicados e serão novamente reavaliados em 03 meses

7.1 Discussão

A Busca ativa nas comunidades ocorreu conforme calendário previamente discutido com a Equipe de Saúde, e apresentada na Secretaria de Saúde do Município. E com 100% dos casos detectados de HAS, podemos considerar que a doença na Unidade apresenta alta gravidade; no entanto se esses casos não tivessem sido diagnosticados, tratados, e submetidos ao controle, com o tempo poderiam evoluir, podendo levar a complicações como doenças cerebrovasculares, renais e cardiovasculares que podem levar a óbito por esta doença.

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

A difusão de novos conceitos e hábitos para a promoção de saúde na sua família e comunidade é muito importante e deve ser a principal tarefa da Secretaria de Saúde.

8 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”.

Diferentes questões foram abordadas ao longo do texto, porém destaca-se a importância de envolver a rede de atenção a saúde do município para operacionalizar esta proposta. Investir na qualificação de recursos humanos é fundamental.

Com este trabalho poderemos avaliar a situação da doença na área de abrangência, assim obtendo os números de casos novos e fazendo controle dos casos existente poderá ser estendida a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de todos os casos assistidos na comunidade.

Espera-se que as informações subsidiem a elaboração de um protocolo de cuidados promocionais, preventivos e curativos da doença, prevenindo possíveis complicações no futuro, melhorando assim a saúde em relação ao HAS no município.

REFERENCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. Brasília: MS;1988

BRASIL. Ministério de saúde. Secretária de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Guia de agente comunitária de saúde. 2006, Brasília, DF, 2009<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/INDEX.php.2012>, acessado em 10/02/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de vigilância a saúde. Secretaria de atenção à saúde. Serie B: Textos Básicos de atenção à saúde. Serie Pactos pôr a saúde 2008. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, DF 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Secretaria de ciências. Serie comunicações e educação. 2º edição. O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos. 69 p. Brasília, DF. 2008 d.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretário da atenção à saúde. Departamento de. Atenção básica. Caderno da atenção Básica. Nº 14 séries A. Normas e manuais técnicos. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais 56p Brasília DF 2008.

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, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações de saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 201

CECILIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-167.

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. n°4, São Paulo, abr.2010.

FARIA, H. P. *Et al.* Modelo assistencial e atenção básica em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

FARIA, H. P. *et al.* Processo de trabalho em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FARIA, H. P. *et al.* Determinantes Sociais da Saúde e da Doença. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde (online) jan. 2014. Disponível em: http://www.fns2.saude.gov.br/ConsultaFundoafundo_PagDoDia. Acesso em 15 Mar. 2014.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 341-353,1999.

FARIA, HP; COELHO, IB; WERNECK, MAF; SANTOS, MA. Modelo assistencial em saúde. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2010.

JESUS CAC. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicação no planejamento da assistência. *R Saúde Distrito Federal*, 1995; 1(1): jan./jun.

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.

PIERIN Â M G. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. *Revista Escola Enfermagem USP*, 1998 ago São Paulo;22(2): 223-223.

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

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7). May-2003.

ZOOP. *Planificação de projectos orientada a objetivos*. Disponível em: <http://www.infomipyme.com/Docs/GT/Offline/zopp.doc>. Acesso em: 20 out. 2009.