

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

YURIMA JARROSAY RODRIGUEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL, NUMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA, TAQUARANA-AL.**

MACEIÓ – ALAGOAS

2016

YURIMA JARROSAY RODRIGUEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL, NUMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA, TAQUARANA-AL.**

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

Orientadora: Prof.^a Valeria Bezerra Santos

**MACEIÓ – ALAGOAS
2016**

YURIMA JARROSAY RODRIGUEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL, NUMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA, TAQUARANA-AL.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a Valeria Bezerra Santos - UFAL

Examinador 2 – Prof.^a Polyana Oliveira Lima – UFAL

Aprovado em Belo Horizonte, em 10 de junho de 2016.

DEDICO

A realização deste trabalho à Deus por ter me dado o dom da vida, sabedoria e perseverança para que pudesse realizá-lo.

À minha família, pelo apoio, incentivo e sacrifício, pois sem eles não teria conseguido chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo a Deus, por sua infinita bondade de me conceder a graça de participar de mais uma experiência em minha vida.

À todos os meus professores, aos quais tenho grande carinho e admiração: em especial aos professores da Universidade Federal de Alagoas (UFAL): Valeria Bezerra Santos e Wendel Soares.

À todos os meus amigos do curso. Com eles vivi momentos de aprendizagem, alegrias, tristezas, discussões, mas principalmente momentos de muita emoção, os quais jamais serão esquecidos.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, considera-se um Síndrome além de constituir uns dos principais fatores de risco modificáveis das doenças cerebrovasculares e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA (Pressão Arterial) pelo mau controle dos fatores de riscos modificáveis exemplo (Sedentarismo, obesidade, e maus hábitos alimentares) além de outros fatores que também favorecem a aparição das complicações por HAS (VI DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO, 2010). Por esta razão e com base na taxa atual de pacientes hipertensos na área em estudo, o objetivo deste projeto de intervenção foi propor uma estratégia educacional, buscando diminuir hábitos e estilos de vida negativos na comunidade assistida. O trabalho relaciona-se com a área de abrangência da unidade de Saúde da Família Murici, Taquarana, AL, onde o maior percentual das mortes acontece pelas complicações da HAS, no ano 2015, de 47 falecimentos, 31 aconteceram pelas complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (65%). Observa-se alto grau de desconhecimento da população dos fatores de riscos para prevenir a doença, e as medidas de controle. Foi proposto um plano de intervenção para reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial na população da equipe através da Identificação dos fatores determinantes na aparição da Hipertensão Arterial. Para a elaboração deste Plano de Ação, foi utilizado o Método de Estimativa Rápida e Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme Campos, Faria, Santos (2010) para o obter o diagnóstico Situacional, em seguida uma revisão de literatura utilizando base de dados do SciELO e LILLACS, utilizou-se Descritores de Ciências da Saúde como:(DESCREVER OS DESCRITORES). Acredita-se que 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 nessa comunidade.

Descritores: Hipertensão Arterial, Saúde Pública, Incidência.

ABSTRACT

Hypertension has high prevalence and low rates of control, is considered one syndrome in addition to being one of the main factors modifiable risk of cerebrovascular and one of the most important public health problems. Cardiovascular disease mortality progressively increases with the elevation of the PA poor control of modifiable risk factors example(sedentary life style, obesity and poor eating habits in addition to others factors that also favor the apparition of complications of hypertension(Guidelines for hypertension, 2010) . 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 area of the team, the objective of this intervention project was the realization of an educational strategy, seeking to reduce negative habits and lifestyles in assisted community .The work deals with the area covered by the family health unit Taquarana, AL where the largest number of deaths occur from complications of arterial hypertension , in 2015 were 47 deaths from cerebrovascular e cardiovascular complications by 65%. Notes If a high level of ignorance of the population risk factors to prevent disease, and control measures. It is proposed a plan of intervention to reduce the prevalence of hypertension in population of the team through identifying the determining factors in the appearance of hypertension in population of Murici. Taquarana-al. to elaborate a plan of action, it was used o rapid estimation method the situational method strategic planning(PES) according Campos, Farias, Santos (2010) to get de situational diagnosis, following is a literature review using database of SciELO and LILLACS, it was used in health sciences descriptors to describe the descriptors . It is believed that ensure adequate health promotion, prevention of complications, and the proper control of HAS in patients constitute a significant contribution to the reduction of morbidity and mortality in this community.

Key words: arterial hypertension, Public health ,incidence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICAS.....	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS	24

1- INTRODUÇÃO:

Identificação do Município:

Nome: Taquarana

Localização em relação à capital do estado:

O município de Taquarana está localizado na região central do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com os municípios de Belém, Igaci e Tanque D'Arca, a sul com Limoeiro de Anadia, a leste com Tanque D'Arca e a oeste com Coité do Nóia. A área municipal ocupa 166,5 km² (0,60% de AL) inserida na meso-região do Agreste Alagoano e na micro-região de Arapiraca, a 111 km da capital do estado Maceió.

População (número de habitantes): 19.020 Habitantes, segundo censo IBGE (2010).

Teve seu território desmembrado de Limoeiro de Anadia no dia 24 de agosto de 1962, marcado por uma história que começou ainda em meados do século XVIII, partindo de uma fazenda de gado denominada de Cana Brava, pertencente à família Correia Paes.

Ao instalar a fazenda Canabrava - com a criação de gado e diversificadas lavouras - em 1750, atraídos pelas belezas naturais do lugar e pela abundância de água, a família Correias Paes, proveniente do Estado de Pernambuco, deu origem ao atual município de Taquarana, que até sua emancipação era conhecido por Canabrava dos Paes.

Como na maioria dos municípios alagoanos, o povoado se expandiu a partir de 1821, com a construção da matriz de Santa Cruz, num local já afastado da fazenda. Considerados também como fundadores, Luiz Carlos de Souza Barbosa, Antonio Paulino da Silva, Antonio Faustino da Silva Madeira e José Miguel Soares - com suas famílias - foram os primeiros habitantes. Ponto de passagem obrigatório - pela estratégica posição de proximidade com a estrada que ligava o Sertão à capital - alcançou o progresso rapidamente. Em 1938 foi elevada à condição de vila, ainda pertencendo a Limoeiro de Anadia.

A autonomia administrativa, porém, só veio em Agosto de 1962, através da Lei 2.465, que também alterou o nome da cidade de Cana Brava dos Paes para Taquarana, por sugestão do bispo Dom Rômulo de Farias, arcebispo de Maceió. Os

expoentes da luta pela emancipação foram Manoel Rodrigues de Oliveira, José Tenório de Souza, Floriano de Souza Castro e Pedro Cícero da Silva.

Aspectos Demográficos:

Indicadores: (IBGE 2010)

Área total do município

166,5 km² (0,60 % de Alagoas).

Concentração habitacional

Zona Urbana --- 8.070 pessoas

Zona rural --- 11.050 pessoas.

Nº. Aproximado de domicílios e famílias

Zona Urbana -----2.070

Zona rural ---- 3.080.

No total de 6.050 A população rural é maior que população urbana.

A tabela seguinte sintetiza os dados coletados por ocasião do diagnóstico de saúde de Taquarana:

Tabela 1. Aspectos demográficos: população, por grupos de idade, do município Taquarana, Alagoas, 2010.

Faixa etária	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60 +	Total
Home ns	115	689	904	1121	988	782	1905	1690	1043	9237
Mulhe res	201	643	917	1034	965	855	2102	1900	1166	9783
Total	316	1332	1821	2155	1953	1637	4007	3590	2209	19020

(IBGE 2010)

Taxa de Crescimento Anual: 0,17%

Densidade demográfica: 113,65 hab./km²

Taxa de Escolarização: 72,82%

Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 47,68%

IDEB Este município, em 2011, está na 4.003^a posição, entre os 5.565 municípios do Brasil, quando avaliados os alunos dos anos iniciais, e na 3.838^a, no caso dos alunos dos anos finais. Quando analisada a sua posição entre os 102 Municípios de seu Estado, Taquarana está na 10^a posição nos anos iniciais e na 1^a, nos anos finais

População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: 96,28%

Aspectos Socioeconômicos:

Indicadores

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,541 baixo PNUD (2004)

Taxa de Urbanização 24,07%

Renda Média Familiar 724,00. Além, desta renda média, existem 2.296 famílias que vivem do incentivo financeiro dos programas do Governo Federal (Bolsa família).

% de Abastecimento de água tratada 80%

% de recolhimento de esgoto por rede pública: O município não possui saneamento básico.

Principais Atividades Econômicas: agricultura, comércio e serviços públicos.

Território e População Adstrita

Na comunidade de Murici, em tempos remotos, predominava o arbusto Murici dai surgiu sua denominação.

No povoado de Olhos d'água dos Freires, onde se localiza um posto de saúde de apoio, que se chama assim por ter uma nascente de água, que se encontrava na propriedade da família Freire, em homenagem à mesma, que era muito considerada.

A maior parte da população é desempregada, outros trabalhadores da agricultura, e uma pequena quantidade trabalham em comércio e outros serviços.

Níveis de Alfabetização (IBGE, 2010)

Alfabetizados são de 50,2 %

Taxa de emprego: 63%.

A "Unidade Básica de Saúde de Murici" consta com uma unidade de apoio em Olho D'água dos Freires, as duas estão em locais adaptados e as condições da infraestrutura são precárias, mesmo assim são atendidas aproximadamente 1.754 pessoas.

Como Vivem, de Que Vivem e Como Morrem.

A primeira causa de morte são as doenças cerebrovasculares (infartos e doenças cerebrovasculares) alcançando o maior percentual as doenças cerebrovasculares tipo isquêmico (38%) os principais fatores de risco são, hipertensão (com tendência a aumento, diariamente aparecem de 2 a 3 casos

novos), obesidade, hipercolesterolêmica sedentarismo e estresse, influi também o baixo nível cultural e profissional de seus moradores. (SIAB, 2014)

Outro problema de saúde de vital importância na comunidade é a gravidez na adolescência que nos últimos meses aumentou consideravelmente o número de grávidas na adolescência a um 32% comparado com o ano anterior. (SIAB, 2014)

A população vive da agricultura, cerca de 54% com a ajuda do incentivo do Governo Federal (Bolsa Família). (SIAB, 2014)

Recursos da Comunidade

Conta com um prédio com duas salas de aula;

Duas igrejas;

Associação de moradores (48% dos moradores).

Serviços Existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos).

Eletrificado totalmente (100%), conta com serviços de água de poço ou nascente e 1,08 % de outras redes, conta com serviços de telefonia e de internet.

Sistema Local de Saúde:

O posto de saúde da família de Murici tem fácil acesso para a zona urbana e as localidades a ele pertencente: Murici, Mutamba, Juazeiro I, Barro Preto, Olho d'água dos freires, Lagoa do tanque, varas, Itapaúna e Monte D'ouro, possuindo os dois atendimentos de rotina de todos os programas que fazem parte da Estratégia Saúde da Família.

A unidade básica é composta por, um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, um agente administrativo e um auxiliar de serviços gerais.

Recursos Materiais:

As duas unidades de saúde são muito pequenas, poucos ventiladas, condições estruturais precárias, a área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isso dificulta o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existem cadeiras para todos e muita gente tem que aguardar em pé e fora da instalação, não existe salão para as reuniões da equipe o horário de

funcionamento de 8h às 17h, tem escassez de equipamentos e outros recursos materiais necessários para a atenção básica dos usuários.

A Equipe de Saúde, até o último cadastro, tem um total de 548 famílias, com 1.754 habitantes. (SIAB, 2014)

Tabela 2. População segundo a faixa etária e sexo na Estratégia Saúde da Família Murici. Alagoas 2014.

Sexo	Faixa etária por anos										
	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Homens	6	57	22	42	107	87	274	102	64	108	869
Mulheres	13	46	25	32	88	90	268	103	83	137	885
Total	19	103	47	74	195	177	542	205	147	245	1.754

FONTE: SIAB ANO 2014

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 enfermidades cerebrovasculares, cardíacas e doenças de rins terminal, pois compromete a funcionalidade de outros órgãos. Seu controle é difícil e está intimamente relacionado com as mudanças nos estilos de vida (hábitos alimentares, tabagismo, obesidade e sedentarismo) associado ao nível de conhecimento que deve ter a população sobre os fatores de riscos e complicações do síndrome em questão, associado 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. Mediante o que foi apresentado esta proposta de intervenção objetiva diminuir a alta prevalência de hipertensão na área de abrangência do Murici.

2- JUSTIFICATIVA

Este projeto de intervenção constitui uma proposta que tem como objetivo possibilitar e garantir um aprendizado e sensibilização de toda a população adstrita sobre hábitos saudáveis, transmitir conhecimento sobre esta doença para diminuir os fatores de riscos da hipertensão arterial, a aparição dos casos novos, manter o controle dos hipertensos e evitar complicações. É muito importante aumentar a adesão ao tratamento desta patologia, a pressão alta é referida como "assassino silencioso" podendo não manifestar sintomas nem sinais.

A Hipertensão Arterial é uma doença muito frequente na área de abrangência da unidade básica da saúde de Murici, neste momento segundo (SIAB, 2014) tem-se 237 pacientes hipertensos, isso representa 13,5% do total da população, predominando a faixa etária de 35-60 anos e continua aumentando diariamente nas diferentes ações de saúde desenvolvidas pela equipe aparecendo por dia de dois a três casos novos constituindo o principal problema de saúde identificado, além disso, e a doença crônica com maior morbimortalidade por acidentes cerebrovasculares que também levam a nossos pacientes a uma incapacidade física total ou parcial afetando sua qualidade de vida e da sua família.

É uma enfermidade sistêmica e um fator de risco, multicausado e determinado por riscos variáveis, tais como hábitos alimentares e estilos de vida não saudáveis (obesidade, sedentarismo e fumantes). (SIAB, 2014)

3. OBJETIVOS

Geral

Diminuir a alta prevalência de hipertensão arterial, na Estratégia saúde da família Murici no município de Taquarana- ALagoas.

Específicos

- Orientar os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS - sobre a importância de modificar estilo de vida;
- Identificar os fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica mais frequente nos pacientes residentes na área de abrangência da UBS Murici;
- Esclarecer, junto aos pacientes, sobre os riscos de desenvolverem complicações da HAS.

4- METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção a equipe de saúde realizou o diagnóstico situacional da área de abrangência mediante a identificação de dados utilizando o Método da Estimativa Rápida, sendo coletados somente aqueles pertinentes e necessários para uma aproximação à realidade vivenciada pela população(utilizamos as histórias clínicas pessoais e familiares, o sistema de registro estatístico do PSF (SIAB), os dados coletados das consulta agendados, espontâneos, programados, outros programas e visitas domiciliares)

Para seu desenvolvimento buscou-se a fundamentação teórica por meio de uma revisão narrativa a partir de pesquisa realizada na Biblioteca Virtual de saúde (BVS) utilizados os seguintes descritores: doenças cardiovasculares, estilos de vida, hipertensão arterial sistêmica, fatores de riscos coronários.

A elaboração da proposta de intervenção baseou-se no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme definido por Campos, Faria e Santos (2010), por meio do qual, após identificar os problemas, elaborou-se o plano de ação com as atividades planejadas, responsáveis e prazos para alcançar intervenção sobre o problema prioritário.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Assim, "..., segundo BRASIL (2006. p.14), "hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual 90 mmHg...".

Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2006 e Williams, 2010 citam na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: a hipertensão é uma condição clínica associa-se a outras alterações funcionais dos órgãos alvo como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e associa ainda a alterações metabólicas com consequência do aumento de riscos de eventos cardiovasculares fatais ou não.

A hipertensão arterial configura-se atualmente como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, com consequências significativas para a saúde pública. A pressão alta abrange cerca de 30% da população adulta brasileira, na terceira idade o índice é de mais de 50% e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil (BRASIL, 2002. P.13 *apud* GUIMARÃES; MEDEIROS, 2007 p 18).

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

Nesta condição, o aumento do consumo de alimentos enlatados, rico em sódio, também está associado aos casos de HAS (RODRIGUES; GONÇALVES; TEIXEIRA, 2011). 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/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

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, 2010).

A equipe de saúde deve acompanhar a todos pacientes que tenham fatores de riscos que predisponham o surgimento da hipertensão na tentativa de modificar aqueles casos modificáveis, estimulando-os a participar nas atividades educativas onde eles podem conhecer melhor os hábitos de vida saudáveis e obter informações sobre a doença em questão (LIMA, GAZETA. 2010. p7).

Em outros estudos realizados foi registrado um maior predomínio de HAS nas regiões Norte (18,9%) e Médio Oeste (19,4%) e uma prevalência maior nas regiões Sudeste (22,8%) e Sul (20,9%). Este mesmo estudo identificou também que a frequência da hipertensão aumenta com a idade, diminuem com a escolaridade, é maior entre negros e viúvos, menor entre os solteiros e aumentada entre os indivíduos com sobrepeso, diabetes, dislipidemias e com problemas cardiovasculares (CIPULLO *et al.*, 2010).

Em outras análises realizadas sobre a HAS encontram-se como fatores de riscos modificáveis pela intervenção dos profissionais da ESF: a idade, peso e obesidade, sedentarismo, ingestão de álcool, tabaco e hábitos alimentares. No entanto, fatores genéticos, gênero e etnia, fatores socioeconômicos não são modificáveis por intervenção da equipe de saúde (CIPULLO *et al.*, 2010).

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, 2001). 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/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

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)

Após avaliação clínica prévia, recomenda-se prática de atividade física aeróbica moderada por pelo menos 30 minutos por dia, na maioria dos dias da semana, se não houver limitação. Dessa forma, pode-se obter uma redução aproximada de 4 a 9 mmHg da PA sistólica. Um programa de atividade física deve iniciar-se com distância não superior a 1.000m, devendo ser acrescido, semanalmente, 200 a 500m até que atinjam aproximadamente 6.000m. Uma referência é o desenvolvimento de 100m por minuto durante as caminhadas (NOBRE. 2013. p8).

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

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

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

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).

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).

6. PLANO DE AÇÃO

O problema selecionado como prioritário foi a elevada incidência de pacientes com hipertensão arterial, com um total de 237 pacientes cadastrados, que representam 13,5% da população total, predominando a faixa etária de 35-60 anos de idade. Muitos pacientes chegam a unidade por 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, detectou-se 49 casos novos desta doença em comparação ao ano anterior que só foram 21, destes 49 casos novos o 82% tem associados fatores de riscos.

A hipertensão arterial é uma síndrome, na área em estudo está muito relacionada com os maus hábitos e estilos de vida. Tem muitos pacientes fumantes e obesos que são sedentários e 633 dos 845 normopesos (na faixa etária de 20-60 anos) mais do 50%, que não praticam atividade física, porém, são alvo desta doença. Por isso considerou se o sedentarismo como outro problema crítico; por tudo o exposto anteriormente decidimos fazer nosso trabalho direcionado a diminuir a incidência de hipertensos em nossa área como mostra o projeto que segue.

Quadro 3: “Nó – crítico” 1 Maus hábitos e estilos de vida quanto a Hipertensão arterial da Unidade de Saúde da Família no Município Taquarana, Alagoas, 2016.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida
Operação	+ Saúde
Projeto	Modificar Hábitos e estilos de vida
Resultados esperados	Diminuir o 15% dos tabagistas (mediante o uso do medicamentos no desmame e placebos) e obesos de 1 ano
Produtos esperados	Palestras educativas. Campanhas de promoção de saúde nas instituições de saúde e radio. Visitas domiciliares programadas a pacientes hipertensos direcionada as mudanças nos estilos de

	vida. Trabalho em conjunto com a nutricionista.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretário de saúde. Setor de comunicação social. Coordenador da atenção básica Equipe de saúde Hipertensos Grupos de riscos
Recursos necessários	Local, profissional qualificados e meios de difusão massivos
Controle dos recursos críticos	Políticos: Conseguir mais espaço na radio local. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. etc. Profissional qualificado. Local
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de saúde e apoio das associações
Responsáveis:	Médico, enfermeira, nutricionista e agentes comunitários
Cronograma / Prazo	Início em um mês Término em seis meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhada pela equipe, em andamento e avaliada cada três meses.

Quadro 4: “Nó – crítico 2” Sedentarismo na comunidade atendida na USF do município Taquarana Alagoas, 2016.

Nó crítico 2	Sedentarismo
Operação	Viver melhor
Projeto	Conseguir a incorporação á pratica de atividade física e exercícios físicos.
Resultados esperados	Diminuir o 20% dos sedentários
Produtos esperados	Promover a realização de exercícios físicos em toda a comunidade. Criação de grupos de hipertensos para fazer caminhadas assim como outros grupos de riscos

	Promover a incorporação á academia e ginástica aeróbia
Atores sociais/ responsabilidades	Secretario de saúde, educação, cultura e presidenta do conselho. Equipe de saúde Hipertensos Grupos de riscos
Recursos necessários	Local, profissional qualificados
Controle dos recursos críticos	Organizacional: Para a realização dos exercícios e criação dos grupos. Políticos: Mobilização social em torno das questões relacionadas com a pratica de exercícios físicos. Local. Profissional qualificado.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de saúde e apoio das associações
Responsáveis:	Médico, enfermeira e toda a equipe de saúde,núcleo de atenção de saúde da família(Nutricionista e educador físico)
Cronograma / Prazo	3 meses para o inicio das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhada pela equipe, em andamento e avaliada cada três meses com IMC

Quadro 5: “Nó – crítico 3” Baixo nível de informação sobre alimentação adequada dos hipertensos do USF Do município Taquarana AL

Nó crítico 3	Baixo nível informação sobre alimentação adequada.
Operação	Saber +
Projeto	Aumentar o nível de informação da população sobre os alimentos saudáveis para manter o controle e prevenção da hipertensão arterial.
Resultados esperados	Aumentar o nível de informação da população sobre os alimentos saudáveis para manter o controle e prevenção da hipertensão arterial.

Produtos esperados	<p>Campanhas educativas e palestras. Grupos operativos com os hipertensos com riscos cardiovasculares aumentados</p> <p>População mais informada. Campanha de radio local” Campanha vida saudável”</p> <p>Capacitação aos Agentes Comunitários de Saúde e cuidadores.</p>
Atores sociais/ responsabilidades	<p>Secretaria de saúde e educação Equipe de saúde Hipertensos Grupos de riscos Cuidadores.</p>
Recursos necessários	Local, profissional qualificados
Controle dos recursos críticos	<p>Político: Articulação com a secretaria de educação</p>
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de saúde e apoio das associações
Responsáveis:	Médico e enfermeira da equipe
Cronograma / Prazo	<p>Início em 1 mês termino 9 meses Início em 1 mês termino 3 meses Início em 1 mês termino 2 meses</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhada pelo médico e enfermeira e avaliada mensalmente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação do projeto de intervenção onde utilizamos o método de Planejamento Estratégico Situacional esperou-se melhorar o conhecimento dos pacientes em relação à Hipertensão arterial e suas complicações, assim como diminuir os fatores de risco da HAS. Pretendeu-se também buscar a realização de um processo de trabalho mais organizado baseado nos princípios de eficiência, equidade, integralidade, participação da comunidade e atendimento humanizado, ademais, estimular a modificação dos estilos de vida e aumentar as ações de saúde com a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde e qualificar a informação de toda a população, o cuidado dos usuários e da equipe, disparado pela estratégia educativa.

A hipertensão arterial assim como outras doenças crônico-degenerativas não transmissíveis apresenta altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado na atenção básica à saúde. Por ser passível de diagnóstico precoce e controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, proposta como a do plano de intervenção em questão, são importantes por contribuir otimizando o controle das afecções crônicas e diminuindo a ocorrência de eventos cardiovasculares na população acometida pela hipertensão arterial. Com isso, busca-se reduzir a morbimortalidade relacionada às doenças cerebrovasculares e os custos a ela relacionados.

Com a realização e cumprimento deste projeto foi conseguido a incorporação de 72% de pacientes, com riscos e um 67% de hipertensos, à prática de atividades físicas, principalmente as caminhadas, com ajuda da presidenta da associação de Murici e outros atores sociais, diminuindo o número de sedentários e modificando os hábitos e estilos de vida no que respeita (obesidade) conseguindo que 7 pacientes obesos tornassem normopeso, envolvendo a nutricionista e outros profissionais do Núcleo da atenção da saúde da família, enquanto aos fumantes não temos conseguido mudança alguma, tem recepcionado a relação do tabaquismo com a Hipertensão arterial e outras doenças mas não conseguem deixar o fumo, hoje se pode dizer que a população atendida pela Equipe, tem muito domínio sobre alimentação adequada no caso dos hipertensos a mudança deles tem sido muito significativa em todas os âmbitos.

REFERENCIAS

BRASIL, IV **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**.2002.- SHB – Sociedade Brasileira de Hipertensão, SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia, SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia. Campos do Jordão-SP: BG Cultura, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf>. Acesso em: 20 Abr.2015

CIPULLO, J.P.*et al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma População Urbana brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n.4, , abr. 2010

DATASUS, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF> Data de acesso: 2 Dic. 2014.

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Sociedade brasileira de Cardiologia**.78p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>.2010

GOMEZ, R. 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. 35.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Taquarana>>. Acesso em: 11 Nov. 2014.

IDBE.Índice de desenvolvimento da educação básica, 2011.Disponível em:< http://www.desenvolvimento.ifal.edu.br/observatorio/informacoes-socioeconomicas1/copy_of_dados_odm/ta>.Acesso em:5 Dic.2014.

LIMA, L.P.M; GAZETTA, C.E. Análise do programa do controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 14, n. 2, p. 88-94, 2010.

MALACHIAS, M. V. B. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Palavra do Presidente. **Rev. Bras. Hipertens.**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.2-3, 2010. Disponível em: < <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2015

NOBRE, F, ET, AL, **Hipertensão arterial sistêmica primária.** *Medicina* (Ribeirão Preto) 2013 46 (3): 252-72. Disponível em :[http:// revista, fmrp. usp.Br/2013/ vol 46 n3/ rev_Hipertens % E 30% 20 arterial % 20 sist % EA mica % 21 prim % E 1ria. Pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%20arterial%20sist%20EA%20mica%20prim%20E%201ria.Pdf)>. Acesso em 06 de março .2016.

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

PIERIN, A. M. G. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 22, n. 2, p.273-82, ago. 1998.

PNUD. Programa das nações unidas para o desenvolvimento,2004.Disponível em:<http://www.pnud.org.br/hdr/arquivos/RDHglobais/hdr2004-portuguese.pdf>.Acesso em:5 Dic.2014.

RODRIGUES, L. GONÇALVES, M. TEIXEIRA, G.E.. **Indicadores de vulnerabilidade e risco social para as famílias pobres cadastradas no Ministério de Desenvolvimento Social no município de Montes Claros (MG)**, 2011. Disponível em:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial V**. Minas Gerais, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010, além de outras Diretrizes. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, n.95, v. 1, Supl. 1, p. 1-51, 2010.