

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

**AIDE ADAN ALVAREZ**

**PACIENTES HIPERTENSOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**  
**VI - MUNICÍPIO DE IGREJA NOVA: uma proposta de**  
**intervenção**

**MACEIO-ALAGOAS**

**2015**

**AIDE ADAN ALVAREZ**

**PACIENTES HIPERTENSOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
VI - MUNICÍPIO DE IGREJA NOVA: uma proposta de  
intervenção**

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

Orientadora: Ms. Eulita Maria Barcelos

**MACEIÓ-ALAGOAS**

**2015**

**AIDE ADAN ALVAREZ**

**PACIENTES HIPERTENSOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
VI - MUNICÍPIO DE IGREJA NOVA: uma proposta de  
intervenção**

Banca examinadora

Professora: Ms. Eulita Maria Barcelos

Aprovada em Belo Horizonte: 19/03/2015

Professora: Ms. Flavia Casasanta Marini

Aprovada em Belo Horizonte: 24/03/2015

## **DEDICATÓRIA**

A todos os participantes que ajudaram a compor este trabalho para sua efetiva realização.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me conceder a força necessária para trilhar este caminho.

A minha família pelo apoio e incentivo.

A minha equipe de trabalho ESF VI pela sua parceria e paciência durante a coleta de dados.

A enfermeira Daniglayse Santos Vieira.

A Secretaria Municipal de Saúde de Igreja Nova.

A minha Orientadora Ms Eulita Maria Barcelos pelo apoio, orientações, paciência e carinho durante esta construção.

“A distância entre o sonho e a conquista, chama-se atitude.”

(Autor desconhecido)

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica multifatorial, de detecção muitas vezes tardia, pois em muitos casos possui um curso assintomático e prolongado. Ainda continua a ser um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. O tratamento baseia-se em medidas não-farmacológicas e farmacológicas e é essencial para a prevenção de complicações, a longo prazo, relacionadas à morbidade e à mortalidade cardiovascular e cerebral, dentre outras. Na Unidade Básica VI do município Igreja Nova observa-se a dificuldade na manutenção da pressão arterial dos hipertensos, de forma continuada, que pode estar relacionada à falta de adesão destes pacientes ao tratamento. Vários fatores podem contribuir para a baixa adesão ao tratamento. O objetivo do trabalho é elaborar um plano de intervenção para diminuir a morbimortalidade e controle dos pacientes hipertensos. Assim, os dados deste estudo geraram um planejamento estratégico de ações baseados nos hábitos alimentares corretos, prática de atividades físicas e monitorização da tomada correta dos medicamentos anti-hipertensivos buscando intervir para promover uma melhor qualidade de vida aos usuários hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Atenção Primária. Estratégia de Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

High Blood Pressure (HBP) is a chronic multifactorial disease, detection often late because, in many cases has an asymptomatic course and prolonged still continues to be one of the major public health problems in Brazil. The treatment is based on measures not- Pharmacological and pharmacological and is essential to the prevention of complications, in the long term, related to morbidity and cardiovascular mortality and cerebral, among others. The Basic Unit VI the municipality New Church notes the difficulty in the maintenance of blood pressure in hypertensive patients, in a continuous manner, which can be related to the lack of adherence of these patients to the treatment. Several factors may contribute to the low adherence to treatment. The objective of this work is to develop a plan of intervenção to decrease the morbidity and mortality rates and control of hypertensive patients. Thus, the data of this study generated a strategic planning of actions based on correct eating habits, practice of Physical activities and monitoring the correct socket of antihypertensive drugs seeking to intervene to promote a better quality of life for users hypertensive patients.

Keywords: arterial hypertension. Primary Care. Strategy of Family Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

AVC- Acidente Vascular Encefálico

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1- Distribuição da população urbana e rural de Igreja Nova segundo faixa etária- 2013.	13.
Tabela 2- Percentual da população segundo situação do saneamento básico no município de Igreja Nova- 2010.	14
Quadro 3- Problemas encontrados na Unidade de Saúde Família VI.	25
Quadro 4- Descrição dos usuários hipertensos por micro área do PSF VI.	26
<i>Quadro 5-Desenho das operações para os “nós” críticos do problema-2014.--</i>	<i>28</i>
Quadro 6 - Identificação dos recursos críticos.	29
Quadro 7- Análise da viabilidade das propostas de ação – 2014	30
Quadro 8- Plano Operativo.	31
Quadro 9 – Plano de gestão	32

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVO GERAL</b>	<b>19</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>20</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>21</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO</b>	<b>24</b>
<b>6.1 Identificação dos problemas</b>	<b>24</b>
<b>6.2 Priorização dos Problemas</b>	<b>25</b>
<b>6.3 Descrição do Problema</b>	<b>26</b>
<b>6.4 Explicação do Problema</b>	<b>26</b>
<b>6.5 Identificação dos “nós críticos”</b>	<b>27</b>
<b>6.6 recursos críticos identificação dos recursos críticos</b>	<b>29</b>
<b>6.7 análise da viabilidade do plano</b>	<b>30</b>
<b>6.8 plano operativo</b>	<b>31</b>
<b>6.9– Plano de gestão</b>	<b>33</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b>	<b>34</b>
<b>8 REFERÊNCIAS</b>	<b>35</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Igreja Nova é um dos municípios mais antigos do estado de Alagoas, e tem sua história ligada à exploração do rio São Francisco por pescadores vindos da cidade de Penedo que, por volta do século XIX, fundaram um povoado denominando-o de Ponta das Pedras e, em seguida, chamando-o de Oitizeiro. Logo foi erguida uma pequena capela em homenagem a São João Batista, até hoje padroeiro do município. O nome Igreja Nova, porém, só foi adotado em 1928.

O município, Igreja Nova está localizado na microrregião leste do estado de Alagoas. A população é de 23.570 habitantes que ocupam uma área 410 km<sup>2</sup>, sendo que, 7230 habitam a zona urbana e 16.340 a zona rural. O clima é tropical chuvoso com verão seco. Estação chuvosa no outono /inverno. A religião Católica Apostólica Romana predomina entre seu povo, mas existem outras religiões. (IBGE, 2014).

Através da coleta de dados realizada no SIAB (2013) do município foi possível levantar um diagnóstico situacional da área de abrangência possibilitando a equipe conhecê-la melhor, e compreender os problemas vivenciados pela população.

Em relação aos aspectos demográficos tabela 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária.

***Tabela1 - Distribuição da população urbana e rural de Igreja Nova segundo faixa etária, 2013.***

Faixa etária	Urbana	Rural	Número absoluto	%
- 1 ano	52	182	234	1.0
1 - 4	404	910	1314	5.6
5 - 9	732	1611	2343	9.9
10 - 14	1002	1581	2583	10.9
15 - 19	1006	1378	2384	10.2
20 - 39	1023	4771	5794	24.5
40 - 49	1000	1531	2531	10.8

50 – 59	953	1694	2647	11.3
60 e mais	1058	2682	3740	15.8
Total	7230	16340	23570	100

Fonte: SIAB (2013)

Ao analisar a tabela constata-se que há uma predominância da população da zona rural sobre a zona urbana em todas faixas etárias. A Taxa de crescimento anual da população no período de 2000/2013 foi de 0.75% e a densidade demográfica foi de 54,36% hab/km.

Abordando os aspectos socioeconômicos, as atividades econômicas e de arrecadação podemos constatar que as principais atividades socioeconômicas da Igreja Nova são: agricultura, pecuária e silvicultura. É um dos maiores produtores de arroz do estado, com reconhecida importância no desenvolvimento da região ribeirinha do Rio São Francisco. Também se destaca pelo cultivo em grande escala, da cana de açúcar tal fato incitou a implantação no município, de uma usina de açúcar e álcool, a qual fora instalada no povoado de Perucaba.

Descrevendo o saneamento básico do município a tabela 02 sintetiza as informações.

**Tabela 2- Percentual da população segundo situação do saneamento básico no município de Igreja Nova- 2010.**

Abastecimento de água	2000	2010
Rede geral	36,1%	59.64%
Poço ou nascente (na propriedade)	52,5%	38,9%
Outra forma	1,4%	1,6%
Instalação Sanitária	2000	2010%
Rede geral de esgoto ou pluvial	37,4%	49,8%
Fossa séptica	0,1%	1,9%
Fossa rudimentar	3,2%	10,5%
Não tem instalação sanitária	28,4%	5,5%
Coleta de lixo	2000%	2010%
Lixo coletado	14,0%	54,5%

Lixo queimado (na propriedade)	42,2%	34,5%
Lixo enterrado (na propriedade)	8,8%	0,4%

Fonte: IBGE/Censos Demográficos (2013).

A tabela 2 demonstra uma progressiva evolução no abastecimento de água, instalação sanitária e coleta de lixo, este fato veio contribuir para a melhoria do estado de saúde da população e na prevenção de doenças.

A situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores: taxa de escolarização com um percentual de 31,14%, a taxa de alfabetizados com idades acima de 10 anos (41,90% da população) e a taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 27,16% nas últimas duas décadas (IBGE/CENSOS DEMOGRÁFICOS, 2013.).

Igreja Nova, na área educacional possui 32 escolas de ensino pré-escolar, 55 escolas de ensino fundamental, e 01 escola de ensino médio. No município, existem 8.979 habitantes alfabetizados com idades acima de 10 anos (41,90% da população).

O município conta com muitos recursos da comunidade, incluindo área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, igrejas). Nas comunidades encontram-se os serviços de 01 unidade de saúde por área de abrangência, 01 posto de atendimento 24 horas, várias Igrejas.

Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia fixa e móvel, correios, agências bancárias)

Relatando sobre o Sistema Municipal de saúde cerca de 100% da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com 09 Unidades de Saúde da Família, 01 casa maternal e 01 laboratório clínico, sendo 07 localizadas em zona rural. Existe uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com objetivo de promover à qualidade de vida da população por meio de ações educativas e/ou reabilitativas.

O município conta com 02 ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade. Possui também, em pleno funcionamento um Conselho Municipal de Saúde.

O laboratório público não está funcionando o que dificulta o seguimento e diagnóstico, tem 01 laboratório particular que presta serviço a Secretaria de Saúde.

Ao referenciar os aspectos epidemiológicos o município destaca com o combate ao mosquito *Aedes aegypti* transmissor da dengue é conscientizando a população utilizando ações educativas por meio de palestras, eventos com objetivo de multiplicar as informações por um município limpo e saudável, cada vez mais somando um montante a fim de combater o transmissor prevenindo assim a incidência da doença. Também temos como meta preconizar a disponibilidade de um agente para alcançar 800 a 1000 residências bimensais, correspondendo a um rendimento diário de 20 a 25 residências\dia.

Nossa área de abrangência, localizado na zona urbana, a estrutura de saneamento básico é razoavelmente regular, conta com coleta de lixo, na maioria das residências tem instalação sanitária. Existem famílias em situações precárias de moradia. Contamos com uma população de 2.507 habitantes sendo 1252 mulheres e 1255 homens.

A Unidade de Saúde foi implantada em 1996, funciona numa casa alugada não tem uma estrutura adequada para os atendimentos. Funciona de segunda a sexta de 7 horas às 16 horas. A equipe é composta pelos profissionais: 01 médico, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 técnica de enfermagem, 01 auxiliar de dentista, 06 agentes de saúde e 01 auxiliar de serviços gerais, todos trabalham 40 horas semanais.

Os atendimentos de média e alta complexidade são realizados em Penedo e Arapiraca. A equipe de saúde realiza os programas preconizados pelo Ministério da Saúde. Todo paciente com quadro agudo é atendido por demanda espontânea, a nossa equipe realiza mensalmente reunião para informação estatística e análises de dificuldades no processo de trabalho apresentadas no mês.

O sistema de referência e contra referência não funciona bem porque os pacientes que são remitidos a consultas ou remitidos para atenção secundária retornam sem nenhuma informação para atenção básica.

Segundo os dados do SIAB (2013) o Posto de Saúde no final de 2013 tinha cadastrados, 270 portadores de hipertensão arterial e 122 portadores do diabetes. As principais causas de internação em 2013 segundo dados do SIH DATASUS foram: complicações do diabetes, AVC e câncer. As principais causas de óbitos foram doenças cardiovasculares e pneumonia.

A cobertura de vacinal da população de menores de 05 anos de idade foi de 91.3% de cobertura vacinal. Todos os dados apresentados são produtos do diagnóstico situacional realizado pela equipe que possibilitou avaliar a real condição do estado de saúde e necessidades da população da área de abrangência.

Todo este contexto apresentado foi de essencial importância no desenrolar do trabalho, pois possibilitou ao profissional conhecer a realidade e os aspectos que envolvem sua área de abrangência passando por todos os aspectos sócio-econômico-cultural-ambiental que podem interferir no processo saúde-doença do indivíduo.

Em dezembro de 2013 sou apresentada a uma equipe de estratégia de saúde da família localizada na zona urbana, onde por muito tempo ficou sem médico efetivo para exercer atividades do programa, percebi que aquela era uma população carente de saúde, o local onde o PSF funcionava não apresentava condições essenciais para desenvolver todas as atividades inerentes.

Então, o trabalho iniciou, e durante os atendimentos médicos tanto no tocante ao programa hiperdia como nas demandas espontâneas foram observados novos casos e aspectos que interferiam no controle dos níveis pressóricos, como os hábitos alimentares e a tomada incorreta dos medicamentos bem como a falta de informação por parte de alguns pacientes e além disso tivemos óbitos tendo como causa base a hipertensão arterial

sistêmica, também chamou atenção um aspecto essencial dentro do âmbito da saúde pública, que é a prática de atividades de educação em saúde.

Logo diante de tal inquietação foi realizada uma reunião com a equipe durante a produção mensal para expor o problema, e todas as falas dos integrantes da equipe remetiam também para estas observações, logo, várias ideias surgiram bem como, alguns vícios de trabalho que precisariam ser mudados, como por exemplo, aumento das palestras, uma triagem mais minuciosa, uma parceria mais efetiva com a equipe do NASF, e um aumento da frequência das visitas ao pacientes de risco.

Conhecendo que a estratégia do PSF prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, e que os profissionais e população criam vínculos de corresponsabilidade, essas características presentes tornam ainda mais viável à proposta deste estudo.

Pois, a hipertensão continua sendo uma das preocupações evidentes no âmbito da saúde primária pois suas sequelas traduzem danos que interfere em todo processo saúde doença do individuo e traz consigo a responsabilidade dos familiares nos cuidados a serem prestados. Diante disso foi consenso da equipe trabalhar com os pacientes portadores de hipertensão no sentido de abaixar os níveis pressóricos de acordo com que é preconizado pelo Ministério de Saúde e promovendo uma saúde saudável.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se justifica por uma detecção elevada da prevalência de pacientes hipertensos com dificuldade em seu controle e tratamento associados aos hábitos do estilo de vida do usuário e não cumprimento das orientações não farmacológicas como alimentação adequada e a ausência da prática de atividades físicas, o que pode ter como consequência sequelas que interferem na qualidade de vida dos pacientes, existindo um alto risco para as doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, aumento de internações e óbitos.

A hipertensão é uma doença crônica que requer um bom controle, o uso contínuo dos medicamentos nos horários prescritos pelo médico, como também uma dieta saudável, associada à prática de exercícios físicos, prevenindo assim consequências desta doença de base. A equipe de saúde deve utilizar várias estratégias de abordagem do paciente hipertenso para alcançar uma maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamento para reduzir os índices pressóricos.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção para diminuir a morbimortalidade e controle dos pacientes hipertensos na Unidade Básica VI do município Igreja Nova.

#### **4 METODOLOGIA**

Para levantar os problemas vivenciados pela população na área de abrangência da Unidade de Saúde VI, foi realizado pela equipe o diagnóstico de saúde. As informações foram obtidas por meio da Estimativa Rápida, um método em que técnicos da saúde examinam registros escritos existentes (prontuários), entrevistas com informantes chaves (representantes da comunidade) e observação ativa da área.

Também em reuniões semanais, cada membro a equipe de saúde expunha os problemas mais relevantes, chegando ao consenso da morbimortalidade e o não controle dos pacientes hipertensos no tratamento que permitiu identificar os problemas e compreendê-los melhor. Para amenizar estas questões foi necessário elaborar um plano de intervenção, utilizando o método preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) seguindo os passos determinados pelo mesmo (CAMPOS, FARIA, SANTOS (2010).

Buscando um embasamento teórico sobre o tema foi necessário recorrer a literatura nas bases de dados da LILACS e SCIELO, nas publicações do Ministério de Saúde e também coleta de dados sociais nos prontuários dos pacientes cadastrados no Hiperdia. Utilizando-se os descritores: hipertensão arterial, fatores de riscos e Atenção Primária.

Após a revisão narrativa da literatura, foi elaborado um plano de intervenção para diminuir a morbimortalidade e controle dos pacientes hipertensos da área de abrangência na Unidade Básica VI do município Igreja Nova.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica traz complicações clínicas que levam um número significativo de óbitos e que poderiam ser evitadas como, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal, se a aderência ao plano terapêutico fosse seguido corretamente (PICCINI *et al.*, 2012).

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um indicador importante para avaliar o progresso dos sujeitos que possuem HAS, visto que a não aderência os leva a manter elevados índices de morbimortalidade, com repercussões sociais, econômicas, individuais e familiares (GUERRA, 2012).

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma ferramenta na reorganização da atenção primária e por isso, o reconhecimento precoce de hipertensos não aderentes ao tratamento é fundamental para intervenções focadas nas dificuldades e particularidades de cada indivíduo.

O objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é prevenir a morbidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associada à hipertensão arterial sistêmica. A eficácia dos medicamentos anti-hipertensivos hoje disponíveis está bem determinada e é similar (NOBRE *et al.*, 2013).

O tratamento não medicamentoso também reduz a pressão arterial, e se associado ao uso de medicamentos pode melhorar as suas eficácias. “Para o tratamento da HAS deve se considerar, portanto: mudanças de estilo de vida ou tratamento não medicamentoso e a instituição de tratamento medicamentoso” (NOBRE *et al.*, 2013, p. 265).

No tocante ao tratamento não medicamentoso ressalta-se: a diminuição do peso, logo, todos os pacientes com peso acima do ideal (IMC= peso/altura, acima de 25 kg/m) devem ser encorajados a participar de um programa de

atividades físicas aeróbicas e redução da ingestão de calorias, com o objetivo de perder peso (NOBRE *et al.*, 2013).

Na prática de atividade física 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 mm Hg da PA sistólica (NOBRE *et al.*, 2013,p.265).

Segundo Herbes (2012,p.21 ) “a atividade física regular melhora o sono, a capacidade de relacionamento, o bem-estar, auxilia no controle da pressão arterial e do peso”.

A atividade física fortalece o músculo do coração, auxilia a circulação do sangue nas artérias e a capacidade respiratória dos pulmões além de consumir as calorias ingeridas em excesso, sendo, pois, o foco para o desenvolvimento de ações na atenção básica (STOLARSKI, 2012, p.31).

Para Weschenfelder (2012) a educação em saúde na atenção básica, especialmente é um instrumento de intervenção muito importante, pois conhecendo a realidade da população da área de abrangência, as intervenções propostas pela equipe multiprofissional podem produzir melhores resultados. O autor ainda aborda a necessidade de valorizar os novos conceitos de saúde doença e a participação do usuário na

[...] elaboração do seu plano de intervenção, com estímulo à cessação do tabagismo e do uso abusivo de álcool, à redução do peso entre aqueles com sobrepeso, à implementação de atividades físicas, à redução do consumo de sal, ao aumento do consumo de hortaliças e frutas, além da diminuição de alimentos gordurosos, dentre outros, com o intuito de estimular o autocuidado e promover uma melhoria da qualidade de vida da população (WESCHENFELDER, 2012,p.37).

E também constituindo uma das ferramentas importantes neste cuidado cita-se a educação permanente em saúde, um processo educativo formal ou informal, dinâmico, dialógico, visando à transformação do trabalho estimulando assim uma atuação mais crítica, reflexiva e compromissada, onde busca respeitar as características regionais e necessidades específicas na formação deste profissional, superando as deformações e deficiências na formação destes (JESUS *et al.*, 2008; BACKES *et al.*, 2003; MORAIS *et al.*, 2013).

Com a educação permanente em Saúde os serviços são recompensados com profissionais mais competentes, responsáveis e com um trabalho mais consciente, reflexivo e qualificado que reflete na população como um serviço de qualidade que tanta se almeja nas políticas públicas de saúde. Lembrando, que todo processo de educação é necessário retroalimentar pela dinâmica do setor saúde.

Assim, ao pensar em todos os fatores que permeiam a promoção e prevenção à saúde no tocante ao hipertenso é trivial construir um plano de intervenção com o propósito de diminuir o índice de morbimortalidade neste pacientes.

“A abordagem multiprofissional do atendimento do portador de hipertensão tem sido encorajada, aumentando a possibilidade de sucesso do tratamento anti-hipertensivo” (GIORGI, 2006 citado por REIS, 2015.p.). Para o atendimento individual ou de grupo existem estratégias que aumentam a adesão ao tratamento e a sua eficiência. “Através de treinamento e motivação da equipe, a atuação dos diversos profissionais da saúde é insubstituível no tratamento da HAS” (GIORGI, 2006 citado por REIS 2014.p.)

. Tem-se evidências suficientes e comprobatórias que existem muitas estratégias que visam modificações do estilo de vida e são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade (BRASIL, 2006).

A alimentação rica em sódio e gorduras, ausência de exercício físico regular, tabagismo, etilismo e alterações psicoemocionais são mencionados por Mion Jr *et al.* (2002) como fatores contribuintes para a elevação da pressão arterial, sendo considerados chave para a instalação de doenças cardiovasculares e associação a HAS.

O Programa Hiperdia é o melhor momento para conscientizar os usuários para a adesão aos tratamentos. Podem ser programadas palestras educativas e/ou orientações individuais, explicando e esclarecendo a população da importância da prevenção e do controle da hipertensão e do diabetes pelo seguindo corretamente os tratamentos prescritos pelo médico e enfermeira (BRASIL, 2002).

## 6 PLANO DE AÇÃO

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010) o projeto de intervenção facilita o planejamento de todas as ações necessárias para atingir o resultado desejado. No momento do planejamento a equipe discutiu sobre os problemas identificados, levantaram quais seriam suas causas e as estratégias utilizadas, identificando e relacionando das atividades prioritárias tendo em vista os resultados esperados.

Ele deve ser elaborado considerando as demandas e avaliações dos usuários e o cenário em que estão envolvidos.

### **6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas**

Em nossa área de abrangência para identificar os problemas primeiro conhecemos à situação da comunidade através de diferentes fontes de informação. Discutimos e analisamos em reuniões todos os problemas, causas e processos que causam os problemas e priorizamos o mais importante. Foi consenso da equipe que era necessário elaborar um plano de ação utilizando o método de planejamento estratégico situacional para alcançar objetivo proposto. Os problemas encontrados foram:

- A hipertensão arterial alcança 57% entre as outras doenças crônicas.
- Não funcionamento do laboratório do município, dificultando a população a fazer exames de urgência tanto para doenças agudas e crônicas.
- Aumento de morbimortalidade por doenças circulatórias.
- 57.9 % da população usa fossa rudimentar.
- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.

Os problemas de nossa área foram identificados através de método de estimativa rápida, cumprindo com seus princípios como não coletar dados excessivos ou desnecessários, adaptar as investigações para que elas reflitam as condições e especificidades locais, envolver as pessoas da população tanto na definição de seus problemas quanto na identificação das possíveis soluções, tudo isto foi realizado pela equipe da saúde da família em conjunto com líderes formais, líderes informais, agentes comunitários, donos de estabelecimentos, donos de farmácia, trabalhadores dos serviços de saúde entre outros atores.

## 6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Dentre os problemas identificados foi priorizado o alto índice de pacientes hipertensos. Os critérios utilizados foram citados no PES: a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que o problema apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para isso, fizemos uma reunião onde se abordou todos os problemas por diferentes fontes.

### **Quadro 3- Priorização dos problemas encontrados na Unidade de Saúde Família VI**

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
A hipertensão arterial alcança 57% entre as outras doenças crônicas.	Alta	7	total	1
Não funcionamento do laboratório do município, dificultando a população a fazer exames de urgência tanto para doenças agudas e crônicas.	Alta	6	Parcial	2
Aumento de morbimortalidade por doenças circulatórias	Alta	4	Parcial	4
57.9 % da população usa fossa rudimentar.	Alta	4	Parcial	5
Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.	Alta	6	Parcial	3

Fonte: a própria autora

### **6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema**

A hipertensão arterial é nosso principal problema de saúde porque constituem 57% entre doenças crônicas, devido a esta doença tem maior número de pacientes descompensados que demandam consultas e também é causa de óbitos que ocorrem na área de abrangência. A população hipertensa tem dieta inadequada, não pratica atividade física, dificultando assim o controle dos níveis pressóricos.

#### **Quadro 4- Descrição dos usuários hipertensos por micro áreas do ESF VI**

Micro Área	Hipertensos	Pacientes analfabetos	Residem sozinhos	Hábitos inadequados	Não controlados
01	51	17	7	24	18
02	48	11	10	19	11
03	56	19	13	28	13
04	55	20	11	31	17
05	60	22	12	46	15
Total	270	89	53	148	74

Fonte: a própria autora

### **6.4 Quarto Passo: Explicação do Problema**

Alcança 57% à hipertensão arterial entre as outras doenças crônicas:

- Hábitos estilos de vida (sedentarismo, stress, hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo) → se relacionam com aumento de obesidade, HAS, Diabetes, Dislipidemia → aumenta a risco cardiovascular. (Problema) → pode causar IMA, AV, Doença renal crônica → pode provocar o aumento de → invalidez, aposentadoria precoce, aumento do desemprego, aumento da mortalidade.
- Nível de informação (informação sobre os riscos e agravos) → se relacionam com aumento de obesidade, HAS, Diabetes → aumenta a Risco cardiovascular. (Problema) → pode causar IMA, AV, Doença renal crônica → pode provocar o aumento de → invalidez, aposentadoria precoce, aumento do desemprego, aumento da mortalidade.

- Desorganização do processo de trabalho → interfere no uso de protocolo, apoio diagnóstico, referência e contra referência, capacitação do pessoal → pode melhorar o acompanhamento dos riscos os agravos, e melhorar autonomia do paciente com risco de cardiovascular aumentado através de uma atenção integral → podem diminuir complicações.

### **6.5 Quinto Passo: Identificação dos “nós críticos”**

A equipe identificou os nós críticos porque depois de selecionar o problema escolhido, foram analisadas todas as causas que incidiam em na comunidade e assim as causas foram listadas para posteriormente fazer um plano de ações para alcançar mudanças e melhorar o estado de saúde da população. Neste passo descrevemos de acordo com Campos; Faria e Santos (2010, p.70), “como podemos enfrentar os nós críticos definindo operações ou projetos com os resultados e produtos esperados e recursos necessários para realização das ações”.

“Nós críticos” identificados:

- Nível de informação → não conhecimento da população sobre riscos da Hipertensão arterial.
- Hábitos e estilos de vida inadequados → Orientação fora do contexto do paciente (dietas com alimentos fora do padrão alimentar da comunidade), não prática de atividades físicas.
- Desorganização do processo de trabalho →. Não garantia de medicamento e exames previstos nos protocolos para 100 % dos hipertensos.

**Quadro-5 – Desenho das operações para os “nós” críticos do problema-2014**

<b>Nós críticos</b>	<b>Operação/ projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Hábitos e estilos de vida inadequados</b>	<p><b>Mudanças e saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estimular as mudanças nos estilos e hábitos de vida da população hipertensa.</li> <li>-Orientar individualmente e em grupo.</li> <li>-Realizar visitas domiciliares.</li> <li>-Programar de caminhadas.</li> <li>-Realizar campanhas na radio local.</li> <li>-Palestras nas escolas e micro áreas da população.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Implantação dos programas de exercícios físicos orientados.</li> <li>Programa de alimentação saudável.</li> <li>-Participação dos pacientes hipertensos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição de 20% de obesos, sedentários e lograr uma melhor alimentação da população.</li> <li>-Redução do número de pacientes que não praticam exercício físico.</li> <li>-Alteração pela metade em 50% dos hábitos alimentares inadequados aderindo a uma dieta certa.</li> <li>- Adesão as mudanças de estilo de vida.</li> </ul>	<p><b>Organizacional:</b> programa de exercícios físicos e alimentação saudável</p> <p><b>Cognitivo:</b> orientações individuais e palestras sobre o tema</p> <p><b>Político:</b> mobilização social e articulação intersetorial para conseguir espaço</p> <p><b>Financeiro:</b> folhetos educativo e recursos audiovisuais.</p>
<b>Baixo nível de informação dos hipertensos sobre os riscos da hipertensão arterial</b>	<p><b>Conhecimento compartilhado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Conversar com os pacientes para conhecer o nível de conhecimento que eles possuem sobre a doença.</li> <li>-Proporcionar um nível maior de informação da população sobre a hipertensão arterial.</li> <li>-Utilizar palestras a grupos de riscos e hipertensos.</li> <li>-Campanha educativa na rádio local.</li> <li>-Visitas a escolas e centro de trabalho para fazer ações educativas sobre alimentação saudável.</li> </ul>	<p>A população mais informada sobre riscos que tem a hipertensão arterial e suas possíveis complicações. Maior adesão os tratamentos farmacológico e nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Maior adesão ao tratamento anti hipertenso e dietas.</li> <li>-Diminuição dos valores pressóricos.</li> <li>-Melhoria na qualidade de vida .</li> <li>-Prevenção de doenças cardiovasculares.</li> </ul>	<p><b>Cognitivo:</b>conhecimento sobre a patologia</p> <p><b>Organizacional:</b>organizar agenda.</p> <p><b>Política:</b> parcerias, mobilização social</p> <p><b>Financeiro:</b> proporcionar materiais educativos relacionado ao tema.</p>
<b>Desorganização do processo de trabalho</b>	<p><b>Organização nota 10</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reunir com a equipe e discutir as funções de cada membro da equipe</li> <li>-Discutir o processo e estrutura do trabalho.</li> <li>-Organizar a agenda para atendimento e visitas e outras atividades.</li> <li>-Melhorar a estrutura para um bom atendimento a população</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Funções definidas de cada profissional da equipe.</li> <li>-Processo de trabalho organizado</li> <li>-Medicamentos disponíveis para os</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento das funções exercidas.</li> <li>- Equipe consciente e comprometida com a</li> </ul>	<p><b>Cognitivo:</b> elaboração adequada.</p> <p><b>Política:</b> estrutura do serviço com apoio de recursos.</p> <p><b>Financeiros:</b> financiar demandas de medicamentos e exames</p>

	de riscos e hipertensos. -Garantir a disponibilidade do medicamento para os usuários -Garantir os exames previstos pelo município.	usuários. Exames disponíveis para os usuários Agenda organizada para os atendimentos.	comunidade. - Cooperação de toda equipe. Medicamentos e exames disponíveis para a população. Atendimentos conforme agenda programada exceto nos casos emergenciais.	necessários.  <b>Organizacional:</b> organizar a equipe
--	--	---	--	--

### 6.6 Sexto passo: recursos críticos identificação dos recursos críticos

Neste passo foi selecionado recursos importantes para realização dos projetos e que estão disponíveis. É necessário negociação para sua disponibilidade. É necessário definir os recursos críticos, aqueles considerados indispensáveis para execução dos mesmos projetos/operações. No quadro 6 estão resumidos os recursos críticos de cada operação.

**Quadro 6 - Identificação dos recursos críticos**

Operação/ Projeto	Recursos
<b>Mudanças e saúde</b>	<p><b>Organizacional:</b> programa de exercícios físicos e alimentação saudável</p> <p><b>Cognitivo:</b> orientações individuais e palestras sobre o tema</p> <p><b>Politico:</b> mobilização social e articulação intersetorial para conseguir espaço</p> <p><b>Financeiro:</b> folhetos educativo e recursos audiovisuais.</p>
<b>Conhecimento compartilhado</b>	<p><b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre a patologia</p> <p><b>Organizacional:</b> organizar agenda.</p> <p><b>Politica:</b> parcerias, mobilização social</p> <p><b>Financeiro:</b> proporcionar materiais educativos relacionado ao tema.</p>

<b>Organização nota 10</b>	<p><b>Cognitivo:</b> elaboração adequada.</p> <p><b>Política:</b> estrutura do serviço com apoio de recursos.</p> <p><b>Financeiros:</b> financiar demandas de medicamentos e exames necessários.</p> <p><b>Organizacional:</b> organizar a equipe</p>
----------------------------	--

### 6.7 Sétimo passo: análise da viabilidade do plano

Para dar prosseguimento ao projeto é necessário avaliar a motivação de quem controla os recursos críticos necessários para realização das operações ou projetos. Campos; Faria; Santos (2010) esclarecem que a motivação é o envolvimento ou não de quem controla o recurso para solução do problema.

A análise da viabilidade consiste na identificação dos atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema (motivação favorável, indiferente ou contrária) e, então, definir ações estratégicas para viabilizar o plano, motivando o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

#### Quadro 7- Análise da viabilidade das propostas de ação - 2014

Operações / Projetos	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
<b>Mudanças e saúde</b>	<p><b>Organizacional:</b> programa de exercícios físicos e alimentação saudável</p> <p><b>Cognitivo:</b> orientações individuais e palestras sobre o tema</p> <p><b>Político:</b> mobilização social e articulação intersetorial para conseguir espaço</p> <p><b>Financeiro:</b> folhetos educativo e recursos audiovisuais.</p>	<p>Gestor Municipal</p> <p>Secretaria de Saúde e setor de comunicação social</p>	<p>Indiferente</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar plano de ação com dados estadísticos de casos morbimortalidade nos pacientes portadores de hipertensão arterial Sistêmica.</p> <p>Promover educação e saúde.</p>
<b>Conhecimento compartilhado</b>	<p><b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre a patologia</p> <p><b>Organizacional:</b> organizar agenda.</p> <p><b>Política:</b> parcerias,</p>	<p>Gestor Municipal.</p> <p>Secretaria</p>	<p>Indiferente</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar plano de ação como proposta</p> <p>Ações intervenientes na qualidade de vida dos</p>

	mobilização social <b>Financeiro:</b> proporcionar materiais educativos relacionado ao tema.	Municipal de Saúde e Equipe de saúde		pacientes Hipertensos acompanhados .
<b>Organização nota 10</b>	<b>Cognitivo:</b> elaboração adequada. <b>Política:</b> estrutura do serviço com apoio de recursos. <b>Financeiros:</b> financiar demandas de medicamentos e exames necessários. <b>Organizacional:</b> organizar a equipe	Gestor municipal Secretaria Municipal de Saúde  Gestor municipal Secretaria Municipal de Saúde  Comunicação social  Secretaria de saúde e equipe de saúde.	Favorável	Apresentar projeto de estrutura da rede atenção primária.  Colaboração e Parceria mutuam diante do plano de ação a ser executado.  Monitorar controle dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica.

### 6.8 Oitavo passo: plano operativo

Segundo Campos; Faria; Santos, (2010) plano operativo tem como finalidade designar as pessoas responsáveis por cada operação estratégica bem como determinar os prazos para cumprimento das ações

#### Quadro 8- Plano Operativo

Plano operativo					
Projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Mudanças e saúde</b>	Diminuição do numero de obesos. Aumento da adesão dos pacientes nas atividades físicas e corporais. Adesão para um plano alimentar correto.	Programa de educação e saúde com grupo operativo de hipertensos. Campanhas educativas na radio.	.Processo de trabalho organizativo e promover educação e saúde a traves grupos operativos de hipertensos.	Equipe de Saúde No VI Equipe NASF	Seis meses
<b>Conhecimento comparti</b>	Diversidade e expansibilidade de conhecimento em beneficio do seu processo	Capacitação da equipe multidisciplinar.  Divulgação de	Reunião semanais para expor o plano de ação .	Jose augusto Viera, Teresinha cordeiro, Equipe de	Quatro meses

<b>Ihado</b>	Saúde _doença	alimentação saudável por meio de folhetos , panfletos cartas, radio local.	Promover educação e saúde a traves do grupo operativo de hipertensos.	Saúde VI, Conselho de Saúde e a população..	
<b>Organização nota 10</b>	Diminuição de casos de morbimortalidade pela hipertensão arterial.	.Estruturação do Serviço com eficácia.	Apoio financeiro  Cumprimento do horário .  Organização do processo de trabalho.	.Gestor Municipal  Secretaria de Saúde  Equipe de Saúde.	

A última etapa de um projeto de intervenção é considerado por Campos, Faria e Santos, (2010, p.75) como um dos mais importantes porque é o momento tático operacional. Ele descreve como vai ser o gerenciamento do plano, “cujos objetivos são desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos”.

### 6.9 Quadro 9 – Plano de gestão

Planilha de acompanhamento das ações					
<i>Projeto -Mudanças e saúde</i>					
Coordenação: enfermeira, nutricionista e educador físico					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Palestras educativas, Consultas nutricionais, Aulas de práticas corporais.	Equipe de saúde.  Educador físico.	Médio prazo	Implantado Pouco frequentes as aulas	Número reduzido de profissional no Município.	3 meses
<b>Conhecimento compartilhado</b>					
Coordenação: médico e enfermeira – Avaliação mensal					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo

Educação permanente (palestras, Divulgação Municipal)	consultas, na radio	Equipe de Saúde No VI. Teresinha Maria Cordeiro.	Médio prazo	Implantado		
Acompanhamento para controle arterial	mensal da pressão	Medico e enfermeira	Curto prazo	Alguns pacientes não são acompanhados mensalmente	Não assistem a consultas quando são a agendados e a vezes ficam foram do município.	2 meses
Capacitação da equipe multidisciplinar		Silvana torres, Teresinha Maria cordeiro.	Médio prazo	implantado		
Reunião mensal com grupo operativo.		Equipe da saúde VI	Médio prazo	implantado		
<i>Organização nota 10</i> Coordenação: Enfermeira						
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo	
Processo de trabalho organizado e sistematizado	Silvana Torres e Equipe de Saúde	Médio Prazo	Processo de trabalho compartilhado	.		

A avaliação e acompanhamento do plano de intervenção aos pacientes cadastrados portadores de hipertensão arterial sistêmica em nossa área de abrangência da unidade básica está sendo feito pela equipe de saúde juntamente com as coordenadoras de atenção básica. O acompanhamento é mensal e a avaliação em 06 meses. Depois de 01 ano uma avaliação total de todos projetos para verificar o resultado alcançado e se o objetivo foi alcançado e assim poder compartilhar com outras EFS do município.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

Apreciamos como a revisão literária mostrou a importância do trabalho na equipe por meio de ações interdisciplinares e todo cuidado integral que se considere no paciente hipertenso, onde trará consigo redução da morbimortalidade por complicações cardiovasculares e o que aumenta à qualidade de vida, por isso, depois da implantação de algumas ações observamos alguns resultados satisfatórios em relação às mudanças no estilo de vida da população e assim maiores controles dos pacientes hipertensos, onde no ano passado não tivemos óbito por essa causa primária e, além disso, foram garantidos pela secretaria de saúde a maioria os medicamentos necessários para controle dos pacientes cadastrados como hipertensos, também muitos pacientes foram incorporados à prática de atividades físicas de forma espontânea e estimulada diminuindo os números de obesos e sedentários, isso denota que a população aderiu ao tratamento, significando que as ações de prevenção na saúde da atenção básica tem um papel muito importante e estratégico na população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Série **Cadernos de Atenção Básica n.15**. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BACKES VMS, SCHMIDT SMS, NIETSCHE EA. Educação continuada: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2003; 12(1):80-8

CAMPOS, F. C. C de ; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos .**Planejamento e avaliação das ações em saúde**. - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família2ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2010. 110p.

GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p.47-50, 2006.

GUERRA, E.H. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión. **Avances en Enfermería**. v.xxx, n. 2, p. 67-75, mayo-agosto,. 2012.

HERBES. C. **Benefícios da atividade física como tratamento não-farmacológico de doenças crônicas**. Especialização em saúde da família : resumos dos trabalhos de conclusão do curso / Universidade Federal de Santa Catarina;Organizadores, Elza Berger Salema Coelho ... [et al.]. – 1. ed. – Florianópolis: UFSC, 2012.

INSTITUTO Brasileiro de **Geografia e Estatística**. **Infográficos Cidades Alagoas.IgrejaNova**.2014.disponívelhttp://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.Acesso em: março de 2014.

JESUS, E. dos S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta paul. enferm.** [online]. v.21, n.1, p.59-65, 2008.

MION JR, et al. **Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia**. 2002. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/059.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/059.pdf) Acesso em: julho de 2014.

MORAIS F. L. A et al. Educação permanente em Saúde: Uma estratégia para articular ensino e serviço **Rev. Rene.**; v.14,n.5 , p.1050-60. 2013.

NOBRE. F *et al.* Hipertensão arterial sistêmica primária.**Rev. Medicina** (Ribeirão Preto);v.46,n.3, p. 256-72. 2013.

PICCINI. R et al.. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**. v.46,n.3,p.543-50. 2012

REIS.T, F, L . **Baixa adesão ao tratamento de hipertensão arterial:plano de intervenção da equipe saúde da família Penha de Passos - Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão de Curso. - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2015.

STOLARSKI. C,V. **Hipertensão arterial associada ao diabetes. Mellitus na atenção básica**. Especialização em saúde da família : resumos dos trabalhos de conclusão do curso / Universidade Federal de

SantaCatarina;Organizadores, Elza Berger Salema Coelho ... [et al.]. – 1. ed. – Florianópolis: UFSC, 2012.

WESCHENFELDER.D.; **Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família.** Especialização em saúde da família : resumos dos trabalhos de conclusão do curso / Universidade Federal de SantaCatarina;Organizadores, Elza Berger Salema Coelho ... [et al.]. – 1. ed. – Florianópolis: UFSC, 2012.