UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA

ALBERTO ACOSTA DEL MONTE

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A PREVENÇÃO DA DOENÇA HIPERTENSIVA NA UBS NOSSA SENHORA APARECIDA EM CRAIBAS-ALAGOAS

MACEIO-ALAGOAS

2015

ALBERTO ACOSTA DEL MONTE

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A PREVENÇÃO DA DOENÇA HIPERTENSIVA NA UBS NOSSA SENHORA APARECIDA EM CRAIBAS-AL

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

Orientador: Prof DrJorge Luís de Souza Riscado.

MACEIO-ALAGOAS

2015

ALBERTO ACOSTA DEL MONTE

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A PREVENÇÃO DA DOENÇA HIPERTENSIVA NA UBS NOSSA SENHORA APARECIDA EM CRAIBAS-ALAGOAS

Banca examinadora

Prof Dr. Jorge Luiz de Souza Riscado- Orientador

Prof. UFMG examinador-

Aprovado em Belo Horizonte, 03 de dezembro de 2015

DEDICATORIA

Deus em sua infinita bondade e minha família por seu encorajamento.

AGRADECIMENTO

A todos aqueles que contribuíram para este trabalho

O sucesso depende do esforço.

Sófocles.

RESUMO

A hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade, a identificação de vários fatores de risco, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais muito colaboraram para os avanços na sua epidemiologia. Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial essencial provocado por fatores de risco presentes na população, às complicações que ela provoca de não ser tratada devidamente. A estratégia de informação, educação e comunicação tem sido um instrumento largamente utilizado para aproximação e adesão dos usuários à promoção da saúde. O objetivo deste trabalho é Construir coletivamente um plano de intervenção visando aumento na adesão do número de adultos à promoção da saúde, prevenção de fatores de risco para hipertensão, na comunidade da área da UBS Nossa Senhora Aparecida, do município de Craíbas. Alagoas. Baseou-se no Planejamento em Saúde, onde foi realizada a sistematização da análise situacional: identificação do problema comunitário para promoção da saúde, ou seja, alta prevalência de hipertensão arterial e os fatores de risco associados a esta doença. No Percurso Metodológico contou com o envolvimento de atores sociais da área de saúde e usuários; revisão de literatura, utilizou-se metodologicamente de estratégias das Rodas de Conversas; identificação dos nós críticos; dotação dos projetos: Saúde um direito de todos; Prevenção para todos. Foram identificados como nós críticos do problema priorizado: a falta de informação da população acerca de fatores de risco da hipertensão; a dificuldade na realização de práticas de prevenção e promoção à saúde. Busca-se melhorar a qualidade de vida da população da área adscrita pela UBS Nossa Senhora Aparecida, diminuindo a morbimortalidade por doença hipertensiva.

Palavra Chave: Hipertensão Arterial, Fatores de Risco, Estratégia de intervenção.

ABSTRACT

Hypertension is one of the most prevalent health problems today, the identification of several risk factors, such as heredity, age, gender, ethnic group, educational level, socioeconomic status, obesity, alcohol consumption, smoking and use of oral contraceptives greatly contributed to advances in its epidemiology. This work is justified by the high prevalence of essential hypertension caused by risk factors present in the population, the complications it causes not being treated properly. The information strategy, education and communication has been a widely used tool to approach and adherence of users to health promotion. The objective of this work is collectively Build an action plan aiming at increasing the membership the number of adult health promotion, prevention of risk factors for hypertension in UBS Area community Nossa Senhora Aparecida, in the city of Craíbas. Alagoas. It was based on the Health Planning, where the systematization of situational analysis was performed: identification of community problem for health promotion, high prevalence of hypertension and the risk factors associated with this disease. In the course Methodological saw the involvement of stakeholders in the health field and users; It used methodological strategies of Conversations wheels; identifying critical nodes; allocation of projects: Health a universal right; Prevention for all. They were identified as critical nodes of the prioritized problem: the lack of informing the general public about hypertension risk factors; the difficulty in carrying out prevention and health promotion practices. The aim is to improve the quality of life of the population enrolled area by UBS Nossa Senhora Aparecida, reducing the morbidity and mortality from hypertension.

Keyword: Hypertension, Risk Factors, intervention strategy.

LISTA DE SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

DBH- VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI

HAS- Hipertensão Arterial Sistemica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS- Organização Mundial da Saúde

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PSF- Posto de Saúde da Família

SIH/DATASUS - Suporte técnico ao Sistema de Informação Hospitalar / Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

SIAB- Sistema de Informações de Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 01- Distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2013. (p.13)

Tabela 02- Percentual da população segundo a situação do saneamento básico no município de Craíbas, 2000-2013. (p.15)

Quadro 01- Desenho das operações para os "nos críticos" do problema risco. (p.28)

Quadro 02- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos" do problema risco cardiovascular aumentado. (p.29)

Quadro 03- Propostas de ações para a motivação dos atores**.** (p.30)

Quadro 04- Plano operativo. (p.31)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

2 JUSTIFICATIVA 18

3 OBJETIVOS …….....19

4 METODOLOGIA ……...20

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ……...22

6 PLANO DE INTERVENÇÃO …….....27

7 CONSIDERAÇOES FINAIS.....32

REFERÊNCIAS.....33

1-INTRODUÇÃO

Craíbas é um município localizado na região central de Alagoas, em 1865 Manoel Nunes da Silva Santos chegou à região onde está hoje o município de Craíbas, sendo um dos seus primeiros habitantes adquirindo uma grande extensão de terras composta basicamente de matas e árvores, principalmente a craibeira, que acabaria dando nome à cidade. O crescimento sócio-econômico do povoado determinou a sua autonomia administrativa. Dessa forma, pela Lei nº 2.471, de 28 de agosto de 1962, obteve a sua emancipação política. A instalação oficial do município ocorreu em 23 de setembro de 1962. Em 1963, Manoel Pedro da Silva foi eleito prefeito, mas perdeu o mandato em 1965, quando a cidade voltou a ser distrito de Arapiraca. Somente após um plebiscito, realizado em 1982, o então governador Theobaldo Barbosa devolveu a autonomia político-administrativa a Craíbas. localidade. No começo do século XX Craíbas passou a ter características de um povoado. Por volta de 1922 já figura na divisão administrativa do Estado de Alagoas como um lugarejo pertencente ao município de Limoeiro de Anadia. Sua população é de 23398 habitantes e sua área é de 275 km² com uma densidade demográfica: 82,24hab./Km2. (IBGE 2012)

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Nossa Senhora Aparecida esta insertada no povoado Lagoa do algodão, no município Craibas. Presta serviço de segunda ate sexta feira, desde 7.30 horas na manha ate 5 horas na tarde com uma hora de almoço.

. Os quadros seguintes sintetizam os dados coletados por ocasião do diagnóstico situacional feito pela equipe. Os dados foram obtidos a partir de Bases de dados do SIAB.

Tabela 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2013.

Faixa etária	Número absoluto	%
0 a 4 anos	1822	8,04
5 a 9 anos	2124	9,07
10 a 14 anos	2488	10,63
15 a 19 anos	2586	11,05
20 a 39 anos	7683	32,83
40 a 49 anos	2414	10,31
50 a 59 anos	1936	8,27
60 e mais	2345	10,02
Total	23398	100

Fonte: SIAB, 2014

Entre 2000 e 2010, a população de Craíbas teve uma taxa média de crescimento anual de 0,92%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 2,18%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 8,64%.

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência de Craíbas passou de 78,31% para 60,02% e a taxa de envelhecimento evoluiu de 5,15% para 6,23%. Entre 1991 e 2000, a razão de dependência foi de 90,32% para 78,31%, enquanto a taxa de envelhecimento evoluiu de 4,69% para 5,15%.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Craíbas reduziu 15%, passando de 50,6 por mil nascidos vivos em 2000 para 43,0 por mil nascidos vivos em 2010, e 24,75 em 2012. 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 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Craíbas, a esperança de vida ao nascer aumentou 10,3 anos nas últimas duas décadas, passando de 55,9 anos em 1991 para 63,2 anos em 2000, e para 66,2 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.

Saneamento Básico

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Nossa Senhora Aparecida é deficiente, pois não conta com coleta de lixo e não tem instalação sanitária na maioria das residências. Vale lembrar que a área de abrangência é rural. Tem famílias em situações precárias de moradia. O quadro 2 sintetiza as informações sobre a situação do saneamento básico no município:

Tabela 2 – Percentual da população segundo a situação do saneamento básico no município de Craíbas, 2000-2013

.

Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água		
Abastecimento Água	No	**%**
Rede geral	4,264	63,39
Poço ou nascente (na propriedade)	231	3,60
Outra forma	1928	30,02
Instalação Sanitária	No	**%**
Rede geral de esgoto ou pluvial	9	0,14
Fossa séptica	5,578	92,97
Céu aberto	836	6,68
Coleta de lixo	No	**%**
Coletado	3056	47,58
Queimado (na propriedade) e	2178	33,91
Enterrado (na propriedade)		
Céu aberto	1189	18,51

Fonte: SIAB 2014

Sistema Municipal de saúde

Há vários anos o município Craíbas adotou a Estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 8 equipes entre a zona urbana e a zona rural cobrindo um por cento elevado da população. Embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar, o município possui uma casa maternal com atendimento de urgências, 1 laboratório endemias, 1 NASF, 1 laboratório municipal.

A forma de organização do sistema de saúde de meu município é em rede, prestando uma assistência integral e continua a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis.

A população de responsabilidade vive em um território sanitário singular, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações.

Os pontos de atenção à saúde que ofertam serviços de atenção secundária ficam nos municípios Maceió e Arapiraca.

A UBS Nossa Senhora Aparecida esta insertado no povoado Lagoa da algodão, no município Craíbas. Presta serviço de segunda ate sexta feira, desde 7.30 horas na manha ate 5 horas na tarde com uma hora de almoço. A equipe conta com: 1 médico, 1 odontologista, 12 agentes de saúde, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar de dentista e 2 pessoas de serviço, na área física tem : 1 recepção, 1 copa, 1 sala de espera, 2 banheiros, 1 sala de odontologia, 1 sala do medico, 1 sala de vacina, 1 sala de enfermagem , 1 sala de curativo e 1 sala de preconsulta.

Aspectos Epidemiológicos

Segundo os dados do SIAB o município tinha cadastrado no final de 2013, 1720 portadores de hipertensão arterial, 412 portadores de diabetes, portadores de hanseníases 4, e 0 portadores de tuberculose. O município registrou no ano de 2013, 91 casos de dengue.

Principais causas de Internação: as principais causas de internação no ano de 2013 segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações da hipertensão arterial, diabetes, AVC, câncer, e acidentes de transito.

Principais causas de óbitos: as principais causas de óbitos no ano de 2013, segundo levantamento realizado a partir dos dados das DATASUS foram: acidentes de transito, Infarto Agudo de Miocárdio e pneumonias. A taxa de mortalidade infantil foi de 24,75/1000 nascidos vivos que apesar de bastante elevada apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior, tendência observada nos últimos anos.

2-JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial essencial provocado por fatores de risco presentes na população como são: historia familiar, consumo de sal, obesidade, colesterol alto, idade, tabagismo, sedentarismo, consumo de álcool, e afro descendência, as complicações que ela provoca de não ser tratada devidamente em um período de tempo certo aumentando suas consequências e piorando ao longo dos anos.

A equipe de saúde (médico, enfermagem, técnica de enfermagem, agentes de saúde, mais diretora de o posto e farmacêutica), participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção e ademais contamos com o apoio do município, portanto a proposta é viável.

3-OBJETIVOS

Objetivo geral:

Construir coletivamente um plano de intervenção visando aumento na adesão do número de adultos à promoção da saúde, prevenção de fatores de risco para hipertensão, na comunidade da área da UBS Nossa Senhora Aparecida, do município de Craíbas.

Objetivos específicos:

Ampliar o conhecimento sobre o diagnóstico prévio do problema.

Determinar as estratégias e instrumentos para construção do plano.

Apresentar o produto construído à coletividade.

4-METODOLOGIA

A elaboração do plano de intervenção para aumento na adesão do número de adultos à promoção da saúde, prevenção de fatores de risco para hipertensão, na comunidade da área da UBS Nossa Senhora Aparecida , do município de Craíbas, baseou-se no Planejamento em Saúde, onde foi realizada a sistematização da análise situacional, identificando assim os principais problemas.

A realização da revisão bibliográfica foi feita através de pesquisas efetuadas nas ferramentas de busca, Scielo, Pubmed e Lilacs, procurando por artigos que se enquadravam ao tema abordado, sem data de publicação pré-definidas, utilizando os seguintes descritores: hipertensão arterial, programa nacional de agravos hiperdia; políticas de prevenção. Foram selecionados os artigos de acordo com o conteúdo encontrado em seus resumos, posteriormente foi realizada a leitura e análise do conteúdo sendo utilizados para compor os elementos textuais do trabalho.

O local de execução e implementação do programa será Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Aparecida, do município de Craíbas.

As etapas que constituem este plano de intervenção foram construídas de acordo com os nós críticos identificados a partir do encontro com usuários, profissionais de saúde e gestores.

1º ETAPA: Articulação com a equipe da UBS para oficializarmos o plano de intervenção. Nesta etapa, foi possível realizar o diagnóstico situacional da área através do método da Estimativa Rápida, com o estabelecimento dos principais problemas que afetam a comunidade e a eleição de um problema prioritário para realizar a intervenção. Nessa oportunidade, ficou definido a composição dos voluntários da equipe que participarão do projeto e que haveria um dia para capacitação desses profissionais para se alcançar o objetivo descrito.

2ª ETAPA: Incluir os usuários no processo de construção da Proposta.

3º ETAPA: Avaliação do grupo de intervenção fazendo um levantamento acerca da situação dos pacientes hipertensos e os fatores de risco presentes na UBS Nossa Senhora Aparecida de Craíbas.

4º ETAPA: Realizar rodas de conversa para detectar os “nós críticos” e outros entraves que esquivam a promoção da saúde.

5º ETAPA: Definição de orçamento e recursos humanos necessários.

6º ETAPA: Capacitação dos profissionais da equipe que se voluntariaram para participação no projeto.

7º ETAPA: Validação com grupos específicos da proposta/instrumento construído.

8º ETAPA: Inicio da implantação dos projetos na UBS Nossa Senhora Aparecida , do município Craíbas.

9º ETAPA: Reavaliação periódica da situação diagnóstica por hipertensão arterial dos indivíduos da área da UBS Nossa Senhora Aparecida , do município de Craíbas.

5-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As doenças crônicas têm um impacto na qualidade de vida das pessoas. A hipertensão arterial muitas vezes não é detectada em curto prazo, o que pode trazer consequências graves ao paciente.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA ≥140 x 90mmhg). Normalmente, associa-se às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERETENSÃO, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (DBH VI, 2010).

Até mesmo uma hipertensão leve (Pressão arterial 140/90 mmhg) em adultos, jovens ou de meia-idade aumenta o risco de danos eventuais aos órgãos-alvo. Os riscos necessitam urgência da instituição da terapia, danos a órgãos-alvo em qualquer nível de pressão arterial ou idade são maiores em pessoas negras e relativamente menores em mulheres pré-menopausa que em homens (KATZUNG, 2003).

Segundo Gusmão *et al*. (2009), há vários fatores de risco positivos que incluem o hábito de fumar, hiperlipidemia, diabetes, manifestações de danos a órgãos-alvo por ocasião de diagnóstico e uma história familiar de doença cardiovascular. A prevalência varia com a idade, a raça, a educação e muitas outras variáveis. Uma efetiva redução farmacológica da pressão arterial impede os danos aos vasos sanguíneos e diminui consideravelmente as taxas de morbidade e mortalidade.

O objetivo da avaliação clínica do paciente portador de hipertensão, conforme a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), é basicamente a

detecção da elevada persistência da pressão arterial, avaliar lesões de órgãos-alvo, identificar fatores de risco cardiovascular, diagnosticar doenças associadas e a etiologia da hipertensão.

> Portanto, é necessário realizar a história clínica do paciente, considerando, além do habitual, sexo, idade, raça, condição socioeconômica, tabagismo, duração da hipertensão e nível de pressão arterial, sobrepeso e obesidade, sintomas de doença arterial coronária, acidente vascular cerebral na família (ou mulheres < 65 anos e homens < 55 anos), sintomas e sinais de insuficiência cardíaca, história familiar e hipertensão, doença vascular encefálica, morte prematura/ súbita em familiares próximos, insuficiência vascular periférica, depressão, ansiedade, pânico, doença renal, situação familiar, diabetes mellitus, ingestão de sal e álcool, consumo de medicamentos ou drogas que possam interferir com a pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 9).

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais (BASSETT, *et al, 2002.*

No que diz respeito aos fatores mutáveis, isto é, aqueles possíveis de serem transformados, na vigência de mudanças no estilo de vida, temos: o tabagismo, a hipertensão, o diabetes, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo e o colesterol.

A obesidade é originada por fatores genéticos e ambientais e estes se apoiam na alta incidência de obesidade em países desenvolvidos. Esta não deve ser avaliada só em termos de peso absoluto; deve ser, também, ser valorada pela forma em que a gordura é distribuída e sua porcentagem, reconhecidos são os fatores determinantes. Com frequência, a obesidade se relaciona com outros fatores de risco como a diabete, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e sedentarismo (ALVAREZ, 2008).

O tabagismo, de acordo com Araújo et al. (2004), é avaliado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença tendo em vista que a nicotina contida no cigarro causa dependência, gerando alterações físicas,

emocionais e comportamentais na pessoa que fuma. Essa dependência aumenta na medida em que se aumenta a intensidade e duração do hábito de fumar e pode ser diminuído com a interrupção do vício. Ele, em si, não se constitui em um fator causador de hipertensão arterial. Contudo, pacientes hipertensos e fumantes apresentam maior risco de morte por hipertensão e cardiopatia isquêmica.

Ainda de acordo com Alvarez (2008), a inatividade física ou sedentarismo é um fator de risco bem definido para o desenvolvimento de aterosclerose. O exercício regular aumenta os níveis de colesterol bom (HDL colesterol), diminui o sobrepeso, ajuda o desenvolvimento da circulação colateral, diminui a pressão arterial, melhora o controle da glicemia em diabéticos, normaliza os fatores de coagulação, diminui a probabilidade de formação de trombos, dentre outros.

A despeito de que alguns profissionais têm estabelecido que o álcool contribuísse para diminuir a doença isquêmica cardíaca, isto não se constitui em recurso a ser usado para fomentar o uso abusivo dele. Alvarez (2008) alerta que o consumo elevado de álcool aumenta, significativamente, o risco de doença isquêmica cardíaca, hipertensão arterial e acidentes cerebrovasculares e produz dano ao miocárdio.

O problema do alcoolismo é um dos mais difíceis no que diz respeito à obtenção de resultados satisfatórios, pois é um problema sócio sanitário.

Ressalta-se, ainda, que se tem comprovado o valor preditivo dos níveis de colesterol HDL como fator de risco em relação inversa à aparição da doença cardiovascular. O fato de que as mulheres na idade fértil tenham uma incidência menor de doenças cardiovasculares tem relação direta com níveis mais elevados de HDL, o qual se deve à ação dos estrogênios. As mulheres perdem esta vantagem em relação aos homens com a menopausa. A forma de aumentar o HDL e equilibrar a proporção entre LDL e HDL, ou seja, de diminuir o risco de doenças cardíacas, é substituir a ingestão de gorduras saturadas por monoinsaturadas e aumentar o exercício físico (ALVAREZ, 2008).

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão há uma relação direta e linear da pressão arterial com a idade da pessoa, sendo a prevalência de hipertensão arterial superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos de idade. Portanto, o risco de se desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avançar da idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Quanto ao sexo e etnia, a prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres é similar apesar de ser mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir dessa faixa etária, ou seja, passa a ser mais elevada nas mulheres após a idade de 50 anos. No que concerne à cor, a hipertensão é duas vezes mais prevalente em pessoas de cor não branca. Estudos brasileiros apontam existir maior predomínio de HAS em mulheres negras em relação às brancas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Quanto à hereditariedade, pode dizer que os fatores genéticos para a origem da HAS estão bem estabelecidos na população. Contudo, não existem, ainda, “variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p.3).

Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas.

Ingestão de sal: A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras mais a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular e geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de

etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Neste sentido, é necessário que os indivíduos com HAS reflitam sobre a doença e problematizem e compreendam as suas opções de tratamento, os custos, os riscos e os benefícios envolvidos em cada uma das estratégias disponíveis, a fim de que possam decidir juntamente com a equipe sobre a terapêutica que melhor se adaptem a sua realidade social. (TORRES *et al.*, 2011).

A educação em saúde tem grandes efeitos sobre os aspectos cognitivos e psicológicos do indivíduo, sendo assim a estratégia da equipe deve ser a de criar ações educativas que busquem desenvolver conhecimentos e práticas relacionadas ao autocuidado e autocontrole da doença (TORRES *et al*., 2011). O programa de educação em saúde de acordo com o autor deve contemplar por meio de uma estratégia pedagógica de educação em grupo, formado por um conjunto de intervenções focadas na fisiopatologia da doença. Os sinais, sintomas e complicações, bem como aos princípios da dieta, à prática de atividades físicas devem ser compreendidos e valorizados pela equipe e usuário, com o objetivo de controlar a doença e inibir possíveis agravos da mesma. (TORRES *et al.,* 2011).

Por se tratar de uma patologia crônica, o autocuidado da HAS é permanente. A aceitação e adesão ao tratamento somente ocorrerá à medida que o paciente conheça de fato a doença, suas complicações e os benefícios consequentes do alcance e da manutenção das metas propostas.

6-PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme dito anteriormente, este plano vai ser realizado com base no PES e seguira quatro momentos, que por sua vez, são divididos em passos. O primeiro momento explicativo se constituirá dos seguintes passos:

- **Primeiro passo. Definição dos problemas**. Neste momento identificarão os principais problemas através da estimativa rápida, obtendo-se informações que permitiram conhecer as causas e consequências deles.
- **Segundo passo. Priorização do problema**. Após a identificação dos problemas, será necessária a priorização deles, tendo em conta critérios como a importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los. Daí os problemas serão selecionados quanto à prioridade, segundo os seguintes critérios:
  - ✓atribuindo valor "alto, médio ou baixo" para a importância do problema.
  - ✓distribuindo pontos de 0 a 10 conforme sua urgência.
  - ✓ definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.
  - ✓numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.
- **Terceiro passo. Descrição do problema selecionado**. Uma vez selecionado o problema priorizado, passamos a descrevê-lo, ou seja, caracterizá-lo para ter a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta na realidade.
- **Quarto passo. Explicação do problema**. Neste passo o problema será explicado com o objetivo de entender a gênese dele.
- **Quinto passo. Seleção dos “nós críticos”.** A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É por isso que é importante

selecionar os "nós críticos", que são as causas de um problema que, quando “atacadas”, são capais de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

O momento normativo vai-se formar a partir dos passos:

- **Sexto passo. Desenho das operações**. As operações são um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano e neste passo deve-se descrevê-las, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Nossa equipe vai propor, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução (Quadro 1).

No crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	**Eu posso sim/** Modificar hábitos estilos de vida relacionados com a HAS	Diminuir em 20% o número de tabagistas, obesos e sedentários, diminuir a ingestão de sal e álcool.	Programa educativo na população, diante grupos e palestras, a realizar mensalmente com os pacientes com risco de HAS.	Organizacional: para organizar as atividades físicas Cognitivo: informação sobre o tema Político: conseguir o local, mobilização social Inter setorial com a rede de ensino Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Nível de informação sanitária	**Mais conhecimento em saúde/** Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores não modificáveis tais como	População mais informada sobre riscos de fatores não modificáveis e de doenças crônicas associadas para HAS	Avaliação do nível de informação da população de risco. Programa Educativo na população.	Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional: organização da agenda.

	Diabetes Mellitus e hipercolesterolemia.			Político: articulação Inter setorial e mobilização social
Organização do processo de trabalho da equipe de saúde	**Melhor trabalho**/ Estabelecer o sistema de cuidado para risco da HAS.	Cobertura de 100% da população com risco para HAS.	Sistema de cuidado para risco cardiovascular implantado; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada	Cognitivo: elaboração de projeto do sistema de cuidados e protocolos. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: adequação de fluxos

QUADRO 1. Desenho das operações para os "nos críticos" do problema risco.

Sétimo passo. Identificação dos recursos críticos. Serão Identificados os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis.

No QUADRO 2, encontram-se descritos os recursos críticos identificados pela equipe.

Operação/ Projeto	
Eu posso sim	Político: conseguir o local, mobilização social Inter setorial com a rede de ensino Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Mais conhecimento em saúde	Político: articulação Inter setorial e mobilização social
Melhor trabalho	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

QUADRO 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos" do problema risco cardiovascular aumentado.

No momento estratégico, vai-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo desenhado, desenvolvendo os seguintes passos:

- **Oitavo passo. Análise de viabilidade do plano**. Neste momento será preciso identificar os atores que controlam os recursos

críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para motivar o ator que controla os recursos críticos, como sintetizado no QUADRO 3.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Eu posso sim/ Modificar hábitos estilos de vida	Político: conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino Financeiro:para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de educação Secretario de saúde	Favorável	Não é necessária
Mais conhecimento em saúde/ Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de risco para HAS.	Político: articulação Inter setorial e mobilização social	Secretaria de educação	Favorável	Apresentar o projeto educativo

QUADRO 3 - Propostas de ações para a motivação dos atores.

- **Nono passo. Elaboração do plano operativo**. Aqui serão designados os responsáveis por cada operação e definidos os prazos para a execução das operações, conforme apresentado no QUADRO 4.

Operações/ Projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Eu posso sim/ Modificar hábitos estilos de vida	Diminuir em 20% o número de tabagistas, obesos e sedentários.	Programa educativo na população	Não é necessária	Enfermeira e Técnico de enfermagem	Três meses para o início das atividades
Mais conhecimento em saúde/ Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos para HAS.	População mais informada sobre riscos modificáveis e não modificáveis para HAS.	Avaliação do nível de informação da população de risco. Programa Educativo na população.	Apresentar o projeto educativo	Enfermeira e ACS	Início em seis meses e termino em doce meses. Avaliação aos doze meses.

QUADRO 4. Plano operativo.

Por fim, no momento tático-operacional, momento de execução do plano, deve-se trabalhar sobre a base de:

- **Décimo passo. Gestão do plano**, em que vamos desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, devendo garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

7-CONSIDERAÇOES FINAIS

Com o presente trabalho espera-se aumentar os conhecimentos sobre fatores de risco associados à hipertensão arterial, acrescentando sua prevenção e controle, na UBS Nossa Senhora Aparecida. Pretende-se promover educação em saúde com atividades educativas à população com riscos de hipertensão para possibilitar um ambiente de motivação favorável para o combate a os fatores de risco. Uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades (BRASIL, 2007b). A assistência devera estar baseada, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna. Espera-se que este plano de ação, possa contribuir para a produção de um conhecimento que possibilite o desenvolvimento de práticas reflexivas. A partir do processo de estratificação do risco clinico para HAS possa-se direcionar as ações de controle da doença focado na mudança de hábitos de vida não saudáveis, além de construir um conhecimento compartilhado para uma assistência mais adequada e uma comunidade com mais conhecimento, consciente e comprometida com seu processo saúde/doença.

Ao final pretendesse ter inserido 90% dos agentes representativos da comunidade, ter inserido 90% dos gestores e trabalhadores de saúde, na construção da proposta, ter construído nos coletivos, vários materiais de IEC, para promoção da saúde, ter potencializado 90% de todos os segmentos dos ciclos de vida-crianças, adolescentes, homens, mulheres, idosos e outros-da comunidade, ter minimizado 90% o desconhecimento sobre fatores de risco da HAS, ter reduzido em 80% a incidência e prevalência dos fatores de risco da HAS nos grupos comunitários, e por ultimo, ter contribuído com os órgãos e as politicas publicas de saúde e educação do município Craíbas.

EFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALVAREZ S., R. Medicina Geral Integral. **Principais afecções nos contextos familiar e social.** Havana: Editorial Ciências Medicas, v. 2, n. 70, p. 83 - 86. 2008.

ARAUJO, Alberto José de *et al*. **Diretrizes para Cessação do Tabagismo.** J. bras. pneumol. [Online]. v.30, suppl.2, p. S1-S76, 2004.

Bassett Jr. DR, Fitzhugh EC, Crespo CJ, King GA, McLaughlin JE. **Physical activity and ethnic differences in hypertension prevalence in the United States**. Prev Med 2002; 34:179-86.

GUSMÃO, J. L. *et al.* **Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada.** Revista Brasileira Hipertensão, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

IBGE, 2012

KATZUNG, B. G. **Farmacologia básica e clínica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SIAB, 2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO.; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. ; SOCIEDADE BRASILEIRA DENEFROLOGIA. **5ªDiretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III 2010.

TORRES, H. C., SOUZA, E. R; LIMA, M. H. M and BODSTEIN, R. C.. **Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. Revista Acta Paulista de Enfermagem**, vol.24, n.4, pp. 514-519. São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. php?pid=S0103-21002011000400011&script=sci_arttext. Acesso em outubro de 2015.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia **Rev Bras Hipertens**. v.17, n.1, p. 4, , 2010.