

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

**YUSIMI DOMINGUEZ PALOMINO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A INCIDÊNCIA  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO CONTROLADA NO 3º CENTRO,  
EQUIPE II, EM ARAPIRACA - ALAGOAS.**

**MACEIÓ-ALAGOAS**

**2015**

**YUSIMI DOMINGUEZ PALOMINO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A INCIDÊNCIA  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO CONTROLADA NO 3º CENTRO,  
EQUIPE II, EM ARAPIRACA - ALAGOAS**

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. Dr. Jorge Luís de Souza Riscado.

**MACEIÓ-ALAGOAS**

**2015**

**YUSIMI DOMINGUEZ PALOMINO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A INCIDÊNCIA  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO CONTROLADA NO 3º CENTRO,  
EQUIPE II, EM ARAPIRACA - ALAGOAS**

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. Jorge Luís de Souza Riscado - orientador:

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte em      de      de 2015.

## RESUMO

A hipertensão arterial é um problema grave na saúde pública, que contribui para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incidindo na morbimortalidade da população adulta. 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 propor um plano de intervenção para o controle da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes hipertensos, na área de abrangência da equipe de Saúde da família número 2, na UBS “José Ribeiro” em Arapiraca. A elaboração do plano de intervenção baseou-se no método do planejamento estratégico situacional em Saúde, onde foi realizada a sistematização da análise situacional: identificação do problema prioritário para promoção da saúde, ou seja, a elevada prevalência de pacientes hipertensos com pressão arterial não controlada. No Percurso Metodológico contou-se com o envolvimento de atores sociais da área de saúde e usuários; utilizou-se metodologicamente de estratégias das Rodas de Conversas; identificação dos nós críticos; dotação dos projetos: Saúde um direito de todos; Atenção à Saúde do trabalhador; Prevenção para todos. Foram identificados como nós críticos do problema priorizado: insuficientes conhecimentos sobre a doença e os riscos de complicações, inadequados hábitos e estilos de vida, e a estrutura deficiente dos serviços de saúde. Busca-se melhorar a qualidade de vida da população da área adscrita pela UBS “José Ribeiro”, diminuindo a morbimortalidade por hipertensão arterial não controlada, minimizando o desconhecimento sobre a doença, modificando fatores de risco como o sedentarismo, as más práticas de alimentação, o tabaquismo e alcoolismo; e assim contribuir com os órgãos e as políticas públicas de saúde e educação, do município como metas a serem alcançadas.

**Palavras chave:** Hipertensão. Fatores de risco. Doenças cardiovasculares. Planejamento em saúde.

## ABSTRACT

High blood pressure is a serious public health problem, which contributes to the development of cardiovascular diseases, focusing on morbidity and mortality of the adult population. The strategy of information, education and communications has been a widely used instrument for rapprochement and accession of users to health promotion. The aim of this work is to propose a contingency plan for the control of high blood pressure of hypertensive patients, in the area covered by the family health team number 2, on USB "José Ribeiro" in Arapiraca. The intervention plan was based on the method of the situational strategic planning in health, where was held the systematization of the situational analysis: identification of the problem for health promotion, that is, the high prevalence of hypertensive patients with uncontrolled blood pressure. In the Methodological Path was with the involvement of social actors health and users; The intervention plan was based on the method of the situational strategic planning in health, where was held the systematization of the situational analysis: identification of the problem for health promotion, that is, the high prevalence of hypertensive patients with uncontrolled blood pressure. In the Methodological Path was with the involvement of social actors health and users; methodologically strategies was the wheels of Conversation; identification of us critics; project budget: healthcare a right for all; Attention to the health of the worker; Prevention for all. Were identified as us critics of prioritized problem: insufficient knowledge about the disease and the risks of complications, inadequate habits and lifestyles, and the deficient structure of health services. The aim is to improve the quality of life of the population of the area assigned by UBS "José Ribeiro", decreasing the morbidity and mortality by hypertension. The aim is to improve the quality of life of the population of the area assigned by UBS "José Ribeiro", decreasing the morbidity and mortality for uncontrolled hypertension, minimizing the ignorance about the disease , modifying risk factors such as physical inactivity, the bad practices of food, smoking and alcoholism; and contribute with the organs and the public policies of health and education, the municipality as goals to be achieved.

**Key words:** Hypertension. Risk factors. Doenças cardiovascular diseases. Health planning.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMS	Conselho Municipal de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social.
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension.
DBH VI	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI.
DCV	Doenças Cardiovasculares.
DRC	Doenças Renais Crônicas.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família.
PA	Pressão Arterial.
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PRAS	Plano de Regularização das Ações de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>30</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Identificação do município**

Arapiraca é a segunda região Metropolitana do Estado de Alagoas, no Brasil. Seu nome vem de uma árvore da família das leguminosas Mimosáceas - Piptadênia (Piteodolobim) (NAVARRA, 2013).

Encontra-se localizada no agreste do Estado, a 137 km de Maceió, capital de Alagoas. Possui uma área de 356,18 Km<sup>2</sup> e sua população estimada é de 218.140 hab. (estimativa 2011/2012 DATASUS/IBGE), com uma densidade demográfica de 606,75 habitantes/Km<sup>2</sup> e uma área de 356,17 Km<sup>2</sup>.

### **1.2 Aspectos Demográficos**

Arapiraca apresenta uma população de 218.140 habitantes, segundo a análise da situação de saúde do Município, que corresponde a 6,89% da população do estado e 43,46% da população da 7<sup>a</sup> Região de saúde do Estado.

O município de Arapiraca apresenta a maior parte da sua população vivendo em zona urbana (84,8%) com 184.983 habitantes. Na área rural Arapiraca apresenta uma população de 33.157 hab. (15,2%); tem o total de 58.362 domicílios, dos quais 58.313 são particulares, estando 52.743 ocupados e 5.570 desocupados (fonte).

O comportamento da Taxa de Crescimento Anual é de um 7,72%, da Densidade demográfica (hab./km<sup>2</sup>) de um 600,83 e a Taxa de Escolarização de um 73,0%, segundo dados do município.

No sexo masculino encontramos uma taxa de 71,3%, e no feminino 74,7%, mostrando que no município as mulheres possuem um grau de alfabetização maior que os homens (IBGE, 2010).

### **1.3 Aspectos socioeconômicos**

A partir da década de 1970, por conta da grande área plantada de fumo, que gerou um excesso do produto nas pequenas indústrias de beneficiamento do tabaco que havia na região, e a conseqüente diminuição no preço, seguiu-se um ciclo de



decadência da fumicultura. Desde os anos de 1980 experimenta um crescimento econômico com seu comércio (com destaque para a tradicional feira livre) e serviços. O setor industrial do município também tem apresentado relativo crescimento nos últimos anos (fonte).

Além da dinâmica gerada pelo polo de indústrias químicas e alimentícias, outros segmentos também contribuem para a dinâmica econômica local, como o turismo e comércio.

Quanto aos indicadores socioeconômicos destacam-se a Renda *per capita* e PIB a preços correntes. A maior renda *per capita* da 7ª Região de Saúde observada foi no município de Arapiraca, assim como também o maior PIB, com respectivamente, R\$ 444,51 e R\$ 7.880,34.

#### **1.4 Sistema Municipal de Saúde**

No município de Arapiraca o Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi instituído através da Lei no 1.691 e reformulado conforme Lei no 2.282 de 12 de abril de 2002. O CMS possui composição paritária, formado por vinte membros, com o objetivo de "formular, acompanhar e avaliar a política municipal de saúde e efetivar a participação da comunidade na gestão do sistema". (Art. 2o, Lei 2.282/2002). As reuniões acontecem regularmente, conforme regimento interno, aprovado na reunião ordinária no dia 03 de abril de 2003.

O Sistema Municipal de Saúde de Arapiraca é composto por trinta e seis (36) Unidades Básicas de Saúde. As Unidades Básicas de Saúde passaram por um processo de transformação numa nova perspectiva da política de saúde, prestando serviço de atendimento à saúde da população municipal de acordo com o Plano de Regularização das Ações de Saúde (PDR/AL). Atendimento este, voltado à família em seu espaço/domicílio, relacionado ao processo saúde/doença, seus conflitos, renda, saneamento e outros fatores que interferem na saúde da comunidade familiar.

Atualmente as Unidades de saúde trabalham visando à compreensão do processo de saúde, com atendimento ambulatorial de forma a incentivar a prevenção e promoção à saúde, atendendo a diferentes perfis de usuários, como: crianças, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos entre outros.

O município de Arapiraca habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde NOAS/2001 e em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) é sede da 2ª Macrorregião do Estado, composta por quarenta e oito municípios; passa a prestar assistência na referência em atenção de média e alta complexidade, bem como desenvolver um processo de reorganização das ações e dos serviços de saúde para garantir a população acesso e qualidade na atenção à saúde.

### **A Unidade Básica de Saúde Dr. José Ribeiro 3º (Centro de Saúde)**

A Unidade Básica de Saúde Dr. José Ribeiro 3º Centro de Saúde conta com três equipes de trabalho, onde são atendidas 3.468 famílias para um total de população de 12.346 hab., com uma área de abrangência que atende os bairros Santa Edwiges, Brasiliana, Caititus e Santa Esmeralda.

A população tem um nível de alfabetização de um 76,8% e uma Taxa de emprego de 52%. Entre os principais postos de trabalho estão o comércio, a agricultura e serviço, mas geralmente vive do comércio.

A comunidade conta com escolas, creches, um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e um Centro de Referência Odontológico e de especialidades, próximos à Unidade de Saúde, assim como Igrejas, pequenas lojas, mercados, um centro comercial maior e um bosque.

A população conta com serviços de telefonia, banco, luz elétrica com iluminação pública das ruas, das quais a maioria encontra-se pavimentada, não obstante ainda persistem outras em más condições. Além disso, conta com abastecimento de água potável, cujo serviço não é regular pelo qual parte da população faz uso de água de poços, a qual na maioria das vezes está contaminada.

A primeira causa de morte está diretamente ligada ao aparelho cardiovascular, retratando a incidência dessas doenças na população, associadas a fatores de risco como tabagismo, hipertensão, diabetes, obesidade, hipercolesterolemia, sedentarismo e estresse.

A elevada prevalência de pacientes hipertensos com pressão arterial não controlada constitui o principal problema de saúde na população adscrita. Na nossa área de abrangência o número de casos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) é aumentado por dia. A mesma, além de ser uma doença, é um fator de risco importante no desenvolvimento das doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, que constituem a primeira causa de morte ligada ao aparelho circulatório, incidindo na morbimortalidade da comunidade.

Seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados por ser a HAS, na maior parte do seu curso, assintomática. Existem múltiplos fatores que favorecem a aparência da doença, entre eles encontram-se os genéticos de causa hereditárias, não modificáveis; os que em maior porcentagem influenciam negativamente são os relacionados com os estilos de vida tais como: alimentação inadequada, ligada ao consumo de sal e excessos de gorduras, obesidade, sedentarismo, uso excessivo de álcool, tabagismo e cultura de saúde deficiente que são fatores de risco modificáveis e que estão presentes na nossa população. Precisamente dentro dos nós críticos temos: Insuficientes conhecimentos sobre a doença e os riscos de complicações, hábitos e estilos de vida inadequados. A população tem elevado número de analfabetos o que dificulta a compreensão dos esquemas de tratamento e a influência da sua própria cultura institucional com hábitos e costumes desenvolvidos desde a infância que precisam ser mudados e abordados de forma adequada.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial além de ser uma doença crônica e uma síndrome de causa multifatorial, constitui um fator de risco importante modificável relacionado às Doenças Cardiovasculares (DCV). Seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados por ser na maior parte do seu curso assintomática causando lesões graves e irreversíveis de órgãos alvos vitais (BRASIL, 2006).

Na nossa área de abrangência o número de casos com diagnóstico de hipertensão é aumentado por dia, sendo motivo de consulta frequente em nossa unidade, tanto em consultas agendadas, como espontâneas por sua intercorrência, apresentando-se em ocasiões como crises hipertensivas. A HAS constitui a primeira causa de morte ligada ao aparelho circulatório da população adscrita, o que incide na sua morbimortalidade, pelo que se precisa elaborar uma proposta de intervenção no processo de atendimento dos pacientes para diminuir a sua incidência e melhorar o estado de saúde da população.

A equipe de saúde da unidade participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, viabilizando a proposta.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral:**

Construir coletivamente um plano de intervenção visando aumento na adesão do número de adultos à promoção da saúde, para o controle da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes hipertensos, na área de abrangência da equipe II, USB “José Ribeiro”, no município de Arapiraca.

#### **Objetivos Específicos:**

- Estabelecer os sujeitos partícipes para construção coletiva da Proposta.
- Apresentar o plano esboçado e intencional à Comunidade e à UBS.
- Ampliar o conhecimento sobre o diagnóstico prévio do problema.
- Detectar as variáveis (variável estrutural e programática x variável individual) que interferem no processo.
- Determinar as estratégias e instrumentos para construção do plano.
- Apresentar o produto construído à coletividade.
- Promover a validação do produto coletivamente construído.

## 4 METODOLOGIA

A elaboração do plano de intervenção para o controle da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes hipertensos, da área de abrangência da equipe II, UBS “José Ribeiro”, Arapiraca baseou-se no método do planejamento estratégico situacional 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, fatores de risco cardiovasculares, doenças cardiovasculares e planejamento em saúde. 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 a Unidade Básica de Saúde “José Ribeiro”, em Arapiraca, Alagoas.

O plano de intervenção foi construído a partir do encontro com usuários e profissionais de saúde e gestores, seguindo as etapas:

1ª 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, foram definidos a composição dos voluntários da equipe que participarão do projeto e um dia para capacitação desses profissionais para se alcançar o objetivo descrito.

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

3ª Etapa: Avaliação do grupo de intervenção fazendo um levantamento acerca da situação dos adultos da área de abrangência da equipe II, USB “José Ribeiro”.

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

5ª Etapa: Definição de orçamento e recursos humanos necessários.

6ª Etapa: Capacitação dos profissionais da equipe que participarão do projeto.

7ª Etapa: Validação com grupos específicos da proposta/instrumento construído.

8ª Etapa: Início da implantação do projeto na área de abrangência da equipe II, USB “José Ribeiro”.

9ª Etapa: Reavaliação periódica da situação diagnóstica da hipertensão arterial dos indivíduos adultos na área de abrangência da equipe II, USB “José Ribeiro”.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (2010, p.) conceituam HAS como:

Uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Segundo Nobre *et al.*, (2010), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome com manifestações próprias e características peculiares que constitui um dos principais Fatores de Risco modificáveis relacionado às Doenças Cardiovasculares (DCV), e a maior causa de mortalidade em países desenvolvidos.

A HAS é considerada um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo e no Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2011). No ano 2000, o número estimado de adultos no mundo com HAS foi de 972 milhões, com previsão de 60% de aumento na prevalência dessa doença para o ano 2025. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). No Brasil, estudos conduzidos em várias cidades brasileiras mostram que a presença de hipertensão arterial na população urbana adulta variou de 22,3% a 43,5%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (ZAITUNE *et al.*, 2006).

A pressão arterial (PA) é determinada pela interação de fatores neuro-humorais, ambientais e comportamentais. A redução da PA em indivíduos hipertensos tem efeito protetor cardiovascular (CESARINO *et al.*, 2008).

Estudos de prevalência, regionais e isolados, levam-nos a crer que em torno de 30 % da população adulta apresenta hipertensão arterial sistêmica (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Segundo Lessa (2010), a HAS é a mais prevalente de todas as DCV, afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez.

Estima-se que a HAS atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular,



60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano; pelo que o diagnóstico e o controle adequado da HAS são essenciais para diminuição da incidência das DCV (ZATUNE *et al.*, 2006).

A HAS é também um dos principais grupos de risco para o desenvolvimento das Doenças Renais Crônicas (DRC) e estudos evidenciam que o controle dos níveis pressóricos pode minimizar a progressão da DRC ou mesmo impedir o seu aparecimento (TRAVAGIM *et al.*, 2010).

A hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais constituem fatores de risco para a HAS (SILVA; FERREIRA, 2010).

A HAS ocorre com maior frequência no sexo masculino. As mulheres que fumam e fazem uso de anticoncepcional, com mais de 30 anos, são as mais atingidas. Em ambos os sexos, a frequência da HAS cresce com o aumento da idade, sendo que os homens jovens têm pressão arterial mais elevada que as mulheres, porém após a meia idade este quadro se reverte (IRIGOYEN *et al.*, 2003).

Vários trabalhos consideram a idade como um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da hipertensão arterial, devido a alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, como consequência do processo de envelhecimento (PESSUTO; CARVALHO, 1998; BOTREL *et al.*, 2004).

O sal tem importância na gênese da HAS em indivíduos geneticamente predispostos. O excesso de sal na alimentação e a incapacidade dos rins de excretar a sobrecarga de sódio induzem hipertensão por aumento do volume plasmático, da pré-carga e, conseqüentemente, do débito cardíaco (GRADUAL *et al.*, 2012).

Segundo Passero e Moreira (2003, p.), “os indivíduos hipertensos, geralmente, têm aumento de peso corporal, associado a elevadas taxas de colesterol total e/ou triglicérides e glicemia”.

A HAS é assintomática e progride lentamente para o desencadeamento das lesões dos órgãos-alvo. Em geral, essas lesões aparecem após dez anos da presença da hipertensão arterial. Dessa forma o objetivo principal do tratamento não é a redução dos sintomas, mas a prevenção das complicações (MEDEIROS, 2006 *apud* PAES,; ANDRADE, 2012, p.205).

Estima-se que entre os pacientes em tratamento, 75% a 92% não consigam manter a PA em níveis satisfatórios (RIBEIRO *et al.*, 2011).

O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida e deve ser baseado em três recursos: o tratamento farmacológico, o não farmacológico, e adesão do cliente ao tratamento (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

A aderência ao tratamento anti-hipertensivo é um indicador importante para acompanhar a evolução dos indivíduos 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 *apud* MEDEIROS *et al.*, 2014, p.105).

Medeiros *et al.*, (2014) elaboraram um modelo de suporte à decisão que possa prever se o usuário é ou não aderente ao tratamento anti-hipertensivo, a árvore de decisão, que é uma ferramenta estatística que auxilia a tomada de decisão na identificação de usuários não aderentes o mais precocemente possível, apresenta baixo custo e fácil aplicabilidade.

O Ministério de Saúde preconiza as mudanças do estilo de vida, tanto individual ou coletiva, para a prevenção e controle de HAS, tais como: alimentação adequada, diminuição do consumo de sal; diminuição do uso de tabaco e álcool, controle do peso; e a prática de atividade física. Esta última deve iniciar-se de forma regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso (BRASIL, 2006).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 1-Definição do problema

A equipe de saúde fez a identificação de dados necessários, obtendo informações sobre as condições e a especificidade através dos registros escritos existentes, entrevista com informantes-chave, utilizando roteiros e com a observação ativa da área para a realização de uma aproximação do diagnóstico situacional da área de abrangência, onde se identificaram problemas com a participação da comunidade e a utilização da Estimativa Rápida.

Foram identificados os seguintes problemas de saúde:

- Elevada prevalência de pacientes hipertensos com pressão arterial não controlada.
- Dificuldade para a realização de exames.
- Dificuldade na marcação de consultas com outras especialidades.
- Baixo índice de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses.
- Elevado índice de analfabetismo.

### 2. Priorização do problema

A planilha seguinte foi elaborada pela Equipe de saúde a partir do diagnóstico situacional das condições de saúde e doença de nossa área de abrangência.

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento da HAS, na área de saúde da equipe II, no 3º Centro, em Arapiraca/AL, 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência de pacientes hipertensos com pressão arterial não controlada.	Alta	07	Parcial	01
Dificuldade na marcação de consultas com outras especialidades	Alta	07	Parcial	05

Dificuldade para a realização de exames	Alta	06	Parcial	04
Baixo índice de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses.	Alta	07	Parcial	02
Elevado índice de analfabetismo.	Alta	6	Parcial	03

A seleção foi feita através da análise dos pontos obtidos com os critérios anteriores. Por exemplo, todos os problemas foram avaliados como de importância alta. Em quanto à urgência, o maior valor foi associado à alta incidência de hipertensão arterial e pressão arterial não controlada (7). Sendo selecionada como prioridade 01 por apresenta maior prioridade em todos, após de analisar os três requisitos anteriormente referidos.

### **3- Descrição do problema selecionado**

No caso do problema da “Elevada prevalência de pacientes hipertensos com pressão arterial não controlada” anteriormente citado e definido como prioridade número 01, podemos enunciá-lo de uma forma mais completa, como: “45,2% dos pacientes hipertensos não estão controlados por fatores como: estilos de vida e hábitos alimentares inadequados, e/ou insuficiente adesão ao tratamento”.

A Equipe de saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe, ante a necessidade de produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento, na descrição do problema priorizado, ao não serem encontradas no sistema de informação.

### **4 . Explicações do problema**

A hipertensão arterial é um problema grave de saúde tanto no Brasil como no mundo. Na nossa área de abrangência o número de casos com diagnóstico de hipertensão é aumentado por dia. A mesma constitui um fator de risco importante no desenvolvimento das doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, constituindo a primeira causa de morte ligada ao aparelho circulatório da população adscrita, o que incide na sua morbimortalidade.

Seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados por ser na maior parte do seu curso assintomática. Existem múltiplos fatores que favorecem a aparência da doença, entre eles encontram-se os genéticos de causa hereditárias, não modificáveis; os que em maior porcentagem influenciam negativamente são os relacionados com os estilos de vida tais como: alimentação inadequada, ligadas ao consumo de sal e excessos de gorduras, obesidade, sedentarismo, uso excessivo de álcool, tabagismo e cultura de saúde deficiente que são fatores de risco modificáveis e que estão presentes na nossa população.

## 5. Seleção dos nós críticos

Os **nós críticos** foram identificados pela equipe tendo em conta que “**nós críticos**” são a causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Insuficientes conhecimentos sobre a doença e os riscos de complicações.
- Estrutura deficiente dos serviços de saúde.

## 6. Desenhos das operações

Após da seleção do problema e identificação das causas, se estabeleceram estratégias para o enfrentamento do problema, com a elaboração do plano de ação.

Quadro 2 – Operações a serem implementadas para enfrentamento dos problemas identificados e capacidade de enfrentamento da HAS, na área de saúde da equipe II, no 3º Centro, em Arapiraca/AL, 2015.

Operações	Meios.	Ações estratégicas	Resultados esperados	Responsável	Prazo.
<b>Estabelecer ações para modificar hábitos e estilos de vida nocivos.</b>	Programa de educação e saúde com o grupo operativo de hipertensos. Campanhas educativas nas escolas e na rádio.	1-Apresentação do projeto à equipe. 2- Reunião com grupo de hipertensos na UBS e comunidade;	Diminuir em 20% o sedentarismo, as práticas inadequadas de alimentação, o tabaquismo e alcoolismo em 1 ano.	Profissionais da equipe, NASF. Secretaria de saúde,	Três meses para o início das atividades

<b>Aumentar o nível de informação da população sobre HAS, fatores de risco e complicações.</b>	Palestras e campanha educativa na radio local. Avaliação do nível de informação do grupo operativo Distribuição de panfletos e tabelas de alimentação saudável. Realizar reuniões mensalmente com o grupo operativo.	Promover educação e saúde através do grupo operativo de hipertensos	População mais informada sobre riscos da HAS.	Profissionais da equipe Família.	Início em dois meses de atuações educativas a cada 15 dias e avaliação semestral.
<b>Adequar a oferta de consultas à demanda. Controle dos riscos com uso de medicamentos.</b>	Garantir os medicamentos e exames estabelecidos por protocolos na UBS	Apresentar Projeto de Estruturação da rede.	Garantir medicamentos previstos no protocolo e seu cumprimento. Controle da doença.	Profissionais da equipe Secretaria de saúde	Avaliação trimestral. Exames cada seis meses.

As ações relativas a cada "nós críticos" serão detalhadas nos Quadros 3 a 6.

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevada prevalência de pacientes hipertensos com pressão arterial não controlada. PSF “José Ribeiro”, equipe II.2014-2015”.**

<b>Nós críticos 1</b>	- Inadequados hábitos e estilos de vida.
<b>Operação</b>	Modificar estilos de vida inadequados
<b>Projeto</b>	<b>Vida saudável</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir em 20 % o sedentarismo, as praticas inadequadas de alimentação, o tabaquismo e alcoolismo. Cobertura médica 80% da população com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequados.
<b>Produtos esperados</b>	Palestras aos grupos vulneráveis da população sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial. Programa de saúde na radio.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Setor de comunicação social Secretário de Saúde
<b>Recursos necessários</b>	<b>Econômico ou financeiro:</b> Recursos audiovisuais e folhetos educativos. <b>Cognitivo:</b> Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos

	<p><b>Político:</b> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p> <p><b>Organizacional:</b> Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, NASF) equipamento (recursos audiovisuais)</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p><b>Econômico ou financeiro</b> Recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p> <p><b>Político</b> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
<b>Responsáveis:</b>	Médica Enfermeira Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em três meses, duração indefinida.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao “Elevada prevalência de pacientes hipertensos com pressão arterial não controlada. PSF “José Ribeiro”, equipe II.2014-2015”.**

<b>Nós críticos 2</b>	Insuficientes conhecimentos sobre a doença pela população
<b>Operação</b>	Acrescentar 90% o nível de conhecimento da população sobre os riscos das complicações da hipertensão arterial.
<b>Projeto</b>	<b>Aumente seu conhecimento</b>
<b>Resultados esperados</b>	População com mais conhecimento sobre os riscos das complicações relacionadas com a hipertensão arterial.
<b>Produtos esperados</b>	Trabalho sistemático com o grupo de pacientes com hipertensão arterial.

	Campanha educativa na radio local do município. Campanhas educativas no jornal local.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Prefeito municipal  Secretário Municipal de Saúde
<b>Recursos necessários</b>	<b>Econômico ou financeiro:</b> Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. <b>Cognitivo:</b> Sobre as estratégias de comunicação. Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos <b>Político:</b> Articulação intersetorial e mobilização social. <b>Organizacional:</b> Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)
<b>Recursos críticos</b>	<b>Econômico ou financeiro</b> Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. <b>Político</b> Articulação intersetorial e mobilização social. <b>Organizacional</b> Adequação de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Controla o gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
<b>Responsáveis:</b>	Médica Enfermeira Equipe de Saúde da Família.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em dois meses, duração indefinida.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.



**Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao “Elevada prevalência de pacientes hipertensos com pressão arterial não controlada. PSF “José Ribeiro”, equipe II.2014-2015”.**

<b>Nó crítico 3</b>	Estrutura deficiente dos serviços de saúde
<b>Operação</b>	Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial.
<b>Projeto</b>	<b>Melhor acompanhamento</b>
<b>Resultados esperados</b>	Assegurar a consulta especializada e garantir a contrarreferência da mesma. Garantir exames previstos para 80% da população com hipertensão arterial. Garantir os medicamentos a 90 % da população com hipertensão arterial. Garantir a permanência dos profissionais de saúde para atendimento continuado destes pacientes.
<b>Produtos esperados</b>	Exigir a contrarreferência escrita dos especialistas. Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Contratação no município de profissionais especializados e médicos de PSF suficientes para conseguir o acompanhamento a 80% da população em questão. Compra dos medicamentos para conseguir <del>o</del> 90% de cobertura dos pacientes com hipertensão arterial.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Prefeito municipal  Secretário Municipal de Saúde.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Políticos:</b> Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. <b>Financiamento:</b> Para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, compra dos medicamentos para conseguir 80% de cobertura. <b>Cognitivo</b> Elaboração da adequação
<b>Recursos críticos</b>	<b>Políticos</b> Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. <b>Financiamento</b>

	Para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, compra dos medicamentos para conseguir 80% de cobertura.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o projeto de intervenção educativa.
<b>Responsáveis:</b>	Diretora de Atenção Básica do Município Secretario de saúde
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em seis meses
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

**Quadro 6 – Avaliação e monitoramento dos projetos.**

<b>Projetos</b>	<b>Operações</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Monitoramento</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Vida saudável</b>	Modificar estilos de vida inadequados	Médica Enfermeira Núcleo de Apoio à Família.	Trimestral	2 anos após implementação
<b>Aumente seu conhecimento</b>	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das complicações da hipertensão arterial.	Médica Enfermeira Equipe de Saúde da Família.	Mensal	1 ano após implementação

<b>Melhor acompanhamento</b>	Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos usuários com da hipertensão arterial.	Diretora de Atenção Básica do Município Secretário de saúde	Trimestral	1 ano após implementação
------------------------------	---	--	------------	--------------------------

### Resultados esperados

- Ter construído nos coletivos, um ou dois materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC), para promoção da saúde.
- Ter inserido 90% dos agentes representativos das comunidades eleitas.
- Ter inserido 90% dos gestores e trabalhadores de saúde, na construção da proposta.
- Ter minimizado em 90% o desconhecimento sobre a hipertensão arterial e sus complicações.
- Ter diminuído em 20 % os fatores de risco como o sedentarismo, as práticas inadequadas de alimentação, o tabaquismo e alcoolismo.
- Ter cobertura médica para 80% da população com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequados.
- Ter garantido exames previstos para 80% da população com hipertensão arterial.
- Ter garantido medicamentos a 90 % da população com hipertensão arterial.
- Ter reduzido em 80% a incidência da hipertensão arterial não controlada na população adulta.
- Ter contribuído com os órgãos e as políticas públicas de saúde e educação, do município.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Espera-se que a implantação e implementação das ações aqui propostas e construídas coletivamente possam promover maior adesão de adultos hipertensos da área de abrangência da equipe II, USB “José Ribeiro”, do município de Arapiraca para que consigam ter melhor qualidade de vida e maior promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 24 Abr.2014.

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/abccad15.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abccad15.pdf). Acesso em: 20 Abr.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

BOTREL, T. E. A, et al. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. **Rev. Bras. Clín. Terap.**[S.l.], v. 26, n. 3, p. 87-90. 2000.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**.Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CESARINO, C.B; et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Card.**, v.91, n.1, p.31-35, 2008.

CIPULLO, J.P.et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma População urbana brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, V. 94. Nº4, São Paulo, abr.2010.

GRADUAL N.A, HUBECK-GRAUDAL T, JURGENS G. Effects of low sodium diet vs. high-sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol and triglyceride (Cochrane Review). **Am J Hypertens**. 2012; 25:1-15.

GUERRA, E.H. Adherencia al tratamiento em personas com hipertension. **Avances em enfermía**. vxxx,n.2,p;67-75,mayo-agosto, 2012.

IRIGOYEN M.C.; LACCHINI, S.; DE ANGELIS, K; CICHELINI, L.C. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v.13, n. 1, p. 20-45, 2003.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Card. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, Ago. 2010.

MEDEIROS, A. R. *et al.*. Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.100, p.104-118, Jan./Mar.2014. Disponível em: <<https://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/>> Acesso em: 20 Ago.2015

NAVARRA, E.A. **Dicionário de Tupi antigo; a língua indígena clássica do Brasil**. São Paulo: Global. 2013.

NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de hipertensão**. Rio de Janeiro, v. 17, Jan/Mar. 2010, p. 57.

PAES N.A; ANDRADE, F.A. Efetividade do controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família em João Pessoa (PB). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.93, p.204-214, abr./jun.2012. Disponível em: <<https://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/>> Acesso em: 20 Ago.2015

PASSERO V; MOREIRA, E. A. M. Estado nutricional de idosos e sua relação com a qualidade de vida. **Rev. Bras. Nut. Clín.** v.18, n. 1, p. 1-7, 2003 Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 12 Junho. 2015.

PESSUTO J; CARVALHO, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, jan.1998.

RIBEIRO, A.G, et al.Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família, **Revista Nutrição de Campinas**.v.25,n.2,p:271-282,2012.

SILVA C. N. da; FERREIRA, J. S. Programa de exercícios físicos para hipertensos: aplicação em Unidades Básicas de Saúde da Família. <http://www.Efdeportes.com/> **Revista Digital**. Buenos Aires. vol. 15, n. 143, Abr. 2010.

TRAVAGIM, D. S. A. et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: Atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2 Abr/Jun. p. 291- 292, 2010.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq. Bras. Cardiol.** 2010; Supl. 1, p. 1-40.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report no communicable diseases 2010. <[Http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_2010](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_2010)>Acesso em: 20/Jun./2015.

ZAITUNE, M. P. A, et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.

**Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Feb. 2006, p.285-294.