

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – CEESF**

KARELIA RODRIGUEZ VALENCIANO

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
PACIENTES DA UNIDADE DE SAÚDE ALAGOINHA NO MUNICÍPIO
COITÉ DO NÓIA, ALAGOAS**

MACEIÓ – ALAGOAS

2016

KARELIA RODRIGUEZ VALENCIANO

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
PACIENTES DA UNIDADE DE SAÚDE ALAGOINHA NO MUNICÍPIO
COITÉ DO NÓIA, ALAGOAS**

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

Orientadora: Prof.^a Polyana Oliveira Lima

MACEIÓ – ALAGOAS

2016

KARELIA RODRIGUEZ VALENCIANO

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
PACIENTES DA UNIDADE DE SAÚDE ALAGOINHA NO MUNICÍPIO
COITÉ DO NÓIA, ALAGOAS**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a Polyana Oliveira Lima - UFMG

Examinador 2 – Prof.^a Valéria Bezerra Santos – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), contribui para uma elevada mortalidade cardiovascular em todo o país e vários fatores favorecem para o desenvolvimento da doença. Este trabalho propõe a criação de um plano de intervenção a ser aplicado na comunidade Alagoinha no município de Coité do Nóia, Alagoas. O estudo tem natureza descritiva, transversal com abordagem de intervenção. Tem como objetivo melhorar o controle dos pacientes. O referido plano foi criado utilizando o método de Estimativa Rápida e utilizou-se os princípios do Planejamento Estratégico Situacional – PES, para a construção do Diagnóstico Situacional, conforme Campos, Faria, Santos (2010) além de uma revisão de literatura utilizando base de dados como Lillacs e ScIELO. Para a pesquisa utilizou-se os temas sobre hipertensão, fatores de riscos e incidência. A implantação do plano de ação proposto pretende-se trabalhar os Nós Críticos definidos através do problema principal e foram trabalhados aumento da adesão ao tratamento da HAS e o uso correto da medicação, além das mudanças de estilo de vida para os fatores de riscos modificáveis. Diante do problema, foi detectado mais de 80% dos pacientes tem um ou mais fatores de riscos para as doenças cardiovasculares. O projeto contribui de forma significativo para melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência. Fatores modificáveis como: a obesidade, vida sedentária, consumo elevado de sal, hábito de fumar, alcoolismo aumentam a incidência da hipertensão arterial na população em preocupação adotamos mudança no estilo de vida.

Palavras-chaves: Hipertensão. Fatores de Riscos. Incidência.

ABSTRACT

The High Blood Pressure (HBP), contributes to a high cardiovascular mortality throughout the country and several factors favor the development of the disease. This paper proposes the creation of an intervention plan to be implemented in Alagoinha community in Coité municipality of Noia, Alagoas. The study is descriptive, cross-cutting nature with intervention approach. It aims to improve the management of patients. The plan was created using the method of Flash Estimate and used the principles of the Situational Strategic Planning - PES, for the construction of Situational Diagnosis, as Campos, Faria, Santos (2010) and a literature review using database as Lillacs and SciELO. For the research we used the themes of hypertension, risk factors and incidence. The implementation of the proposed plan of action is intended to work the knots Critics defined through the main problem and were worked increased adherence to treatment of hypertension and the correct use of medication in addition to lifestyle changes for the factors of modifiable risks. In view of the problem was detected over 80% of patients have one or more risk factors for cardiovascular diseases. The project contributes significant way to improving the health and life of the coverage area of the population. modifiable factors such as obesity, sedentary lifestyle, high salt intake, smoking, alcoholism increase the incidence of hypertension in the population concern adopt change in lifestyle.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Incidence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	12
3 JUSTIFICATIVA	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

Identificação do município

Segundo os dados oficiais do governo do Estado de Alagoas, a colonização de Coite do Nóia sempre esteve ligada ao movimento que resultou na implantação de Limoeiro de Anadia e mais tarde de Arapiraca.

Por volta de 1880 existiam apenas quatro casas, pertencentes a família Nóia. Pouco tempo depois, procedente de Limoeiro de Anadia, estabeleceu-se na região Manoel Jó – da – Costa, dedicando-se à exploração de gado e cultivo da terra. A comunidade foi aumentando com a chegada de famílias procedentes de outros municípios. Os seus primeiros moradores, vieram se unir Manoel Marques, procedente de Bom Conselho, Pernambuco e Manoel Cazuza oriundo de Arapiraca. Logo após chegaram outras famílias.

A abertura de novas estradas permitiu um maior intercâmbio entre a povoação e as cidades vizinhas, contribuindo, deste modo, para que Coité do Nóia passasse a ocupar lugar de destaque na região.

A luta não foi fácil, porém os esforços de seus líderes foram coroados de êxito, quando em 21 de agosto de 1963, através da Lei número 2.616, tornou-se município independente, desmembrando de Limoeiro de Anadia, sendo que sua instalação oficial se deu no dia 21 de setembro do mesmo ano, com a denominação Coite do Nóia, fazendo regência ao fruto do Coitezeiro (Coité) e à família (Nóia).

Descrição da comunidade

O município de Coité do Nóia, possui uma população de 11.110 habitantes, segundo estimativa IBGE (2010), está situado na região agreste, parte central do Estado de Alagoas, ocupando uma área total de 88,9km², com altitude de 158 metros acima do nível do mar, dista 128 km da capital, Maceió.

Seus limites são ao norte com Igaci, ao sul com Limoeiro de Anadia, ao leste com Taquarana e ao oeste com Arapiraca.

É um dos poucos municípios apresentando 92,62% com casas de tijolo, o que facilita a não presença do barbeiro, inseto transmissor da doença de Chagas. Considerando que 62,8% da população reside na zona rural, é esperado que o destino de lixo seja queimar ou enterrar, uma vez que a coleta pública de lixo não chega até lá, no entanto, necessita-se da realização de uma leitura e discussão junto a essas comunidades, principalmente com relação ao destino que seja menos prejudicial ao meio ambiente.

A taxa de urbanização é de 37,19% sendo a população de Coité do Nória predominantemente rural. A maior parte da economia desta população é providente da agricultura, sendo o principal recurso de ingresso de dinheiro ao município (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Coité do Nória é 0,533, em 2014. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi a Educação (com crescimento de 0,240), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2014, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Longevidade (com crescimento de 0,121), seguida por Educação e por Renda. A taxa de urbanização é de 34,20% (BRASIL, ATLAS 2010).

De acordo com o registro do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC, municipal em 2014, os homens morrem mais que as mulheres, tendo em vista estarem mais expostos as causas externas e por não terem a rotina de procurar os serviços de saúde quando necessário. E que os óbitos ocorridos em 2010 aconteceram mais nos domicílio, mudando nos anos seguintes onde aconteceram nos hospitais, o que pode mostrar que tiveram assistência médica. (SIAB, DATASUS, 2014).

Entre 2000 e 2010, a população de Coité do Nória cresceu a uma taxa média anual de -0,93%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a

taxa de urbanização do município passou de 21,00% para 34,20%. Em 2010 viviam, no município, 10.926 pessoas (BRASIL, ATLAS, 2010).

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 2,27%. Na UF, esta taxa foi de 1,29%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 21,24% para 21,00% (BRASIL, ATLAS, 2010).

Quadro 1: mostra a população total de homens e mulheres na área urbana e rural no município de Coité do Nóia, estado de Alagoas no ano de 2010.

População Total, por Gênero, Rural/Urbana - Coité do Nóia - AL						
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	9.799	100,00	11.993	100,00	10.926	100,00
Homens	4.822	49,21	6.067	50,59	5.422	49,62
Mulheres	4.977	50,79	5.926	49,41	5.504	50,38
Urbana	2.081	21,24	2.519	21,00	3.737	34,20
Rural	7.718	78,76	9.474	79,00	7.189	65,80

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010.

Segundo Atlas, Brasil, 2010 a mortalidade infantil no município passou de 50,6 por mil nascidos vivos, em 2000, para 33,4 por mil nascidos vivos, em 2010.

Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1990, e regulamentado pelas Leis Orgânicas, isto implica maior responsabilidade do município em relação a saúde coletiva, como as ações específicas, vacinação, vigilância sanitária, quanto as ações de outros setores da administração, defesa do meio ambiente, saneamento, desenvolvimento econômico e outros serviços públicos.

Serviços locais de saúde

O município possui em sua estrutura de quatro Equipes de Estratégias Saúde da Família - ESF, sendo uma na zona urbana e três na zona rural, a rural com seis unidades de apoio, destas, duas com Saúde Bucal implantada.

Possui um atendimento no Centro de Saúde caracterizado de média complexidade para os casos de emergência e em 2012 foi implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF que apoia ao Programa Saúde da Família – PSF.

O Programa de Saúde da Família - PSF foi iniciado em 1994 na zona rural, hoje alcança dez unidades de Saúde com quatro com equipe implantadas cobrindo 80% da população, pelos parâmetros do Ministério da Saúde, contudo toda a população é assistida pelas quatro equipes e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantados em 100% do município, vinculados as Unidades de Saúde da Família.

Os serviços de saúde oferecidos pelo SUS no território de Coité do Nória são desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde através das Equipes de Saúde da Família e no Centro de Saúde para os procedimentos básicos do elenco da atenção básica e no serviço especializado como: fisioterapia, nutrição, cardiologia, ginecologia, psicologia, ultrassonografia, ortopedia e um Laboratório de Patologia Clínica conveniado, que realiza a leitura da citologia oncótica e também realiza os exames de hormônios. No Centro de Saúde ainda tem implantado o serviço de urgência com médicos plantonista 24 horas.

A Unidade de Saúde da Família, localizado na comunidade Alagoinha, fica na região rural do município, é composta com um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários, além de agente administrativo e auxiliar de serviço geral, a equipe se desloca para uma outra Unidade de Apoio, localizado na comunidade de Oitizeiro.

A população é totalmente agrícola, de onde retiram sua fonte de renda. A população é renda média baixa e as condições sociais são consideradas regular, não há serviços de Bancos, correios, mercados, entre outros, sendo assim, a comunidade

precisam se deslocar para o centro da cidade de Coité para usufruir desses serviços.

Segundo o SIAB (2014) a comunidade apresenta 70,80% de pessoas alfabetizadas. São cadastradas 622 famílias pelo SUS e um total de população de 2098 pessoas, destes 12,29% são hipertensos, 1,52% são fumantes, 0,52% tem obesidade de grau não avaliado e 0,28% alcoólatras, dados importantes no levantamento para realizar o plano de intervenção, a fim de mudar estes fatores de riscos que são considerados modificáveis.

O quadro a seguir mostra os aspectos demográficos da população Coité do Nóia, segundo a população por grupos e faixa etária segundo no ano de 2010.

Quadro 2: Mostra os Aspectos demográficos: população, por grupos de idade, no território de equipe de saúde de família no ano de 2010.

Sexo	<1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	>60 anos	Total	%
Masc.	21	64	82	95	139	310	110	94	120	1035	49.3
Fem.	27	76	103	82	108	336	117	95	119	1063	50.7
Total	48	140	185	177	247	646	227	189	239	2098	100

Fonte: DATASUS, 2010

A equipe de saúde, a comunidade, os profissionais da secretaria da saúde do município, tornaram-se primordiais na criação do diagnóstico situacional da área e no processo de elaboração dos principais problemas de saúde na Estratégia Saúde da Família Alagoinha.

Problemas da comunidade

A equipe elaborou uma lista por ordem de prioridade tendo como resultado os problemas mais relevantes para a saúde pública como: Elevado número de doenças cardiovasculares, entre elas a Hipertensão Arterial, elevado número de pessoas com Diabetes Mellitus, sedentarismo, tratamento de água deficiente, alto índice de parasitose intestinal, doenças mentais e uso indiscriminado de medicamentos

antidepressivos por parte dos pacientes, doenças da pele e crianças com problemas odontológicos.

A Hipertensão Arterial é um dos principais fatores de riscos mais importantes que está afetando a comunidade no momento e é uma da principal causa de morte. A hipertensão Arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, enfarto agudo do miocárdio, aneurisma arterial, segundo a American Heart Association (2010) (por exemplo, aneurisma da aorta, doença arterial periférica), além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e cardíaca. Por essa razão a equipe decidiu discutir e analisar criteriosamente sobre a doença, oferecer melhores condições de saúde à população e assim poder reduzir as morbidades.

A hipertensão arterial é uma condição clínica com múltiplos fatores, caracteriza-se por elevados e sustentados níveis de pressão arterial. Associa-se frequentemente, as alterações funcionais e ou estruturais dos órgãos alvo como encéfalo, coração rins e vasos sanguíneos e as alterações metabólicas, com consequente aumento de risco para problemas cardiovasculares fatais ou não fatais. (IV DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO, 2010).

Em detrimento da grande preocupação em reduzir os fatores de riscos das doenças cardiovasculares na comunidade Alagoinha é que se teve como método a construção desse plano, a fim de trabalhar para o alcance do objetivo de mudança dos fatores de riscos modificáveis.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Adotar prática de ação educativa na estratégia saúde da família para hipertensos da unidade de saúde Alagoinha no município de Coité do Nóia em Alagoas.

Objetivos específicos

Conscientizar os moradores hipertensos da importância do uso correto da medicação.

Esclarecer as responsabilidades da equipe de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos.

Orientar os profissionais da unidade de saúde e os pacientes, respectivamente, sobre os fatores de risco da Hipertensão Arterial.

3 JUSTIFICATIVA

Vários autores relatam que a hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A 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.

A experiência na área de saúde, no município de Coité do Nóia, nos últimos anos, vem mostrando que apesar das várias divulgações e campanhas em veículos de comunicação a respeito da HAS e seus fatores de risco, as pessoas portadoras dessa enfermidade ainda apresentam sérias dificuldades em lidar com este cuidado.

Na Unidade de Saúde da Família Alagoinha, no município de Coité do Nóia Estado de Alagoas, observa-se também uma elevada prevalência desta doença, o difícil controle, o crescente número de pessoas com fatores de risco e o abandono do tratamento. Estes são os principais motivos pelos quais podemos caracterizá-lo um problema de saúde pública e investir em estratégias de intervenção para prevenir e minimizar os riscos.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste Projeto de Intervenção utilizou-se o método de Estimativa Rápida e o Planejamento Estratégico Situacional – PES conforme (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010), foi utilizado a revisão de literatura por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe da família Alagoinha no município Coité do Nória foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário.

Para a construção dessa intervenção foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: SciELO e Lilacs, utilizando artigos selecionados de acordo sua relevância e aplicabilidade do tema em questão.

Os descritores que foram utilizados na construção deste trabalho foram: hipertensão, fatores de riscos e incidência.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC (2010, p.8), a Hipertensão arterial é caracterizada por uma condição clínica com múltiplos fatores caracterizados por níveis elevados de pressão, frequentemente esses fatores estão associados a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e ainda a alterações metabólicas, levando às consequências do aumento do risco cardiovasculares fatais ou não.

“A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, e considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública [...]” (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006, p.9)

A hipertensão arterial, considerada uma doença crônica, pode ser influenciada pelo grau de participação do indivíduo portador de tal patologia, dependendo de fatores como a aceitação da doença, controle e conhecimento da mesma e aparecimento de complicações. É definida como tendo valores de pressão arterial sistólica > 160 mm Hg e diastólica > 95 mm Hg. A hipertensão limítrofe é aquela com valores sistólicos de 140 a 160 mm Hg e diastólicos de 90 a 95 mm Hg. A normotensão é a pressão arterial sistólica < 140 mm Hg e diastólica < 90 mm Hg. (KOCHAR; WOODS, 1990 *apud* PESSUTO & CARVALHO, 1998 p.33)

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

Ainda segundo o autor acima citado,

Refere que o trabalho da educação dos hipertensos em conhecer sua patologia e ao tratamento da doença, bem como a adaptação dos mesmos ao seu tratamento é o melhor caminho para se alcançar os objetivos, ainda para se ter sucesso na adaptação é necessário a motivação para que ocorra a mudança e o reconhecimento de que leva a qualidade de vida.

“Dentre as DCVs, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2011 *apud* RADOVANOVIC *et. al.*, 2014, p.548).

“Sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29%(2). Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5%.” (CESARINO *et.al.*, 2008; ROSÁRIO *et.al.*, 2009 *apud* RADOVANOVIC *et. al.*, 2014, p.548).

De acordo com Silva, Souza (2004) *apud* Agüero (2014, p. 25) a hipertensão arterial é uma síndrome clínica que se caracteriza pelo aumento da pressão arterial, em pelo menos duas aferições seguidas, obtidas em dias diferentes ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. A hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares se caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos, estimativas demonstra que pelo menos 65% dos idosos brasileiros é hipertenso.

De acordo com (DIAMOND, 1982; SCNEIDERMAN, 1989 *apud* FONSECA *et. al.*, p. 129) de acordo com os fatores de riscos para a Hipertensão estão os mais importantes: “obesidade, fumo, ingestão de álcool, história familiar de hipertensão, fatores psicológicos, certos traços de personalidade e estresse, que podem ser importantes desencadeadores no desenvolvimento da hipertensão”.

A importância do tratamento para os fatores de riscos modificáveis segundo VI Diretrizes de Hipertensão (2010) é a mudança do estilo de vida na prevenção primária da Hipertensão Arterial, notadamente na população com pressão arterial limítrofe, essas mudanças reduzem a pressão, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares.

“Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos” (VI DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO, 2010, p.10). As orientações para a prevenção primária estão na mudança da alimentação, adotar meios de alimentação saudável, controlar o consumo de sódio, álcool, tabagismo, potássio, combater o sedentarismo.

Uma das estratégias de prevenção para medidas de prevenção representa um grande desafio para os profissionais de saúde e os gestores. Cerca de 75% da população no Brasil essa assistência é feita em nível primário de saúde pelo Sistema Único de Saúde – SUS. (VI DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO, 2010). “A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde”.

Outras sugestões dadas pela VI Diretrizes de Hipertensão (2010, p.41), como estratégias para adesão ao tratamento anti-hipertensivo é trabalhar a educação em saúde, enfocando os conceitos sobre a doença hipertensiva, suas características, orientando os pacientes sobre os benefícios do tratamento, incluindo a mudança no estilo de vida, além de informar detalhadamente de forma que seja compreensível, sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos em uso e procurar ajustar a medicação quando necessário, garantir atendimento médico e organizar o agendamento das consultas.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de ação tem-se como adoção de medidas educativas para a hipertensão e seus fatores de riscos, especificamente atuando nos pacientes hipertensos, na comunidade e na equipe de saúde a fim de ofertar melhor qualidade de vida e orientação sobre a doença, evitando assim o aumento da morbidade e redução dos fatores de riscos.

Após a seleção da prioridade de intervenção foram identificados os nós críticos, esses serão trabalhados como proposta de intervenção em detrimento ao alcance dos objetivos para:

- aumentar o nível de informação da população quanto a doenças crônicas- não transmissíveis do município de Coité do Nóia.
- Capacitar os Agentes comunitários de Saúde quanto a doença;
- Aumentar a integração da equipe com outros setores, viabilizando a atenção a doença.

Nos Quadros 3, 4, e 5 foram apresentados os nós críticos e suas respectivas operações, resultados e produtos esperados, os responsáveis e os recursos necessários.

Quadro 3: “Nó – crítico” 1 Baixo nível de informação da população quanto a doenças crônicas- não transmissíveis do município de Coité do Nóia.

Nó crítico 1	Nível de informação da população
Operação/Projeto	+ saúde: aumentar a informação da população sobre as Doenças Crônicas (HAS)
Resultados Esperados	População mais informada e melhor controle das doenças crônicas.

Produtos	Planejamento de palestras para a população sobre o tema.
Recursos Necessários	Local, profissional qualificados e meios de difusão massivos.

Quadro 4: “Nó – crítico 2” Baixa capacitação dos Agentes comunitários de Saúde da unidade de saúde de zona rural no município de Coité do Nóia.

Nó crítico 2	Preparação aos Agentes de Comunitários
Operação/Projeto	+ saber: preparar e aumentar os conhecimentos dos agentes comunitários sobre o tema (HAS)
Resultados Esperados	Agentes comunitários com maior preparação sobre o tema para um melhor trabalho educativo na população.
Produtos	Programa de preparação para os Agentes Comunitários.
Recursos Necessários	Local, profissional qualificados.

Quadro 5: “Nó – crítico 3” Equipe desintegrada no município de Coité do Nóia.

Nó crítico 3	Equipe desintegrada.
Operação/Projeto	Cuidar melhor: participação de outros setores da comunidade.
Resultados Esperados	Trabalho em equipe organizado e participação integral da equipe;
Produtos	Programa de campanha na radio local; folhetos, etc.
Recursos Necessários	Conseguir um espaço na radio local.

Quadro 6: Identificação dos recursos críticos:

Operação/ Projeto	Recursos Críticos.
+ Saúde	Organizacional: Programas de palestras para a população. Profissional qualificado. Local.
+ Saber	Organizacional: Planejamento do programa sobre o tema pra os agentes. Local. Profissional qualificado.
Cuidar melhor	Politico: Participação integral do resto dos setores da comunidade. Financeiros: Obter um espaço na radio local; Folhetos, Banner; etc.

Quadro 7: Análise da viabilidade do plano.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos.		Ação estratégica
		Ator	Motivação	
+ Saúde	Organizacional	Secretário de saúde.	Favorável	Não é necessário.
Saber +	Organizacional	Secretario de Saúde e coordenação da atenção básica.	Favorável	-
Cuidar melhor	Politico	Secretaria de comunicação social.	Indiferente	Apresentação do projeto.
	Financeiro	Sec. de Saúde	Favorável	

Quadro 8: Plano Operativo.

Operações	+Saúde	Saber +	Cuidar melhor
Resultados	Aumentar os conhecimentos sobre o tema da população.	Aumentar conhecimentos dos Agentes comunitários.	Participação integral
Produtos esperados	Avaliação do nível dos conhecimentos sobre o tema	Agentes comunitários mais preparados	Programas de campanha educativa
Ações estratégicas	Realizar palestras para a comunidade cada semana	Organizar programa de preparação pra os agentes comunitários	Apresentação do projeto
Responsável	Equipe	Equipe de saúde;	Equipe de saúde;
Prazo	Início o mês próximo (junho)	Início o mês próximo (junho)	2 meses pra o início do projeto

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo entendemos que a HAS e o seu tratamento adequado envolvem uma multiplicidade de fatores extremamente complexos, que exigem de todos os envolvidos o emprego de estratégias combinadas que deem conta dessa complexidade.

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

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

REFERÊNCIAS

- _____. Sistema de Informação da Atenção Básica. Cadastramento Familiar. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>>. Acesso em 10 Out. 2015.
- AGUERO, L. DE LA C. G., **Avaliação da Hipertensão Arterial em Pacientes Idosos: Projeto de Intervenção**, 2014. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Avalia%C3%A7ao_hipertensao_arterial_pacientes_idosos.pdf>. Acesso em 22 Mar. 2016.
- ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Perfil Epidemiológico, Coité do Nóia**, AL, 2010. Disponível em < <http://www.atlasbrasil.org.br/2010/>>. Acesso em: 01 de out. 2015.
- BRASIL, Ministério, da. saúde. Brasília **Perfil. Municipal**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br> > Acesso: 12 Set. 2015.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A., **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- DATASUS, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF> Data de acesso: 20 Nov. 2015.
- FONSECA, F. DE C. A., A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J Bras Psiquiatr**. 2009;58(2):128-134. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a11.pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2016.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>. Acesso em: 10 Set. 2014.
- PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. latinoam. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, janeiro 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919>> Acesso em: 22 Mar. 2016.
- RADOVANOVIC, C. A. T. et. al., Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jul.-ago. 2014;22(4):547-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf>. Acesso em: 21 Fev. 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras Cardiol** 2006, Fev: 1–48. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>> Acesso em: 10 out. 2015.

SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Rev. bras. hipert.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 69 p., 2010. Disponível em: Disponível em:< http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 22 Fev. 2016.