UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Sandra Maria Loureiro Tenório

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM COMUNIDADE DE MACEIÓ-ALAGOAS

MACEIÓ

2024

Sandra Maria Loureiro Tenório

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM COMUNIDADE DE MACEIÓ-AL.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista. Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Santana Vieira.

MACEIÓ

2024.

Catalogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Helena Cristina Pimentel do Vale CRB-4/ 661

T312p Tenório, Sandra Maria Loureiro.
Projeto de intervenção para controle da hipertensão arterial sistêmica em dade de Maceió-AL / Sandra Maria Loureiro Tenório. – 2024.
31 f. : il.

Orientadora: Ana Carolina Santana Vieira.
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 30-31.

1. Hipertensão arterial. 2. Fatores de risco de doenças cardiovasculares. 3. Doenças crônicas – Prevenção. I. Título.

CDU: 616.12-008.331.1

Folha de Aprovação

SANDRA MARIA LOUREIRO TENÓRIO

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM COMUNIDADE DE MACEIÓ-ALAGOAS

Projeto de Intervenção submetido ao corpo docente do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, e aprovado em 04 de abril de 2024.

gov.br Documento assinado digitalmente
ANA CAROLINA SANTANA VIEIRA
Data: 06/05/2024 15:30:11-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Dra Ana Carolina Santana Vieira (Orientador/a)

Examinador/a:

gov.br Documento assinado digitalmente
JOAO ARAUJO BARROS NETO
Data: 06/05/2024 15:40:44-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr João Araújo Barros Neto (Examinador/a)

Sandra Maria Loureiro Tenório

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM COMUNIDADE DE MACEIÓ - ALAGOAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.
Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Santana Vieira.

Banca examinadora:

Professor Dr. João Araújo Barros Neto.

Aprovado em Maceió, em 04 de abril de 2024.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar mais uma oportunidade de crescimento individual e profissional.

A minha família, pelo apoio e incentivo ao meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A minha orientadora do Trabalho de Conclusão do Curso e tutores do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e de repente você estará fazendo o impossível.”
(São Francisco de Assis)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica com alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais problemas de saúde pública por trazer inúmeros prejuízos ao bem-estar de seus portadores, diminuindo a qualidade e a expectativa de vida quando não tratada adequadamente. A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos principais fatores de risco modificáveis e tem forte relação com as doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de morte no Brasil e no mundo. Ainda assim, um dos maiores obstáculos ao seu controle é a não-adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. É de suma importância a modificação de hábitos nocivos que afetam a HAS e para isso é imprescindível o trabalho de Educação em Saúde nas unidades da Estratégia de Saúde da Família. O presente trabalho objetiva propor um projeto de intervenção para controlar o problema da Hipertensão Arterial Sistêmica da comunidade assistida pela equipe 68 da Unidade de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer, utilizando-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), atuando sobre os nós críticos apresentados e melhorando a adesão ao tratamento medicamentoso, modificando hábitos nocivos, melhorando o estilo de vida e estimulando o autocuidado orientado, além do fortalecimento dos vínculos entre a equipe de saúde e a comunidade.

Palavras-chave: hipertensão, doenças cardiovasculares, fatores de risco, doenças crônicas, prevenção de doenças.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a chronic disease with high prevalence and low control rates, considered one of the main public health problems as it brings countless damages to the well-being of its sufferers, reducing the quality and life expectancy when not treated properly. Systemic Arterial Hypertension is one of the main modifiable risk factors and has a strong relationship with cardiovascular diseases, being the main cause of death in Brazil and worldwide. Still, one of the biggest obstacles to its control is non-adherence to drug and non-drug treatment. It is extremely important to modify harmful habits that affect SAH and to achieve this, Health Education work in Family Health Strategy units is essential. The present work aims to propose an intervention project to control the problem of Systemic Arterial Hypertension in the community assisted by team 68 of the Dídimo Otto Kummer Family Health Unit, using Situational Strategic Planning (PES), acting on the critical nodes presented and improving adherence to medication treatment, modifying harmful habits, improving lifestyle and encouraging guided self-care, in addition to strengthening bonds between the healthcare team and the community.

Keywords: hypertension, cardiovascular diseases, risk factors, chronic diseases, disease prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Serviços de saúde da rede própria do município de Maceió/AL.....17

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 68, Unidade Básica de Saúde Dídimo Otto Kummer, município de Maceió, estado de Alagoas.....21

Quadro 3 - Desenho das operações sobre o nó crítico 1, relacionado ao problema “índice elevado de Hipertensão Arterial Sistêmica” na população sob responsabilidade da USF Dídimo Otto Kummer, do município de Maceió, estado de Alagoas.....28

Quadro 4 - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “índice elevado de Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 68, da USF Dídimo Otto Kummer, do município de Maceió, estado de Alagoas.....31

Quadro 5 - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “índice elevado de Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 68, da USF Dídimo Otto Kummer, do município de Maceió, estado de Alagoas.....33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (*Diabetes mellitus*)
eMulti	Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16

1.1 Aspectos gerais do município de Maceió/AL.....16

1.2 O sistema municipal de saúde de Maceió/AL.....16

1.3 Aspectos da comunidade.....18

1.4 A Unidade Básica de Saúde Dídimo Otto Kummer.....19

1.5 A Equipe de Saúde da Família 68 da Unidade Básica de Saúde Dídimo Otto Kummer.....19

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Dídimo Otto Kummer.....19

1.7 O dia a dia da equipe 68.....20

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) 20

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) 21

2 **JUSTIFICATIVA**.....22

3 OBJETIVOS.....23

3.1 Objetivo geral.....23

3.2 Objetivos específicos.....23

4 **METODOLOGIA**.....23

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....25

6 **PLANO DE INTERVENÇÃO**.....26

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) 26

6.2 Explicação do problema (quarto passo) 27

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) 27

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (sétimo a décimo passo) 28

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....33

8 REFERÊNCIAS.....34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Maceió é a capital do Estado de Alagoas, localizada na região nordeste do Brasil, com uma população estimada em torno de 957.916 habitantes e uma densidade demográfica de 1.880,77 habitantes/km², sendo o município mais populoso de Alagoas (IBGE, 2022). Maceió integra, juntamente com outros 11 municípios, a 1ª região de saúde, a qual é sede.

Em 2021, apenas 27,01% da população era de pessoas que possuíam alguma ocupação, sendo em sua maioria desempregados, com a maior parte dos domicílios apresentando um rendimento mensal muito baixo (IBGE, 2021).

A taxa de mortalidade infantil média da cidade foi de 12,74 óbitos para mil nascidos vivos segundo o Censo IBGE de 2022. Em 2010, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 95% (IBGE, 2010).

Maceió apresenta apenas 47,1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, acarretando muitos problemas de saúde que poderiam ser evitados. (IBGE, 2010).

1.2 O sistema municipal de saúde

O modelo de atenção predominante no município de Maceió é o modelo integrado, caracterizado por uma rede poliárquica de atenção à saúde, composta por uma população adscrita, dividida por subpopulações de risco e sob responsabilidade de rede. A coordenação da rede de atenção se dá através da atenção primária, com as unidades da estratégia de saúde da família e as unidades do modelo tradicional de assistência à saúde. Este modelo é baseado nos princípios do Sistema de Saúde brasileiro, que são: a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular. A ênfase do cuidado é na relação entre equipes multiprofissionais, usuários e suas famílias, objetivando-se o autocuidado orientado, com intervenções não somente curativas, como também promocionais e preventivas de saúde.

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2018), Maceió representa aproximadamente 29,94% da população do Estado de Alagoas, com uma área territorial total de 509.552 km/m², dividida em 51 bairros, sendo estes subdivididos em oito distritos sanitários, com uma rede própria de saúde.

Para assegurar a assistência integral à saúde da população, a rede própria do município de Maceió conta com 75 estabelecimentos de saúde da atenção primária e especializada, como verificados na tabela 1.

Quadro 1: Serviços de saúde da rede própria do município de Maceió/AL.

Descrição dos serviços de saúde	**Quantidade**
Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF)	36

Unidades Básicas de Saúde (UBS) – Modelo Tradicional/Demanda Espontânea.	16
Unidades Básicas de Saúde Mistas (ESF e modelo tradicional)	06
Unidades de Pronto-Atendimento (UPA)	02
Centros de Atenção Psico-social (CAPS)	05
Unidades Especializadas	07
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	02
Centro de Especialidades (Pam Salgadinho)	01
Total	**75**

Fonte: Fonte: SCNES/GGPS/CASS/SMS-Maceió-AL, 2017.

Além da rede própria, o município de Maceió conta com uma rede complementar de serviços de saúde ambulatorial e hospitalar, para atenção à saúde da população de Maceió e da população referenciada de outros municípios alagoanos. A rede complementar é formada por 118 instituições, sendo 3 federais, 7 públicas estaduais, 17 filantrópicas e 91 privadas (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018).

Cada um dos 8 Distritos Sanitários de Maceió tem sua própria rede descentralizada de organização dos serviços de saúde, de acordo com os níveis de atenção, de modo a facilitar o acesso e a oferta de serviços à população local.

O VI Distrito Sanitário é formado por 02 Bairros grandes e populosos: o Benedito Bentes e o Antares. O Benedito Bentes é o bairro mais populoso de Maceió, com 100.156 habitantes, sendo que a população total do VI Distrito é de 122.104 habitantes, cerca de 12% da população de Maceió. O VI DS possui 10 unidades de saúde, sendo 07 unidades de atenção básica, 01 unidade de pronto-atendimento (UPA) e 01 centro de especialidades odontológicas (CEO). Das 07 unidades de atenção básica, 06 são da Estratégia Saúde da Família e 01 do modelo tradicional, com atendimento à demanda espontânea. O VI DS conta com uma cobertura da atenção básica de 51,84%. A Unidade de Saúde Hamilton Falcão é referência para serviços especializados (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018).

1.3 Aspectos da comunidade

Dentre as unidades básicas de saúde do VI Distrito Sanitário, no bairro do Benedito Bentes 2, no conjunto habitacional Carminha, encontra-se a Unidade Básica de Saúde Dídimo Otto Kummer, que abriga duas equipes da Estratégia de Saúde da Família. A população vive basicamente de trabalhos informais e de auxílios do Governo Federal, tendo em sua maioria uma renda familiar muito baixa, com baixa escolaridade, alto consumo de drogas e um alto índice de violência. A situação socioeconômica precária da população influencia negativamente na sua condição de saúde. O saneamento básico ainda é muito precário, com esgotamento sanitário e coleta de lixo insuficientes.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Dídimo Otto Kummer

A Unidade Básica de Saúde Dídimo Otto Kummer fica localizada em uma das ruas principais do conjunto habitacional Carminha, no bairro do Benedito Bentes. A unidade passou por uma reforma recente e foram feitas algumas mudanças que contribuíram para a sua melhoria. A recepção tem uma área suficiente para acomodar a demanda. Existe uma sala de reuniões para trabalhar com os grupos de saúde e para as reuniões mensais com toda a equipe. Todas as salas são equipadas com ar-condicionado. A unidade dispõe de uma sala de vacina, dois consultórios médicos, uma farmácia, uma sala para o arquivo, uma sala para a direção, a sala da pré-consulta, uma sala odontológica com instalações para duas cadeiras, uma sala de esterilização, um expurgo, uma cozinha, uma sala de materiais de limpeza, dois banheiros para os funcionários e dois banheiros para os usuários. Apenas dois consultórios possuem banheiros próprios. Além dessa estrutura, a unidade dispõe de uma área externa para atividades com a comunidade.

1.5 A Equipe de Saúde da Família 68 da Unidade Básica de Saúde Dídimo Otto Kummer

A Unidade de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer é formada por duas equipes da Estratégia de Saúde da Família: a equipe 67 e a equipe 68. A equipe 68 é formada por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), seis agentes comunitários de saúde (ACS), um diretor, uma auxiliar se serviços gerais e uma arquivista.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 68

A Unidade Básica de Saúde Dídimo Otto Kummer funciona das 7:00 até as 17:00, por se tratar de uma área onde há muita violência, somada ao fato de que não dispõe de um segurança caso haja necessidade. A agenda de trabalho da equipe consta de atendimentos médicos, de enfermagem e odontológicos, em sua maioria da demanda agendada, havendo também os atendimentos de urgência. Após a consulta, o usuário pode pegar as medicações prescritas com a farmacêutica da unidade. Como atendimentos da enfermagem, há também a pré-consulta/triagem, a realização de curativos e a sala de vacina. Em dias específicos, a equipe recebe uma equipe do eMulti (Equipe Multiprofissional da Atenção Básica), antigo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), com a presença de uma psicóloga, um educador físico, uma fisioterapeuta e uma nutricionista.

1.7 O dia a dia da equipe 68

A Unidade Básica de Saúde Dídimo Otto é formada por duas equipes, 67 e 68, da Estratégia de Saúde da Família. A equipe 68 tem seu funcionamento voltado em sua maior parte para a demanda agendada, com atendimentos de pré-natal, puericultura, HIPERDIA, saúde bucal, planejamento familiar, saúde da mulher, atividades educativas e visitas domiciliares. O acolhimento é iniciado quando o usuário é atendido pelo arquivista, que o coloca no sistema e o direciona para a sala da pré-consulta, onde será realizada a triagem e a verificação dos sinais vitais, peso e altura. Após isso, o usuário aguarda o atendimento na sala de espera. As equipes possuem grupos de acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos e grupos antitabagismo. A equipe também destina em seu cronograma um espaço para o PSE (Programa Saúde na Escola), onde realiza atividades educativas, de

promoção e de prevenção à saúde, entre elas a escovação supervisionada e a aplicação tópica de flúor, que tem diminuído significativamente o índice de cáries em crianças.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

De acordo com o diagnóstico situacional realizado com dados do ESUS e registros da equipe, a equipe 68 da Unidade de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer apresenta alguns problemas a serem solucionados. Entre esses problemas, destacam-se, em ordem decrescente de prioridade: risco cardiovascular aumentado, problemas psiquiátricos, violência e uso de drogas (tabela 2). A violência e o uso de drogas são problemas mais complexos para serem solucionados, envolvendo políticas públicas educacionais e melhoria da segurança pública, estando muito relacionados ao desemprego e ao baixo nível socioeconômico e cultural.

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 68, Unidade Básica de Saúde Dídimo Otto Kummer, município de Maceió, estado de Alagoas.

Problemas	Importância *	Urgência**	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção/ Priorização ****
Risco cardiovascular (hipertensão e diabetes)	Alta	10	Parcial	1
Problemas psiquiátricos	Alta	8	Parcial	2
Violência	Alta	7	Parcial	3
Uso de drogas	Alta	5	Parcial	4

Fonte: ESUS e registros da equipe.
*Alta, média ou baixa
** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados
***Total, parcial ou fora
****Ordenar considerando os três itens

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

O risco cardiovascular aumentado é, sem dúvida, o problema prioritário da área da equipe 68, se considerado o seu alto grau de importância na saúde da população, a urgência na sua resolução e a capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. É de se esperar que um grande número de hipertensos, diabéticos, sedentários, fumantes e indivíduos com sobrepeso/obesos seja beneficiado por um plano de intervenção que ajude a diminuir esses problemas. A Hipertensão Arterial Sistêmica é o problema mais prevalente da área e o que mais impacta no aumento do risco cardiovascular, aumentando a morbimortalidade da população, diminuindo a qualidade e a expectativa de vida.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o problema de maior prevalência na comunidade pertencente à unidade de Estratégia de Saúde da família Dídimo Otto Kummer. Em registros coletados pelo eSUS foi verificado que, associado ao problema da hipertensão arterial, outros problemas como a Diabetes, o tabagismo, o sedentarismo e a má alimentação, contribuem para um aumento significativo do risco cardiovascular nesta população.

O baixo nível socioeconômico e cultural da comunidade contribui para uma baixa ou má adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso proposto, demonstrando a necessidade de melhorar o nível de informação dos usuários através da educação continuada. De nada adianta melhorar o acesso às consultas se os usuários não sabem como realizar corretamente o tratamento e prevenir futuras complicações e novos problemas que poderão surgir.

Diante do exposto, é de extrema importância a realização de um plano de intervenção que vise melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão, através da melhoria do nível de informação da comunidade em relação ao problema, prevenindo dessa forma os agravos e o diminuindo o surgimento de novos casos através da mudança de hábitos da comunidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O presente trabalho tem como objetivo geral a proposição de um projeto de intervenção que vise à diminuição da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na comunidade pertencente à área de abrangência da unidade de Estratégia de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer, melhorando a adesão ao tratamento proposto pelo aumento do nível de informação da comunidade em relação ao problema.

3.2 Objetivos específicos

- Aumentar os conhecimentos da população em relação ao problema da Hipertensão Arterial Sistêmica, através da educação continuada em sala de espera, grupos operativos, visitas domiciliares e consultas multiprofissionais, proporcionando a melhoria do autocuidado e facilitando a adesão ao tratamento proposto.

- Realizar reuniões com periodicidade quinzenal, com a presença de todos os integrantes da equipe, de maneira que cada um, em sua área de atuação, possa contribuir para a resolução dos possíveis entraves que venham a surgir.

4 METODOLOGIA

O presente projeto de intervenção foi definido a partir do Método da Estimativa Rápida, por se tratar de um método muito prático e eficaz para se fazer uma análise da situação de saúde de uma população, definindo o problema de maior prioridade, os nós críticos e o planejamento das ações necessárias para o enfrentamento dos principais problemas. (FARIA et al, 2018)

Para esta análise, foram utilizados os dados do eSUS e registros da equipe de saúde, bem como informações obtidas nos grupos operativos, onde foi feito um retrato da área de abrangência da equipe de saúde, levando ao conhecimento dos principais problemas de saúde da comunidade da unidade Dídimo Otto Kummer.

Para a revisão narrativa de literatura do tema em questão, foram consultados a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e as bases de dados Scielo, Lilacs e Google Acadêmico. Foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde: hipertensão, doenças cardiovasculares, fatores de risco, doenças crônicas e prevenção de doenças.

A redação do texto foi feita em conformidade com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), seguindo-se as orientações contidas em “Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso” (CORRÊA et al, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). É uma doença com alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais problemas de saúde pública, impactando nas taxas de morbimortalidade da população. A HAS é um dos mais importantes fatores de risco modificáveis e a principal causa de morte no Brasil. Ainda assim, a não-adesão ao tratamento é bastante grande.

Em relatório publicado pela OMS (2023), a cada três adultos no mundo, um é afetado pela HAS. Mudanças no estilo de vida, como a prática de exercícios físicos, adotar uma dieta mais saudável e evitar o cigarro podem ajudar a diminuir ou controlar a pressão arterial, sendo que muitos indivíduos precisam tomar medicações para ter o controle efetivo da doença.

De acordo com os dados do censo de 2022, o IBGE divulgou que a quantidade de idosos no Brasil foi mais do que o dobro de 1980 para cá, o que aumenta significativamente a quantidade de hipertensos, já que a HAS é uma doença diretamente proporcional ao avanço da idade.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA), a HAS é uma doença crônica de alta prevalência e forte relação com as doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de morte no Brasil e no mundo. No Brasil, cerca de 350 mil pessoas morrem anualmente devido às doenças cardiovasculares, em sua maioria tendo como uma das causas a HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

Um dos maiores entraves no combate à hipertensão arterial se deve à não adesão ao tratamento. Segundo Leite e Vasconcellos (2003), a adesão é a concordância entre a prescrição médica e a conduta do paciente, sendo muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão ao tratamento proposto, como dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao

sistema de saúde, a relação médico-paciente insatisfatória e o caráter assintomático e crônico da doença.

Além do tratamento farmacológico, outras formas de manejo da HAS são importantes, como a prática de atividades físicas e o controle da dieta (VITOR et al, 2011). No entanto, apesar dos efeitos negativos do sedentarismo e da dieta inadequada, sobretudo em hipertensos, existe pouca adesão dos pacientes a essas práticas.

A atenção primária, por ser porta de entrada para o tratamento da hipertensão e de outras doenças, prestando assistência e realizando atividades de promoção e prevenção à saúde, tem papel fundamental no controle e na diminuição do risco cardiovascular de uma comunidade. Moreira et al (2020) destaca a importância da educação em saúde como ferramenta de comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade, promovendo alterações benéficas na conduta dos pacientes em relação ao tratamento proposto e incentivando mudanças de hábitos que ajudam no controle da doença. De acordo com Vasconcelos, Grillo e Soares (2018), a educação em saúde é imprescindível para que haja uma melhor compreensão do processo saúde-doença e das necessidades de intervenção para além de práticas curativas, reduzindo as internações por causas evitáveis e melhorando a saúde coletiva como um todo.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema prioritário “alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nó crítico”, as operações, projetos, os resultados esperados, os produtos esperados e os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES), em conformidade com o exposto em “Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde” (FARIA et al, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

De acordo com os registros da equipe de saúde e dados do e-SUS, realizou-se o levantamento dos principais problemas de saúde da comunidade assistida pela equipe 68 da USF Dídimo Otto Kummer. Dentre os principais problemas, destacou-se o aumento do risco cardiovascular, sobretudo pela quantidade de pacientes hipertensos da área. Também foi detectada uma quantidade grande de diabéticos, sedentarismo, tabagismo e maus hábitos alimentares, que somados contribuem de maneira significativa para os problemas cardiovasculares.

6.2 Explicação do problema selecionado

A HAS é um problema de saúde que precisa ser controlado de maneira eficaz para se evitar as consequências que dele podem surgir. Para isso, existe o tratamento medicamentoso e a mudança de hábitos que interferem direta ou indiretamente no sucesso do tratamento. Durante reuniões com toda a equipe e com grupos de HIPERDIA, levantou-se o problema da irregularidade no acompanhamento das consultas médicas e da enfermagem e da falta de informação da comunidade a respeito do problema e suas consequências. A não adesão ao tratamento medicamentoso, a prática de hábitos nocivos (tabagismo, má alimentação, sedentarismo) e a falta de organização da assistência, com uma agenda determinada para atividades educativas foram os principais entraves encontrados pela equipe de saúde para se obter a diminuição desse índice.

6.3 Seleção dos nós críticos

Após análise do principal problema de saúde da população, a equipe se reuniu para a detecção dos possíveis nós críticos, ou seja, das principais causas que interferem na sua resolução. Dessa forma, foram elencados os seguintes problemas:

- A prática de hábitos nocivos, como o tabagismo, o alcoolismo, o sedentarismo e a má alimentação, levando a um estilo de vida que dificulta o controle da HAS.
- A irregularidade no acompanhamento das consultas médicas e da enfermagem, onde muitas vezes o paciente só retorna quando acabam as medicações ou quando aparece algum problema mais sério.
- A baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão

As operações relacionadas a cada um dos nós críticos referentes ao problema "índice elevado de Hipertensão Arterial Sistêmica" na comunidade assistida pela equipe 68 da USF Dídimo Otto Kummer se encontram nos quadros seguintes:

Quadro 3 - Desenho das operações sobre o nó crítico 1, relacionado ao problema "índice elevado de Hipertensão Arterial Sistêmica" na população sob responsabilidade da USF Dídimo Otto Kummer, do município de Maceió, estado de Alagoas.

Nó crítico 1	**Prática de hábitos nocivos (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e má alimentação).**
Operação	Mudança de hábitos e estilo de vida.
Projeto	"Viver com Saúde".
Resultados esperados	Introdução de hábitos saudáveis e atividade física regular.
Produtos esperados	Criação do grupo "Viver com Saúde", com a participação da equipe multiprofissional e dos membros do eMulti e abordagem do tema nas atividades educativas na unidade e no PSE.
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema. Financeiro: aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais. Político: articulação com a Educação, para as atividades do Programa Saúde na Escola (PSE).
Recursos críticos	Político: articulação com a Educação. Financeiro: aquisição dos folhetos educativos e recursos audiovisuais.
Viabilidade do plano: con-	Equipe da ESF: motivação favorável.

trole dos recursos críticos (atores/motivação)	Equipe eMulti: motivação favorável. Equipe do PSE: motivação indiferente. Secretária municipal de saúde: motivação favorável. Secretário municipal de educação: motivação favorável.
Ações estratégicas para viabilidade do plano	Reuniões entre a equipe de saúde, a equipe do eMulti, o PSE, a diretora da escola e os líderes comunitários.
Responsável pelo acompanhamento das operações	Equipe da ESF: médica e enfermeira. Equipe eMulti: nutricionista e educador físico.
Prazo	Dois meses para o início das atividades.
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Elaboração dos folhetos educativos e recursos audiovisuais – 2 meses. Início do grupo “Viver com Saúde”, com atividades educativas e momentos de atividades físicas orientadas pelo educador físico – 3 meses. O grupo terá reuniões quinzenais. Atividades educativas em sala de espera da UBS, na comunidade e nas escolas – 2 meses. Avaliação do plano pelos responsáveis técnicos (médica, enfermeira, nutricionista e educador físico) a cada mês. Avaliação do projeto e dos resultados finais por toda a equipe multiprofissional – 12 meses.

Quadro 4 - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o "nó crítico 2" relacionado ao problema "índice elevado de Hipertensão Arterial Sistêmica", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 68, da USF Dídimo Otto Kummer, do município de Maceió, estado de Alagoas.

Nó crítico 2	**Irregularidade no acompanhamento das consultas de HAS.**
Operação	Continuidade do cuidado, com a realização dos ajustes que se façam necessários no tratamento da HAS.
Projeto	"De olho na pressão".
Resultados esperados	Continuidade do cuidado da HAS. Prevenção de agravos.
Produtos esperados	Determinação de um cronograma fixo de consultas, com agendamento de acordo com critérios de risco. Regularização da continuidade das consultas médicas e da enfermagem. Atualização do tratamento, através da adequação de medicamentos e da solicitação de exames complementares. Possibilidade de encaminhamento para consultas especializadas, caso haja necessidade. Busca ativa dos faltosos através da visita domiciliar dos ACS. Redução dos agravos relacionados à descontinuidade do cuidado da HAS.
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o problema por parte de toda a equipe e análise de dados(indicadores). Financeiro: aquisição de folhetos e recursos audiovisuais para esclarecer a população sobre o problema e motivar o cuidado. Político: articulação entre a ESF e a coordenação da atenção básica.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Político: organização do cronograma e busca ativa dos faltosos. Financeiro: aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais.
Controle dos recursos	Equipe da ESF: motivação favorável.

críticos - ações estratégicas	Farmacêutica: motivação favorável. Coordenação da atenção básica: motivação favorável.
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis: médica e enfermeira. Prazo: um mês para o início das atividades.
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões mensais com a presença de toda a equipe e da farmacêutica, para a detecção de problemas que possam dificultar o processo e para a análise dos resultados obtidos, iniciando no primeiro mês. Atividades educativas em sala de espera e abordagem do tema no grupo “Viver com Saúde”, com início em um mês. Agendamento das consultas de retorno com a periodicidade de acordo com o risco apresentado pelo paciente. Busca ativa dos faltosos através das visitas domiciliares dos ACS. Articulação entre os demais membros da equipe, no sentido de detectar pacientes que não estão retornando às consultas e unir forças para solucionar o problema. Análise dos resultados finais da ação aos doze meses.

Quadro 5 - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o "nó crítico 3" relacionado ao problema "índice elevado de Hipertensão Arterial Sistêmica", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 68, da USF Dídimo Otto Kummer, do município de Maceió, estado de Alagoas.

Nó crítico 3	**Baixa adesão ao tratamento medicamentoso.**
Operação	Melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS.
Projeto	"Melhor com remédio".
Resultados esperados	Aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso com a melhoria do nível educacional dos pacientes em relação ao problema.
Produtos esperados	Melhora da eficácia do tratamento da HAS.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento de toda a ESF em relação ao problema. Financeiro: confecção de folhetos educativos e recursos audiovisuais. Político: articulação da ESF com a Secretaria de Saúde.
Viabilidade do plano – controle dos recursos críticos (atores/motivação)	Equipe da ESF: motivação favorável. Farmacêutica da USF: motivação favorável.
Viabilidade do plano - ações estratégicas	Reuniões mensais entre a equipe da ESF, com a presença da farmacêutica, para alinhamento das ações e análise dos resultados.
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis: médica, enfermeira e farmacêutica da USF. Prazo: um mês para o início das atividades.
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Atividades educativas em sala de espera e abordagem do tema no grupo "Viver com Saúde", com início em um mês. Reuniões mensais com toda a equipe, com a análise dos resultados obtidos e alinhamento das ações, com início no primeiro mês. Busca ativa pelos ACS de pacientes que não estão pegando as medicações prescritas, de acordo com as informações da farmacêutica da ESF.

	Avaliação dos resultados finais obtidos após um período de doze meses.

8.CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica silenciosa, que requer uma mudança de comportamento e estilo de vida do indivíduo. Para isso, é preciso expandir os conhecimentos através da educação em saúde, para que o indivíduo, junto com a equipe de saúde da família, se torne corresponsável pelo seu tratamento. Através da educação em saúde, pode-se reforçar a necessidade da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS, além do acompanhamento regular através de consultas médicas e da enfermagem.

É de fundamental importância a comunicação entre os membros da equipe de saúde da família, a fim de se detectar possíveis problemas durante o processo, sendo imprescindível o elo de ligação da equipe com a comunidade através dos agentes comunitários de saúde, através dos quais se pode realizar a busca ativa dos pacientes que não aderiram ao tratamento proposto.

A Estratégia de Saúde da Família, com sua equipe multidisciplinar, além de poder oferecer o tratamento adequado para a HAS, pode desenvolver e estimular o autocuidado orientado, através do acolhimento realizado pelos diferentes profissionais que compõem a equipe, unindo forças com a comunidade para a resolução do problema.

REFERÊNCIAS

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf . Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa . Acesso em: 16 dez. 2023.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:** trabalho de conclusão de curso**.** Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf. Acesso em: 29 nov. 2023.

DESCRITORES em Ciências da Saúde: DeCS.. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2019. Disponível em: http://decs.bvsalud.org . Acesso em: 25 jan. 2024.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 12 dez. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico do Brasil**. Rio de Janeiro, 2010.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico do Brasil.** Rio de Janeiro, 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama de Maceió/AL. **Portal IBGE Cidades.** 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/maceio/panorama. Acesso em: 23 jan. 2024.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. DA P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775–782, 2003.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018/2021**. Maceió, 2018.

MOREIRA, R. P. et al. **Educação em saúde no domicílio de idosos hipertensos e/ou diabéticos**. Revista Enfermagem UFPE Online, v. 14, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245034>. Acesso em 03 fev. 2024.

VASCONCELOS, M.; G.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. Práticas educativas e tecnologias em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 59p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/praticas-educativas-tecnologias-saude.pdf. Acesso em:14 out. 2023.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. I–III, 2010.
VITOR, A. F. et al. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 251–260, abr. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. **Global report on hypertension:** the race against a silent killer. Geneva, Switzerland: WHO, 2023. Disponível em: < https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062> Acesso em: 16 jan. 2024.