

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

JONAIR TEODORO VIEIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM PRIMAVERA**

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2015

JONAIR TEODORO VIEIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM PRIMAVERA**

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

Orientadora: Prof.^a Fernanda Magalhães Duarte Rocha

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2015

JONAIR TEODORO VIEIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM PRIMAVERA**

Banca Examinadora

Fernanda Magalhães Duarte Rocha (orientadora)

Ayla Norma Ferreira Matos

Aprovado em Belo Horizonte, em 19/01/2015.

RESUMO

A cidade de Governador Valadares encontra-se no interior de Minas Gerais, e pertence à mesorregião do Vale do Rio Doce e à microrregião de mesmo nome da cidade. Na periferia da cidade encontra-se o bairro Jardim Primavera, onde atua a equipe de ESF Jardim Primavera em que foi desenvolvido esse trabalho, que se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre a população da comunidade do Jardim Primavera, pelo número de hipertensos com níveis pressóricos não controlados, tendo como objetivo elaborar uma proposta de intervenção educativa e dinâmica sobre os nós críticos da hipertensão arterial para população dessa comunidade. Para o desenvolvimento desse projeto foi utilizado o método simplificado de Planejamento Estratégico Situacional – PES, realizada reunião com equipe e uma revisão de literatura sobre o tema, utilizando as bases de dados Scielo, Lilacs e Medline, considerando publicações a partir de 1998. Conclui-se que com a identificação dos problemas e dos “nós críticos”, foi possível criar um plano de ação, com o desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano e elaboração de plano operativo, visando o enfrentamento do problema, estabelecendo ações de melhoria da qualidade de vida, aumentando o conhecimento da população sobre a doença e o uso correto de medicações com distribuição de caixas organizacionais para as medicações, além de estimular a mudança de estilo de vida por meio de grupos de atividade física, de combate ao alcoolismo e tabagismo.

Palavras-chave: Hipertensão. Pressão arterial. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The city of Governador Valadares is in Minas Gerais, and belongs to the middle region of Vale do Rio Doce and micro eponymous city. On the outskirts of town is the Jardim Primavera neighborhood, where it operates the team ESF Jardim Primavera that was developed this work, which is justified by the high prevalence of hypertension among the population of the Jardim Primavera community, the number of hypertensive patients with blood pressure uncontrolled, aiming to develop a proposal for educational and dynamic intervention on critical nodes of hypertension for people of this community. For the development of this project we used the simplified method of Situational Strategic Planning - SSP held meeting with staff and a review of literature on the subject, using databases Scielo, Lilacs and Medline, considering publications since 1998. It follows that identifying the problems and the "critical nodes", it was possible to create a plan of action, with the design of operations, identification of critical resources, plan feasibility analysis and development of operational plan, aimed at tackling the problem, establishing actions improving the quality of life, increasing people's knowledge about the disease and the correct use of medications with distribution of organizational boxes for medications, and stimulating change in lifestyle through physical activity groups, to combat alcoholism and smoking.

Keywords: Hypertension. Blood pressure. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Diagnóstico Situacional	8
1.1.1 Identificação dos problemas	9
1.1.2 Priorização dos problemas	9
1.1.3 Descrição do problema priorizado	9
1.1.4 Explicação do problema priorizado	10
1.1.5 Identificação dos “nós críticos” do problema priorizado	10
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	12
4 METODOLOGIA	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO	14
6 PLANO DE AÇÃO	16
6.1 Desenho das operações	16
6.2 Identificação dos recursos críticos	17
6.3 Análise de viabilidade do plano	17
6.4 Elaboração do plano operativo	18
6.5 Gestão do plano	19
6.6 Monitoramento e a avaliação	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Governador Valadares, fundada em 30 de janeiro de 1938, encontra-se no interior de Minas Gerais, ficando a mais ou menos 320 quilômetros a nordeste de Belo Horizonte, capital do estado. Pertence à microrregião de mesmo nome da cidade e à mesorregião do Vale do Rio Doce, sendo que a maior parte de seu território situa-se na margem esquerda do Rio Doce. Sua população estimada pelo IBGE em 2014 é de 276.995 habitantes, sendo assim a nona cidade mais populosa do estado de Minas Gerais e a primeira de sua mesorregião e microrregião.

O município é servido pela estrada de ferro Vitória-Minas, da Companhia Vale do Rio Doce e pela rodovia Rio-Bahia (BR 116), ligando-se à capital do estado pela BR 381. A cidade ainda se destaca em seu turismo. Em Governador Valadares está o Pico da Ibituruna. Com 1.123 metros de altitude, é um dos pontos mais altos do Leste mineiro. É sede de uma das etapas do Campeonato Brasileiro de Voo Livre sendo que os competidores saltam do Pico, de onde se pode avistar toda a região do Vale do Rio Doce, cujo leito está aos pés do pico. Também sedia vários campeonatos internacionais de voo livre.

A área total da cidade é de 2.348,1 km², com aproximadamente 52.317 famílias, segundo o cadastro do SIAB 2014, sendo 5.526 famílias cadastradas na zona rural e 46.791 na zona urbana. O sistema ainda aponta uma estimativa de 78.291 famílias para zona urbana. Em 2010, sua população encontrava-se 95,56% vivendo na zona urbana e 4,46% vivendo na zona rural.

Conforme dados do SIAB 2014, 99,89% das famílias de área urbana e 68,46% recebem água tratada, 0,04% das famílias da área urbana e 31,31% da zona rural usam água de poços ou nascentes. 96,47% das famílias de zona urbana e 79,13% da zona rural filtram a água para consumo. 99,82% dos domicílios urbanos e 60,55% da zona rural tem como destino de fezes e urina o sistema de esgoto.

Entre os 171.998 habitantes do município cadastrados no SIAB 2014, 80.508 são do sexo masculino (46,81%) e 91.490 são do sexo feminino (53,19%), distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1.

Tabela 1 – População segundo faixa etária no município de Governador Valadares.

Município: Governador Valadares										
Total da população: 171.998 Hab.										
Nº de Indivíduos	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	> 60
Área Urbana	514	6777	4518	7055	13156	14406	50666	20505	16428	20594
Área rural	59	684	482	772	1659	1774	4923	2078	1811	3137
Total	573	7461	5000	7827	14815	16180	55589	22583	18239	23731

Fonte: SIAB, 2014.

Governador Valadares é o nono município mais populoso do estado e o 90º do Brasil, apresentando uma densidade populacional de 112,1 habitantes por km². O índice de alfabetização de adultos é de 89,53% e a taxa bruta de frequência escolar na cidade é de 81,19%.

A incidência da pobreza, medida pelo IBGE, é de 24,64% e a incidência da pobreza subjetiva é de 19,64%, sendo essa última considerada o estado de exclusão social. De acordo com a prefeitura, o município teve em 2009 cerca de 135 pessoas em situação de rua. 32,6% foram para as ruas por causa do consumo de drogas e 25,9% por problemas de relacionamento familiar.

O índice de desenvolvimento da educação básica municipal é 5,4, sendo um resultado acima da média nacional de 5,0.

O município possui 151 estabelecimentos de saúde, sendo 78 deles privados e 73 municipais entre hospitais, prontos-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos. A cidade possui 180 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Na cidade, existem dois hospitais especializados (ambos privados) e sete gerais, sendo um público, dois filantrópicos e quatro privados. Governador Valadares conta ainda com 152 médicos cirúrgicos, 175 clínicos, 52 complementares, 73 obstétricos, 146 pediátricos e um de outra especialidade, totalizando 599. No ano de 2006, foram registrados 4.156 de nascidos vivos, sendo que a Taxa Bruta de Natalidade é de 16,0.

Governador Valadares conta com uma cobertura de 57 Estratégias de Saúde da Família e oito equipes de NASF (Brasil, 2014), e uma rede de atenção à saúde composta por nove centros de referência, e o Hospital Municipal. Ligado ao Departamento de Atenção à Saúde tem: a policlínica, centro de especialidades odontológicas, centro de referência em oftalmologia social, centro de referência em doenças endêmicas e programas especiais, centro

de convivência em saúde mental, centro viva a vida, centro de apoio ao deficiente físico, centro de referência em atenção especial à saúde e centro de atenção psicossocial álcool de drogas. Ligados ao departamento de vigilância em saúde: centro de referência em saúde do trabalhador, gerência epidemiológica, centro de controle de zoonoses, núcleo de prevenção de violência e promoção da cultura, e gerencia de vigilância sanitária.

O bairro Jardim Primavera fica na periferia do município de Governador Valadares, onde atua a equipe de ESF Jardim Primavera, que conta com médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista, recepcionista, agentes comunitários de saúde e auxiliar de serviços gerais.

Segundo dados do SIAB 2014, são cadastrados 3.725 moradores atendidos por essa equipe, dos quais 1.746 são do sexo masculino e 1.979 são do sexo feminino, divididos em seis microáreas, totalizando 1.096 famílias cadastradas. Dentre os cadastrados existem 25 deficientes físicos, 73 diabéticos, quatro portadores de epilepsia, 448 hipertensos dois hansenianos e 12 gestantes.

Outros dados apontam que 94,63% das crianças de sete a 14 anos estão na escola, 96,96% dos maiores de 15 anos são alfabetizados, 3,06% possuem plano de saúde e 15,97% das famílias recebem bolsa família. 100% das casas possuem energia elétrica e água tratada.

A Unidade de Saúde do Jardim Primavera encontra-se na Rua Éder Silveira, número 620 – Vila Isa, local de fácil acesso para a comunidade, funcionando de segunda a sexta-feira, de 07:00 às 17:00h.

1.1 Diagnóstico Situacional

O diagnóstico situacional, segundo Campos, Faria e Santos (2010, p. 56), “é apenas um primeiro passo num processo que busca construir um plano de ação”, sendo assim, após discussão com a equipe de Estratégia de Saúde da Família Jardim Primavera, podemos identificar alguns problemas enfrentados pela população de sua área adscrita.

Diante da discussão, levando-se em consideração a realidade vivenciada pela equipe, foram levantados problemas como hipertensos e diabéticos com valores de pressão arterial e glicemia capilar alterados, a baixa adesão à coleta de preventivo por mulheres em faixa etária, uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos, e a falta de compreensão e memorização por parte da população à agenda das ações da equipe, esquecendo frequentemente das ações programadas.

Quando se fala de um problema, não se pode considerar apenas o problema isoladamente, mas sim todo o processo que levam as causas e/ou consequências. Por isso, “ao identificar um problema, deve-se considerar se ele é final (terminal) ou intermediário”, sendo que os problemas intermediários farão parte de uma cadeia de causas que levam ao problema principal, tendo igual importância dentro do contexto (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010, p. 57).

1.1.1 Identificação dos problemas

- Hipertensos com valores pressóricos alterados;
- Diabéticos com valores de glicose alterados;
- Baixa adesão de mulheres ao preventivo;
- Uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos.

Com a identificação dos problemas, e levando-se em consideração a escassez de recursos, tanto humanos quanto materiais, torna-se necessário a priorização de um para desenvolvimento do plano de ação (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

1.1.2 Priorização dos problemas

Tabela 2 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade ESF Jardim Primavera, 2014.

Comunidade Jardim Primavera – Priorização dos problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Valores pressóricos descompensados	Alta	8	Parcial	1
Valores de glicêmicos descompensados	Alta	6	Parcial	2
Baixa adesão ao preventivo	Alta	6	Parcial	2
Uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos	Alta	5	Parcial	3

1.1.3 Descrição do problema priorizado

A Hipertensão Arterial é um grave problema de saúde pública, tanto no Brasil quanto no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2006).

A equipe de saúde da família do Jardim Primavera conta atualmente com uma população de 448 hipertensos cadastrados, de uma população adscrita com 3.725 habitantes, totalizando em média 12% da população acometido de tais patologias, segundo dados do SIAB (2014).

1.1.4 Explicação do problema priorizado

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), a identificação das causas é de fundamental importância para o enfrentamento de determinado problema, pois é exatamente nas causas que se darão as ações de combate ao problema. Para entender melhor a cadeia que leva ao descontrole dos valores de pressão e glicemia, deve-se entender os “nós críticos” desse processo complexo.

O controle da hipertensão está relacionado à adesão medicamentosa e a mudanças de estilo de vida, tais como abandono do hábito de fumar, alcoolismo, sedentarismo, alimentação hipossódica, etc.

Muitas vezes os hipertensos são idosos, que não possuem alfabetização, o que dificulta o uso das medicações corretamente e nos horários certos, pois tem dificuldade para reconhecer os medicamentos, e distingui-los, o que acaba configurando no uso errado de tais medicações.

Outro problema que leva as alterações nos níveis pressóricos é a não mudança de estilo de vida, pois o que vemos são hábitos não desejáveis sendo praticados pela maioria dessa população, principalmente no que diz respeito a exercício físico, onde eles alegam que não conseguem realizar nenhum tipo de atividade, por motivo de falta de tempo, cansaço ou dores no corpo.

1.1.5 Identificação dos “nós críticos” do problema priorizado

- Estilo de vida indesejável;
- Uso incorreto de medicamentos;
- Processo de trabalho da equipe ineficiente.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre a população da comunidade do Jardim Primavera, pelo grande número de hipertensos com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular, cardiocerebral, renal e tissular periférico aumentado e suas consequências.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que os problemas priorizados têm grande importância e um bom nível de enfrentamento, além de que, no nível local, temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVO

Elaborar uma Proposta de Intervenção educativa e dinâmica sobre os nós críticos da hipertensão arterial da população da Estratégia Saúde da Família Jardim Primavera do município de Governador Valadares, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desse projeto foi utilizado o método simplificado de Planejamento Estratégico Situacional - PES, conforme os textos da unidade 2 da disciplina de Planejamento e Avaliação em Saúde e seção 4 da disciplina de Iniciação Científica.

Também foi realizada uma reunião com equipe da ESF e uma revisão de literatura das palavras-chaves: hipertensão, pressão arterial e Estratégia Saúde da Família. Tem uma abordagem qualitativa abrangendo a leitura, análise e interpretação de livros, periódicos, artigos e outros, tendo como fonte de pesquisa sites como o Scientific Electronic Library Online – Scielo, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – Medline, entre outros, além das publicações do Ministério da Saúde e a Revista Saúde da Família, fazendo-se acompanhar de anotações e fichamentos que eventualmente poderão servir para a fundamentação teórica de estudos. A seleção dos artigos foi realizada no período de junho a dezembro de 2014, considerando apenas publicações a partir do ano de 1998.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma proposta de reorganização do modelo assistencial, que visa atender o ser humano de forma integral em todo o seu ciclo de vida, trabalhando com estratégias e ações voltadas para prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos da população sob sua responsabilidade, com foco na unidade familiar, considerando o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida (SANTANA *et al*, 2009).

No ano de 1988 a saúde passou a ser estabelecida na legislação brasileira como direito de todos os brasileiros a ser assegurado pelo Estado e seus princípios foram regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (MARTINS, GARCIA e PASSOS, 2008).

Logo após a criação do SUS, em 1991, deu-se início a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994 foram formadas as primeiras equipes de saúde da família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O Programa Saúde da Família “é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, sendo denominado atualmente por Estratégia de Saúde da Família” (MARTINS, GARCIA e PASSOS, 2008, p.2).

Para Santana *et al* (2009) a ESF é um modelo de reorganização da assistência, que visa contemplar todas as fases de vida do ser humano de forma integral. O que significa que o atendimento prestado pelo profissional deve abranger além dos aspectos biológicos, os aspectos psicossociais do ser humano, realizando uma assistência centrada na pessoa e não na doença.

Esse modelo assistencial trabalha com estratégias e ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, onde as equipes de saúde da família estão comprometidas com a integralidade do cuidado a saúde, focando na família, entendida e percebida no seu contexto socioeconômico e cultural, levando em consideração os fatores epidemiológicos da comunidade em que está inserida (SANTANA *et al*, 2009).

Nesse contexto assistencial em que atua a ESF, encontra-se o cuidado à pessoa portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), caracterizada pelos elevados níveis da pressão arterial, “sendo definida como pressão arterial sistólica igual ou maior que 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica igual ou superior que 90mmHg, em indivíduos sem uso de anti-hipertensivos” (MOURA *et al*, 2010, p. 760).

Para Junior, Pierin e Guimarães (2001, p. 249) a HA “é uma doença altamente prevalente em nosso meio, atingindo cerca de 15 a 20% da população adulta com mais de 18 anos, chegando a índices de 50% nas pessoas idosas”. Barbosa e Jorge (2000) dizem que a HA se apresenta como um dos principais e talvez mais agravantes riscos para as doenças cardiovasculares no mundo.

Molina *et al* (2003, p. 744) afirma que a HA “é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle”.

O controle da HA inicia-se com a detecção e a observação contínua dos valores pressóricos, não devendo ser diagnosticada com base em uma única aferição de pressão arterial (PRESSUTO e CARVALHO, 1998). Para Moura *et al* (2010) o controle da pressão arterial constitui-se um desafio aos pacientes devido a necessidade de mudança de estilo de vida. Dizem ainda que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é consolidada mediante a participação do paciente de forma ativa ao plano terapêutico, sendo visto como sujeito do processo, assumindo com os profissionais de saúde a responsabilidade pelo tratamento.

Segundo Pressuto e Carvalho (1998) são fatores de risco ligados a HA: idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, entre outros.

A falta de controle dos valores pressóricos, mesmo em pacientes acompanhados em unidades de saúde, regularmente é frequente. Sendo assim, é necessário o desenvolvimento de estratégias de cuidado que abordem os diversos elementos envolvidos no processo de adoecimento da HA, contextualizando o cuidado às necessidades do indivíduo, trabalhando a autonomia e a postura ativa na adesão ao tratamento (MOURA *et al*, 2011).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Desenho das operações

Quadro 1 – Desenho das operações para os “nós” críticos do problema de valores pressóricos descompensados.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Uso incorreto de medicamentos	Saber + Melhorar uso de medicações	Aumentar o uso correto das medicações, com doses e horários regulares.	Programa de distribuição de caixas organizacionais de medicamentos.	Organizacional – Confecção das caixas. Cognitivo – Orientação da população. Financeiro – para material de confecção das caixas
Estilo de vida indesejável	Vida em Movimento Modificar hábitos de vida	Estimular a pratica de exercícios físicos; Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros.	Grupos de atividade física; Viver sem álcool; e Cigarro não!	Organizacional – para organização dos grupos Cognitivo – Orientação das pessoas Financeiro – para materiais de divulgação e uso nas atividades Político – disponibilização do local.
Processo de trabalho da equipe ineficiente	Aprendendo para cuidar Buscar conhecimento	Aumentar o conhecimento dos integrantes da equipe sobre a hipertensão arterial e seus mecanismos de controle; Melhorar o trabalho em equipe.	Grupos de estudo e capacitação da equipe.	Organizacional – Organização das agendas para inclusão dos estudos em grupo. Político – Para disponibilização de linhas guias sobre HA. Cognitivo – Pessoas capacitadas para conduzir os estudos. Financeiro – Aquisição de

				materiais de estudo.
--	--	--	--	----------------------

6.2 Identificação dos recursos críticos

Quadro 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema de valores pressóricos descompensados.

Operação/projeto	Recursos críticos
Saber +	Financeiro > Para aquisição de materiais para confecção das caixas organizacionais.
Vida em movimento	Político > para disponibilização do local onde serão realizadas as atividades e mobilização social. Financeiro > para aquisição de materiais necessários nas atividades e para a divulgação.
Aprendendo para cuidar	Financeiro > para aquisição de materiais de estudo.

6.3 Análise de viabilidade do plano

Quadro 3 – Proposta de mobilização dos atores

Operações/projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber + Melhorar uso de medicações	Financeiro > Para aquisição de materiais para confecção das caixas organizacionais.	Secretaria de Saúde, Farmacêutico do NASF, Enfermeiro e Médico.	Favorável	Apresentar o projeto aos atores e mobilizar a equipe.
Vida em Movimento Modificar hábitos de vida	Político > para disponibilização do local onde serão realizadas as atividades e mobilização social	Buscar parceria com Secretaria de Saúde, Setor de comunicação social, Clubes do bairro, associação de moradores e Ed. Físico.	Favorável	Apresentar o projeto aos atores e mobilizar a equipe.

	Financeiro > para aquisição de materiais necessários nas atividades e para a divulgação.	Secretaria de Saúde e buscar parceria com associação de moradores e ONGs.	Motivação indiferente	Apresentar projeto para secretaria de saúde e demais atores.
Aprendendo para cuidar Buscar conhecimento	Financeiro > para aquisição de materiais de estudo.	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar projeto para secretaria de saúde.

6.4 Elaboração do plano operativo

Quadro 4 – Plano operativo

Operações/projetos	Resultados	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Saber + Melhorar uso de medicações	Aumentar o uso correto das medicações, com doses e horários regulares.	Orientações e acompanhamento dos HÁ; distribuição de caixas organizacionais; apresentar projeto aos atores.	Toda equipe	01 mês para início confecção das caixas e 02 meses para início das atividades.
Vida em Movimento Modificar hábitos de vida	Estimular a pratica de exercícios físicos; Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros.	Grupos de atividade física; Programa de combate ao alcoolismo e tabagismo, apresentar projeto aos atores.	Médico, Enfermeiro, Dentista, Educador Físico e Fisioterapeuta.	02 meses para apresentação do projeto e 04 meses para início das atividades.
Aprendendo para cuidar Buscar conhecimento	Aumentar o conhecimento dos integrantes da equipe sobre a hipertensão arterial e seus mecanismos	Grupos de estudo e capacitação da equipe.	Médico, Enfermeiro, Farmacêutico e Psicólogo.	02 meses para início dos estudos.

	de controle; Melhorar o trabalho em equipe.			
--	--	--	--	--

6.5 Gestão do plano

Quadro 5 – Planilha para acompanhamento das operações/projetos

Saber + Coordenação: Enfermeiro					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Distribuição de caixas organizacionais de medicamentos.	Toda a equipe	01 mês para início confecção das caixas e 02 meses para início das atividades.	Não iniciado	Não disponibilização de recursos financeiros para aquisição dos materiais de confecção das caixas.	02 meses para início da confecção das caixas e 03 para início das atividades.
Vida em Movimento Coordenação: Médico e Educador físico					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Grupos de atividade Física.	Educador Físico e Fisioterapeuta.	04 meses	Não iniciado	Projeto ainda em discussão com a equipe	01 mês
Programa de combate ao alcoolismo e tabagismo.	Médico, Enfermeiro e Dentista.	04 meses	Não iniciado	Projeto ainda em discussão com a equipe	01 mês
Aprendendo para cuidar Coordenador: Médico e Enfermeiro					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Grupo de estudo	Médico, Enfermeiro, Farmacêutico e Psicólogo.	02 meses para início dos estudos.	Não iniciado	Projeto ainda em discussão com a equipe	01 mês

6.6 Monitoramento e a avaliação

O monitoramento e avaliação das operações/projetos será realizado por meio do preenchimento da planilha apresentada no quadro seis, possibilitando avaliar os resultados e

os impactos das ações desenvolvidas sobre as condições de saúde da população de hipertensos.

Quadro 6 – Planilha de acompanhamento das operações/projetos

Indicadores	Momento atual (Últimos 06 meses)		Em seis meses		Em um ano	
	Número	%	Número	%	Número	%
Hipertensos Cadastrados	448	12				
Hipertensos Controlados	266	59,3				
Hipertensos Descontrolados	182	40,6				
Tabagistas	178	39,7				
Etilistas	32	7,1				
Sedentários	312	64,6				
Internações por problemas cardiovasculares	08	1,7				
Óbitos por problemas cardiovasculares	03	0,6				

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é um conhecido problema de saúde pública no Brasil, com alta prevalência em pessoas adultas, caracterizada como um dos principais riscos para doenças cardiovasculares e renais. Porém, apesar da sua magnitude e risco, a adesão à mudança no estilo de vida e ao tratamento anti-hipertensivo ainda é insatisfatória e constitui-se um desafio aos profissionais de saúde, principalmente os que atuam na Atenção Primária a Saúde, pois grande parte dos portadores de HA não tem sua pressão arterial controlada.

A não adesão à terapêutica por parte dos portadores da doença é amplamente discutida entre os profissionais de saúde, chegando a ser considerado um processo complexo e multifatorial, que envolve além dos aspectos genéticos, fatores como aceitação, reconhecimento e adaptação à condição de saúde, além do desenvolvimento do autocuidado e hábitos saudáveis.

Os fatores que dificultam a adesão permeiam entre a pouca informação acerca da doença, falta de confiança do paciente no profissional de saúde, ausência de sintomas, resistência à mudança no estilo de vida, uso incorreto de medicações, subestimação das reais consequências, entre outras.

Sendo assim, a equipe de saúde da família deve usar a educação em saúde, apropriando-se de meios para o desenvolvimento autocuidado e autonomia do hipertenso, ampliando o conhecimento sobre o processo saúde-doença, estimulando a criação de estratégias mais saudáveis para se viver, envolvendo não apenas o paciente como também a família.

O plano de ação proposto revela-se exequível, pois visa trabalhar diretamente sobre os “nós” críticos do problema, estabelecendo ações de melhoria da qualidade de vida, aumentando o conhecimento da população sobre a doença e o uso correto de medicações com distribuição de caixas organizacionais para as medicações, além de estimular a mudança de estilo de vida por meio de grupos de atividade física, de combate ao alcoolismo e tabagismo.

Por fim, cabe a cada profissional de saúde responsabilizar-se pela parcela que lhe cabe no processo de cuidar, buscando cada vez mais conhecimento e inovação, estabelecendo sempre um trabalho interdisciplinar, integrativo e contínuo, pois só assim conseguiremos efetivamente a promoção, prevenção e recuperação da saúde da comunidade.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Maria Rosimar de Jesus; JORGE, Maria Salete Bessa. Vivenciando a hipertensão arterial: construção de significados e suas implicações para a vida cotidiana. **R. Bras. Enferm.**, Brasília. v. 53, n. 4, p. 574 – 583, out/dez. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica.** Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica. Governador Valadares, MG. 2014. Disponível em <<http://dab2.saude.gov.br/dab/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em 06 de dez. de 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.** Base de Governador Valadares, 2014.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte, 2010. dados 2014.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo 2010.** Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em 25 de maio de 2014.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.** Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312770&search=minas-gerais|governador-valadares>> Acesso em 04 de dez. de 2014.
- JUNIOR D. Mion; PIERIN, A. M. G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial – respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev. Ass. Med. Brasil**, v. 47, n. 3, p.249-254. 2001.
- MARTINS, Julieta de Souza; GARCIA, Júnior Ferreira; PASSOS, Ana Beatriz Barbosa. Estratégia Saúde da Família: população participativa, saúde ativa. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 1, n. 1. Ipatinga: Unileste – MG, Nov./Dez. 2008.
- MOLINA, Maria del Carmen Bisi; CUNHA, Roberto de Sá; HERKENHOFF, Luis Fernando; MILL, José Geraldo. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 743 – 750. Vitória – ES, 2003.
- MOURA, Denizielle de Jesus Moreira; BEZERRA, Sara Taciana Firmino; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; FIALHO, Ana Virgínia de Melo. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm.**,v. 64, n. 4, p.759-765. Brasília, 2011.

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.

SANTANA, Júlio César Batista; VASCONCELOS, Agda Lacerda de; MARTINS, Cristina Valadares; BARROS, Jaime Vitor de; SOARES, José Mateus; DUTRA, Bianca Santana. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da Família. **CogitareEnferm**, v. 14, n. 4, p. 645 – 652, 2009.