

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

ORLANDO GUILARTE GARCIA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO
RELACIONADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE PALMITAL DE MINAS.**

CABECEIRA GRANDE - MG
2015

ORLANDO GUILARTE GARCIA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO
RELACIONADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE PALMITAL DE MINAS.**

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

Orientadora: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

CABECEIRA GRANDE – MG

2015

ORLANDO GUILARTE GARCIA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO
RELACIONADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE PALMITAL DE MINAS.**

Banca Examinadora:

Profa. Fernanda Piana Santos Lima de Olivera (orientadora)
Profa Kátia Ferreira Costa Campos (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

À Jesus Cristo, companhia inseparável, pela saúde que me concede a cada dia, por me fortalecer em todos os momentos difíceis de minha vida, sem o qual nada teria feito.

A minha querida mãe por seu abnegado amor, e ternura cada dia para mim.

A minha esposa pelo amor, fidelidade e confiança e tanto tempo de espera.

Aos meus filhos por seu amor e compressão infinita a tantos anos de ausência.

Aos meus colegas de PSF que sempre me acompanham.

Aos tutores do curso pela dedicação e ajuda, nos diferentes módulos.

A minha professora orientadora Fernanda Piana Santos Lima de Olivera que me acompanhou, transmitindo-me tranquilidade.

RESUMO

No diagnóstico situacional da área da Estratégia Saúde da Família do Distrito Palmital de Minas observou-se elevado número de pessoas com riscos para adoecer de Hipertensão Arterial Sistêmica (HSA). Além disso, se identificou uma grande incidência em atendimentos de urgência no dia a dia por esta causa. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção a fim de lograr mudanças nos hábitos e estilos de vida de população, para reduzir os fatores de riscos que contribuem para a ocorrência da HSA. A metodologia foi executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: hábitos alimentares não saudáveis; sedentarismo; hábitos tóxicos e estilos de vidas inadequadas (tabagismo, álcool e drogas), além da falta de conhecimento da população e estrutura dos serviços de saúde ineficiente. Baseado nesses nós críticos foram propostas ações de enfrentamento com a finalidade de criar projetos em nível de Atenção Primária na área de abrangência, estimulando a prática de atividade física; educando para modificar hábitos alimentares e para aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos presentes e adquiridos; educando para diminuir e/ou eliminar hábitos tóxicos como o tabagismo, álcool e outros; além de melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com riscos aumentados e doenças presente.

Palavras chave: Hipertensão arterial. Hábitos de vida. Atenção primária.

ABSTRACT

The situational diagnosis of the Family Health Strategy area of Palmital District Mining there was high number of people with risk to fall ill of Hypertension (HSA). In addition, it identified a high incidence of emergency room visits in everyday life for this cause. Therefore, this study aimed to develop an intervention project in order to achieve changes in habits and population lifestyles to reduce the factors of risks that contribute to the occurrence of HSA. The methodology was performed in three steps: completing the situational diagnosis; literature review and developing a plan of action. In this study the following critical nodes were selected: unhealthy eating habits; sedentary lifestyle; habits toxic and styles of inappropriate lives (smoking, alcohol and drugs), and the lack of knowledge of the population and inefficient structure of health services. Based these critical nodes have been proposed coping actions in order to create projects in Primary Care level in the catchment area, stimulating physical activity; educating to modify eating habits and to increase the population's level of knowledge about the risks present and acquired; educating to reduce and / or eliminate toxic habits such as smoking, alcohol and others; in addition to improving the structure of the service to meet the persons with increased risk and this disease.

Key words: Arterial hypertension. Habits of life. Primary care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Priorização dos problemas identificados na ESF Palmital/MG.....	19
Quadro 2	Descritores do problema “elevado número de pessoas com riscos e HAS” na ESF Palmital/MG.”	20
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “elevado número de pessoas com risco para adoecer por HAS”, na ESF Palmital/MG.”	22
Quadro 4	Recursos críticos para o problema “elevado número de pessoas com risco incrementado”, na ESF Palmital/MG. ...	23
Quadro 5	Propostas de ações para a motivação dos atores.....	24
Quadro 6	Elaboração do plano operativo.....	26
Quadro 7	Planilha de acompanhamento do projeto: “ Atividade física ”	27
Quadro 8	Planilha de acompanhamento do projeto: “ Alimentação equilibrada ”	27
Quadro 9	Planilha de acompanhamento do projeto: “ Desabituação ”	28
Quadro 10	Planilha de acompanhamento do projeto: “ Mais conhecimento ”	28
Quadro 11	Planilha de acompanhamento do projeto: “ Cuidar melhor ”	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO DE LITERATURA	14
5.1 Doença Hipertensão Arterial Sistêmica.....	14
5.2 Fatores de riscos para a HAS.....	15
5.3 Formas de prevenção.....	16
6 PLANO DE AÇÃO	18
6.1 Definição dos problemas.....	18
6.2 Priorização dos problemas encontrados.....	19
6.3 Descrição do problema selecionado	20
6.4 Explicação do problema	21
6.5 Seleção dos “Nós Críticos”	21
6.6 Desenho das operações	21
6.7 Identificação dos recursos críticos	23
6.8 Análise da viabilidade do plano	24
6.9 Elaboração do plano operativo.....	26
6.10 Gestão do plano.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A Equipe de Saúde da Família ESF Palmital localiza-se no Distrito Palmital de MG, pertencente a município Cabeceira Grande, sua equipe é constituída por dois médicos clínicos gerais, um cirurgião dentista, três enfermeiras, oito técnicos de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde (ACS) e quatro auxiliares de serviços gerais. A estrutura física da unidade é composta por dois consultórios médicos, uma sala de vacina, uma sala de procedimentos, uma farmácia, três banheiros, uma cozinha, uma sala de espera, recepção e área externa. A equipe atende os casos de demanda programada e faz também o controle das doenças crônicas, entretanto, esse controle muitas vezes se torna difícil em função da cultura mantida por muitos anos pelos moradores desta região. Além disso, realizam-se atividades de promoção e prevenção com objetivo de mudar valores e comportamentos tanto individuais quanto coletivos.

As condições e modo de vida da população atendida na ESF Palmital são próprios da área rural. Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Palmital foi possível identificar diferentes problemas de saúde e de ordem social que afetam o estado de saúde da população, como por exemplo, o elevado número de pacientes hipertensos, grande número de pacientes fumantes e com hábitos alcoólicos, muitas pessoas com hábitos alimentares inadequados correspondendo á obesidades e sedentarismo. Além de isso, foram identificadas dificuldades com estruturas sanitárias para adequada pesquisa e acompanhamento dos diferentes riscos e doenças presentes, entre outras problemáticas, tais como doença respiratória e grande numera de desemprego. Sendo assim riscos determinantes identificados para a realização do estudo.

A Hipertensão Arterial representa umas das maiores causas de morbidade, motivo de atendimento diário na Unidade de Saúde que contribui, por suas complicações cardiovasculares, como umas de as primeiras causas de incapacidades e morte dentro do município nos últimos cinco anos, concordando-se com a media nacional do Brasil descrita nas leituras consultadas. Essa taxa tende a crescer, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas também pelos hábitos e estilos de vida inadequados (BRASIL, 2006).

Sendo assim, como o número de usuários com riscos aumentados na ESF Palmital viu-se a necessidade de elaborar um plano de ação como forma de reduzir

os fatores que contribuem para o risco de adoecer por HSA e suas imediatas, mediatas ou tardias complicações.

2 JUSTIFICATIVA

A literatura nos mostra que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HSA) e as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil (MANSUR; FAVARATO, 2012). Sendo assim, a principal motivação para desenvolver este plano de ação para a população da área de abrangência foi o grande número de usuários com riscos presentes e com Hipertensão Arterial que determina umas de as primeiras causas de atendimento nas consultas espontaneas e de acompanhamento realicadas em nossa Unidade de Saúde. Desta forma, pretende-se criar oportunidades para que os usuários da ESF Palmital realizem mudanças nos estilos de vida a fim de reduzir os fatores de riscos para adoecer por HSA.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para que os usuários da ESF Palmital MG realizem mudanças nos estilos de vida a fim de reduzir os fatores de risco para adoecer por HSA.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão de literatura sobre o tema;
- Percorrer os passos do Planejamento Estratégico Situacional.

4 METODOLOGIA

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Palmital. O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Posteriormente foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade e sedentarismo.

Por fim, com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação realizado através do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para que os usuários da ESF Palmital realizem mudanças nos estilos de vida a fim de reduzir os fatores de risco para adoecer de HSA. Foram consideradas as três fontes principais descritas no método: registro escrito existentes em nossa unidade, farmácias distrital ou outras fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave e observação ativa do área.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Doença Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial primária, essencial, ou idiopática, é a forma mais comum de hipertensão, contabilizando 90 a 95% de todos os casos da doença (OPARIL, 2000) Em praticamente todas as sociedades contemporâneas a pressão arterial aumenta a par do envelhecimento, o que é fisiológico e relacionado com o aumento de rigidez da parede arterial (PÉREZ *et al.*, 2008).

A hipertensão essencial é consequência de uma interação complexa entre genes e fatores ambientais, nomeadamente o consumo de sal. Entre os maus hábitos que contribuem para o aumento da pressão arterial estão o consumo de muito sal na dieta (SIEBENHOFER *et al.*, 2011), ainda não é conclusivo a possível influência de outros fatores como o stress (CAMPBELL *et al.*, 2006) consumo de cafeína, (MESAS *et al.*, 2011) ou a insuficiência de vitamina D (FORMAN, 2010).

Pensa-se que a resistência à insulina, comum em casos de obesidade é um dos componentes da síndrome metabólica, e contribua também para a hipertensão (DANIELS, 2005) investigações recentes têm vindo a responsabilizar alguns acontecimentos ocorridos durante o início da vida, como o baixo peso ao nascer, o tabagismo durante a gravidez e a ausência de amamentação considerando-os fatores de risco para a hipertensão primária na idade adulta, embora os mecanismos exatos dessa relação continuem por esclarecer (LAWLOR; SMITH, 2005).

A HAS é considerada como o mais importante fator de risco para o desenvolvimento não somente das Doenças Arteriais Coronárias (DAC) como para todas as doenças isquêmicas incluindo o acidente vascular encefálico (COELHO; NOBRE, 2006). De acordo com Carvalho *et al.* (2010) o regime pressórico persistente elevado ao longo do tempo, mesmo nos indivíduos assintomáticos, resulta em importante morbidade e mortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares.

Pensando na alta incidência de HSA, torna-se importante trabalhar com a prevenção. Desta forma, a Sociedade Brasileira de Cardiologia vem trabalhando para arrecadar recursos financeiros suficientes para subsidiar projetos voltados para a comunidade de nosso país. O Programa Nacional de Prevenção e Epidemiologia é um programa que tem por finalidade implantar no território brasileiro uma extensa e permanente divulgação das principais causas e fatores de risco que aceleram o

aparecimento do HSA e suas complicações, desenvolvendo atividades de promoção e prevenção para diminuir a incidência por HSA e suas complicações, em correspondência com o melhoramento da qualidade de vida da população brasileira (SBC, 2014).

É importante que os profissionais da saúde se conscientizem da importância da medicina preventiva para as doenças crônico-degenerativas, pois com os conhecimentos atuais, ela pode ser realizada com efetividade e eficácia, principalmente, se os Órgãos Públicos e as Entidades Médicas aplicarem seus esforços na preservação da saúde, ou seja, investirem na saúde, melhorando a qualidade de vida e encurtando o período de doença (SBC, 2014).

5.2 Fatores de risco para HAS

Os fatores de risco são condições que predisõem uma pessoa ao maior risco de desenvolver a HSA e outras doenças cardiovasculares. Quanto maior o número de fatores de risco presentes, maior a chance de apresentar um evento ou episódio de HSA ou suas complicações (ALVES; MARQUES, 2009).

Existem diversos fatores de risco para doença hipertensiva arterial, os quais podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis (SIMÃO *et al.*, 2002).

Os fatores modificáveis são aqueles sobre os quais podemos influir, mudando, prevenindo ou tratando. Dentre os fatores modificáveis temos o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, stress e outros. O tabagismo como fator predisponente à ação vaso constritiva arteriolar da nicotina (VIEGAS, 2004).

O tabagismo é o principal fator modificável elevador da probabilidade de morbidade, mortalidade na HSA, DAC e em doenças neurocardiovasculares. Além disso, é também a principal causa de morte relativa a outras patologias que se pode prevenir (WHO, 2004 apud ALVES; MARQUES, 2009).

O sedentarismo assume um papel extremamente importante como fator de risco para DAC (ALVES; MARQUES, 2009). Exercícios físicos regulares, moderados a vigorosos tem um importante papel em evitar doenças cardiovasculares. Além disso, a atividade física também previne a obesidade, a hipertensão, o DM e abaixa os níveis de colesterol sanguíneo (GAMA; MUSSI; GUIMARÃES, 2010).

O sobrepeso é outro fator de risco importante para o desenvolvimento de HSA e outras doenças cardiovasculares (ALVES; MARQUES, 2009). Nas pessoas com

excesso de peso tem uma maior probabilidade de adoecer de doenças hipertensivas e outras doenças cardíacas, mesmo na ausência de outros fatores de risco.

Além desses fatores de risco, sabe-se que a incidência da hipertensão aumenta com a idade. Isso porque com o passar do tempo as artérias começam a ficar envelhecidas, calcificadas, perdendo a capacidade de dilatar - são chamados de vasos menos complacentes. Com isso a hipertensão arterial é mais fácil de acontecer - cerca de 70% dos adultos acima dos 50 ou 60 anos possuem a doença (ALVES; MARQUES, 2009).

Outros autores relacionam a raça como outro componente a ter em conta, além de elementos imunológicos e hereditariedade familiar como fatores predeterminante na aparição de a HSA (PEREZ; CABALLERO, 2008).

Os fatores não modificáveis são aqueles que não podemos mudar e por isso não podemos tratá-los, como por exemplo, a hereditariedade, a idade e o sexo. A herança genética de um indivíduo não pode ser alterada, a incidência de morbidade é maior e mais precoce no sexo masculino e a idade, devido a mudanças hemodinâmicas e anatômicas do sistema cardiovascular, leva a uma disfunção arterial progressiva mesmo em pessoas normais (ALVES; MARQUES, 2009).

5.3 Formas de prevenção

A Organização Mundial da Saúde sugere a formulação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as doenças em todo o mundo por meio de medidas preventivas (BRASIL, 2006) (a).

No caso específico das HSA, ainda que a genética e a idade sejam importantes fatores de risco, outros fatores podem ser positivamente influenciados por modificações no estilo de vida (O'KEEFE; NELSON; HARRIS, 1996 *apud* RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

A mudança de hábitos alimentares e a prática de atividade física são modificações do estilo de vida que podem melhorar de forma significativa os fatores de risco (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

Entre as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e pelo Guia Alimentar para a população brasileira consta que a energia total deve ser distribuída nos macronutrientes de gorduras, carboidratos e proteínas, sendo o consumo de colesterol total inferior a 300mg/dia e de sódio < 2,0gr de 2 a 4gr (equivalente a 5 gramas de cloreto de sódio) (BRASIL, 2006)(b).

Rique, Soares e Meirelles (2002) afirmam ainda que, em relação à nutrição, deve-se ressaltar a importância de uma dieta saudável e não de nutrientes específicos isolados, visto que diversos alimentos possuem mais de um fator benéfico à saúde cardiovascular.

De acordo com Santos (1998 *apud* CASTRO *et al.*, 2004) em países com alto índice de HSA e doenças coronárias, predomina a alimentação com alto teor de gordura saturada. Por outro lado, em países com baixa incidência de Hipertensão, os hábitos alimentares incluem principalmente óleos vegetais e baixo consumo de produtos lácteos.

O exercício físico regular atua na prevenção e controle da doença hipertensiva, influenciando quase todos os seus fatores de risco, e, associada a modificações na alimentação, deveria ser meta prioritária nos programas de prevenção e diminuição de morbidade por HSA (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

Os mesmos autores acima afirmam que um programa completo de exercício físico deve incluir atividades aeróbicas, contra resistência e de flexibilidade. A atividade aeróbia de intensidade moderada (como caminhada), por no mínimo 30 minutos, três a cinco vezes por semana, já traz benefícios à saúde cardiovascular.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição dos problemas

O primeiro passo do plano de intervenção foi realizar a identificação das diferentes problemáticas de saúde da área de abrangência mediante o método de estimativa rápida.

A população residente em nossa área é de 3273, sendo composta em sua maioria por adultos jovens. A população do sexo feminino é 1703, o que representa 52,3 % e a masculina com 1570 usuários que representa 48,0 %. As crianças de 0 a 12 anos correspondem a 587 (18,01%), os adolescentes 13 a 19 anos são 768 (23,4%), os adultos são 1552 (47.4%) e os idosos correspondem a 11,1% com 366.

A renda media mensal é de 1 a 2 salários mínimos para 75% da população, sendo que 17% recebem menos de 1 salário mínimo e só um 8 % recebem 3 salários mínimos. Todas as casas estão conectadas a redes elétricas recebendo de forma regular este serviço, todas recebem água potável encanada e tratada com cloro de próprio distrito, a coleta de lixo se realiza com regularidades três vezes por semana em relação a residuais líquidos. O município não tem redes de coletas são vertidos em fossas sépticas individuais de cada vivenda.

Outro aspecto importante é a falta de asfalto em numerosas vias do distrito, que contribui para a emanação excessiva de pó o que predispõe a ocorrência e descontrolo de doenças respiratórias agudas e crônicas.

Em relação às morbidades crônicas da população, as doenças mais comuns são a Hipertensão Arterial Sistêmica com o 11,7% e a Diabetes Mellitus com 3,4%. As doenças respiratórias agudas são as causas mais frequentes de atendimento espontâneo correspondendo a 13,3% das totalidades de usuários por jornada de trabalho. Outros atendimentos na área de abrangência constituem os atendimentos por transtornos bipolares e consumos contínuos de antidepressivos e ansiolíticos.

Tudo isso somado é ainda agravado por hábitos e estilos de vidas inadequados para a saúde, como o consumo de gorduras não saturadas e sal, a falta de atividade física e de lazer, determinando a predisposição à obesidade e outras situações de morbidade a saúde de nossos usuários.

O alto índice de hábitos tóxicos como o consumo de álcool e tabagismo é mais praticado nos adultos jovens devido a pouca atividade de lazer destinada a este grupo etário dentro da comunidade.

Em relação a estruturas de saúde, se identifica como dificuldade a não existência de laboratório clínico para realização de pesquisas e diagnóstico oportuno dentro do município. Transporte sanitário ainda insuficiente para suprir todas as eventualidades de urgências e emergências, déficits ocasionais de recursos como materiais descartáveis para curativo e ocasionalmente medicamentos essenciais para a assistência médica.

O funcionamento do sistema apresenta dificuldade com as consultas especializadas de diversas categorias para dar continuidade e acompanhamento a cada situação específica encontrado nos pacientes. O sistema de contra referência inadequado, ainda por parte da atenção secundária, não permite um bom acompanhamento de pacientes previamente encaminhados por diversas razões à atendimentos hospitalares.

6.2 Priorização dos problemas encontrados

Quadro 1: Priorização dos problemas identificados na ESF Palmital/MG.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Elevado número de pacientes com valores pressóricos aumentados e riscos associados (obesidades, sedentarismo, stress).	Alta	7	Parcial	1
Numero considerável de pacientes com DM	Alta	6	Parcial	2
Incremento de consumo de tabagismo, e álcool na população.	Alta	6	Parcial	3

Numero elevado de pacientes com doenças respiratórias	Alta	5	Parcial	4

Fonte: próprio autor, 2015.

6.3 Descrição do problema selecionado

O problema selecionado foi o elevado número de pacientes com valores pressóricos aumentados e riscos associados. Quanto maior o número de fatores de risco presentes, maior a chance de apresentar Hipertensão Arterial Sistêmica (ALVES; MARQUES, 2009). Dentre os fatores de risco modificáveis podem-se citar Hábitos alimentares inadequados, excesso do consumo de sal na alimentação diária, e gorduras não saturadas, obesidade, sedentarismo, estresse, tabaquismo e álcool, a doença Diabetes Mellitus (DM) como fator além-agravante da HAS, e a qual pode ser controlável.

Quadro 2: Descritores do problema “elevado número de pessoas com riscos e HAS” na ESF Palmital/MG.

DESCRITORES	VALORES	FONTES
Pacientes com riscos associados, (obesidade, sedentarismo e outros) cadastrados.	283	SIAB
Pacientes com riscos, (obesidade, sedentarismo) acompanhados.	117	Ficha individual
Diabéticos cadastrados	135	SIAB
Diabéticos acompanhados	79	Ficha individual
Pacientes com hábitos	356	Vigilância epidemiológica

tóxicos, Fumantes registrados.		
Pacientes com hábitos tóxicos, Fumantes acompanhados.	59	Ficha individual

Fonte: próprio autor, 2015.

6.4 Explicação do problema

Nesta etapa, o objetivo é entender a gênese do problema a ser enfrentado a partir da identificação de suas causas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Dentre as causas que podem estar relacionadas ao elevado número de pessoas com riscos aumentado na ESF Palmital destacam-se algumas características da população, como por exemplo, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, dificuldades no acompanhamento regular de os riscos presentes além de falta ou pouca precessão de risco da população.

6.5 Seleção dos “Nós Críticos”

O “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao elevado número de pessoas com riscos presentes para adoecer com HAS.

- Sedentarismo;
- Hábitos alimentares inadequados;
- Tabagismo;
- Baixa percepção de risco na população;
- Estrutura dos serviços de saúde ineficiente.

6.6 Desenho das operações

O quadro 3 apresenta o desenho das operações para enfrentar os “nós críticos” do problema priorizado.

Quadro 3: Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “elevado número de pessoas com risco para adoecer por HAS”, na ESF Palmital/MG.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO / PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Sedentarismo	“Atividade física” Estimular a prática de atividade física.	Aumentar o número de pessoas fisicamente ativas, nas instituições e academia do distrito.	-Grupos de caminhada -Grupos de ginástica -Grupos de dança. - grupo de terapia e automassagem de nossa UBS.	Organizacional: para organizar os grupos de atividade física; Cognitivo: informação sobre o tema; Político: conseguir local, mobilização social, articulação intersetorial.
Hábitos alimentares inadequados	“Alimentação Equilibrada” Estimular a modificação de hábitos alimentares	Aumentar o número de pessoas com alimentação mais equilibrada.	Campanhas educativas através de grupos operativos -Educação continuada, individual e coletiva. -Consulta de acolhimento e acompanhamento individuais.	Organizacional: organização de grupos operativos Cognitivo: informação sobre o tema Político: conseguir local, mobilização social, articulação intersetorial.
Tabagismo	“Desabituação” Incentivar a abandono de tabagismo	Diminuir número de pessoas com tabagismo e outros.	Campanhas educativas através de grupos operativos. -Educação continuada, individual e coletiva. -Consulta de acolhimento e acompanhamento individuais.	Organizacional: organização de grupos operativos Cognitivo: informação sobre o tema. Atividades agendadas de consultas. Político: conseguir local, mobilização social, articulação.
Baixa	“Mais	População	Campanhas	Cognitivo:

percepção de risco na população.	conhecimento” Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os diversos riscos	mais informada sobre os fatores de risco para adoecer por HAS.	educativas através de grupos operativos; capacitação dos ACS, atividades educativas individuais e grupais, palestras, coordenação y agendamento em grupos de risco.	conhecimento sobre o tema Organizacional: organização da agenda; Político: articulação intersetorial; e coordenação os diferentes grupos de risco.
Estrutura dos serviços de saúde ineficiente	“Cuidar melhor” Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com risco incrementado	Garantia de medicamentos, exames, e consultas especializadas.	Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas.	Organizacional: envolvimento da equipe Políticos: decisão de recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento de oferta de exames.

Fonte: próprio autor, 2015.

6.7 Identificações dos recursos críticos

O quadro 4 apresenta os recursos críticos para o problema priorizado. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 4: Recursos críticos para o problema “elevado número de pessoas com risco incrementados”, na ESF Palmital/MG.

OPERAÇÃO / PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
“Atividade física” Estimular a prática de atividade física	Organizacional: para organizar os grupos de atividade física Político: conseguir local, mobilização social, articulação intersetorial.
“Alimentação equilibrada” Estimular a modificação de hábitos alimentares.	Organizacional: organização de grupos operativos Político: conseguir local, mobilização social, articulação Intersetorial.

<p>“Desabituação” Incentivar a abandono de tabagismo</p>	<p>Organizacional: organização de grupos operativos. Complementar as atividades de acompanhamento a grupo de risco. Político: conseguir local, mobilização social, articulação.</p>
<p>“Mais conhecimento” Aumentar o nível de conhecimento da população sobre o diverso risco para adoecer por doenças hipertensivas e outras.</p>	<p>Político: articulação Intersectorial, coordenação e mobilização de grupos de risco.</p>
<p>“Cuidar melhor” Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com risco aumentado Incrementar as ofertas de, exames e consultas especializadas.</p>	<p>Organizacional: envolvimento da equipe Políticos: decisão de recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento de oferta de exames e consultas especializadas.</p>

Fonte: próprio autor, 2015.

6.8 Análises da viabilidade do plano

Os objetivos desse passo são: identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação; fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e; desenhar ações estratégicas para motivar os atores a construir a viabilidade da operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O **quadro 5** apresenta as propostas de ações para a motivação dos atores.

Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores na ESF Palmital/MG.

Operação/ projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
“Atividade física”	Organizacional: para organizar os	Equipe de saúde	Favorável	Apresentar projeto a

Estimular a prática de atividade física	grupos de atividade física Político: conseguir local, mobilização social, articulação intersectorial.	Secretário de Saúde	Favorável	secretaria de saúde e líderes comunitário, para garantir recursos necessários.
“Alimentação equilibrada” Estimular a modificação de hábitos alimentares.	Organizacional: organização de grupos operativos Político: conseguir local, mobilização social, articulação intersectorial.	Equipe de saúde Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
“Desabituação” Incentivar a abandono de tabagismo	Organizacional: organização de grupos operativos. Complementar as atividades de acompanhamento a grupo de risco. Aquisição de recursos audiovisuais e medicamentos para etos finem. Político: conseguir local, mobilização social, articulação Intersectorial.	Equipe de saúde Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar projeto a secretaria de saúde.
“Mais conhecimento” Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os diversos riscos para adoecer por HAS..	Político: articulação intersectorial.	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
“Cuidar melhor” Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com riscos incrementados	Políticos: decisão de recursos para estruturar o serviço Financeiros: aumento de oferta de exames e disponibilidades de consultas especializadas.	Prefeito Municipal Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar projeto a secretaria para os recursos financeiros para garantir disponibilidades de exames, ofertas e consultas

				especializadas.
--	--	--	--	-----------------

Fonte: próprio autor, 2015.

6.9 Elaboração do plano operativo

O objetivo desse passo é: designar os responsáveis por cada operação e; definir os prazos para a execução das operações. O gerente de uma operação é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las. Ele pode (e deve) contar com o apoio de outras pessoas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O **quadro 6** apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 6: Elaboração do plano operativo na ESF Palmital/MG. .

Operações	Resultados	Produtos	Responsável	Prazo
“Atividade física” Estimular a prática de atividade física	Aumentar o número de pessoas fisicamente ativas	-Grupos de caminhada -Grupos de ginástica -Grupos de dança	Medico	3 meses
“Alimentação equilibrada” Estimular a modificação hábitos alimentares.	Aumentar o número de pessoas com alimentação mais equilibrada.	Campanhas educativas através de grupos operativos Palestras com temas educativos em UBS, escolas, e comunidade.	Medico Enfermeiro ASC	3 meses
“Desabituação” Incentivar a abandono de tabagismo	Lograr a desabituação o tabagismo e outros hábitos tóxicos na maioria de nossa população	Campanhas educativas através de grupos operativos Palestras com temas educativos em UBS, escolas, e comunidade. Lograr a atenção e acompanhamento integral a grupos de risco.	Medico Enfermeiro ASC	10 meses
“Mais conhecimento” Aumentar o nível de	População mais informada sobre os fatores de riscos a saúde.	Campanhas educativas através de grupos operativos;	Medico Enfermeiro	6 meses

conhecimento da população sobre os riscos para adoecer de HAS.		Palestras, e capacitação dos ACS.		
“Cuidar melhor” Melhorar a estrutura e o funcionamento integral dos serviços para o atendimento das pessoas e grupos de riscos incrementados.	Garantia de medicamentos e exames, consultas e acompanhamento de todos os casos.	Capacitação de pessoal no sistema de trabalho acorde com as normativas de atenção primária em saúde, contratação de compra de medicamentos, exames e consultas especializadas.	Coordenadora de saúde do distrito Secretaria de saúde. Prefeitura Municipal	6 meses

Fonte: próprio autor, 2015

6.10 Gestão do plano

Os quadros 7 a 11 apresentam a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Atividade física”.

Operação: “Atividade física”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Grupos de caminhada -Grupos de ginástica -Grupos de dança	Medico Enfermeiro	3 meses	Aguardando implantação		

Fonte: próprio autor, 2015.

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Alimentação equilibrada”.

Operação: “Alimentação equilibrada”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Campanhas educativas através de grupos operativos.	Medico Enfermeiro ASC	3 meses	Aguardando implantação		

Fonte: próprio autor, 2015.

Quadro 9 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Desabituação”.

Operação: “Desabituação”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
-Campanhas educativas através de grupos operativos -Palestras com temas educativos em UBS, escolas, e comunidade. -Lograr a atenção e acompanhamento integral a grupos de risco.	Medico Enfermeiro ASC	10 meses	Aguardando implantação		

Fonte: próprio autor, 2015.

Quadro 10 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Mais conhecimento”

Operação: “Mais conhecimento”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
-Campanhas educativas através de grupos operativos. -Palestras, e capacitação dos ACS.	Medico Enfermeiro	6 meses	Aguardando implantação		

Fonte: próprio autor, 2015.

Quadro 11 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Cuidar melhor”

Operação: “Cuidar melhor”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
-Capacitação de pessoal no sistema de trabalho acorde com as normativas de atenção primaria em saúde. -Contratação de	Coordenadora de saúde do distrito Secretaria de saúde.	6 meses	Aguardando implantação		

compra de medicamentos, exames e consultas especializadas.	Prefeitura Municipal				
--	----------------------	--	--	--	--

Fonte: próprio autor, 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após estudos sobre a questão das doenças hipertensiva na população adscrita da ESF Palmital no município de Cabeceira Grande, conclui-se que a redução dos riscos para adoecer por HAS, nesta região depende, principalmente, de uma maior conscientização da população, do trabalho preventivo desenvolvido pela equipe de saúde da família, assim como pela cooperação dos setores governamentais e sociais da comunidade. A maior parte dos risco presentes ficam condicionados pelo modo de vida dos mesmos, que são caracterizados por hábitos inadequados de alimentação, sedentarismo, estresse e estilos de vidas não saudáveis derivados de consumo de álcool e tabagismo em grande parte da população, os quais podem ser modificados e minimizados com o trabalho contínuo, desenvolvido pelas estruturas sociais e de saúde.

Acredita-se que o plano de ação poderá também melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com risco aumentado através da capacitação dos profissionais e mais envolvimento dos mesmos.

REFERENCIA

ALVES, A.; MARQUES, I.R. Fatores relacionados ao risco de Doença Arterial Coronariana entre estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n.6, p. 883-888, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(a). 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(b). 110 p. - (Cadernos de Atenção Básica; n. 12) (Serie A. Normas e Manuais Técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Análise da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Brasília, abril de 2004. Disponível em <www.saude/alimentacaoenutricao/documentos>. Acesso em 13 de maio de 2005.

CAMPOS, F.C.; FARIA H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CAMPBELL F.E, ZABKA T.S, WILSON D.W. "Pulmonary arteriopathy and idiopathic pulmonary arterial hypertension in six dogs. Zabka TS", ,.Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16846993, 1. **Vet Pathol**. 2006 Jul;43(4):510-22.

CARVALHO, A.C.A. Desenvolvimento de placas de ateroma em pacientes diabéticos e hipertensos. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. v.9, supl.1, p.73-77, 2010.

COELHO, E.B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.13, n.1, p. 51-54, 2006.

DANIELS, SR.; GIDDING, SS. "Blood pressure screening in children and adolescents: is the glass half empty or more than half full?" **JAMA Pediatr**.167 (3): 302–4. 2013. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.439. PMID 23303514.

GAMA, G.G.G.; MUSSI, F.C.; GUIMARÃES, A.C. Revisando os fatores de risco cardiovascular. **Rev. Enferm**. UERJ, v.18, n.4, p.650-655, 2010.

MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**. v.99, n.2, p.755-761, 2012.

MESAS Lopez-Garcia, AE; LEON-MUÑOZ, LM; RODRIGUEZ-ARTALEJO, F.E. "The effect of coffee on blood pressure and cardiovascular disease in hypertensive individuals: a systematic review and meta-analysis". **The American journal of clinical nutrition** 94 (4): 1113–26. 2011. doi:10.3945/ajcn.111.016667. PMID 21880846.

OPARIL S, CARRETERO O.A. "Essential hypertension. Part I: definition and etiology". **Circulation**, 101 (3): 329–35. doi:10.1161/01.CIR.101.3.329. PMID 10645931. Retrieved 2009-06-05.

O'KEEFE, J.H.; NELSON, J.; HARRIS, W.B. Life-style change for coronary artery disease. **Postgrad Med**. v. 99, n.2, p.89-106, 1996 Apud: RIQUE, A.B. R; SOARES, E.A.; MEIRELLES, C.M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doença cardiovasculares. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 8, n. 6, p.244-254, 2002.

PÉREZ CABALLERO, M.D, DUEÑAS HERRERA, A., ALFONZO GUERRA, J.P, VÁSQUEZ VIGOA, A., NAVARRO DESPAIGNE, D., HERNÁNDEZ CUETO, M., *et al*. Hipertensión arterial. **Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento**. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión arterial. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.

RIQUE, A.B. R; SOARES, E.A.; MEIRELLES, C.M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 8, n. 6, p.244-254, 2002.

SANTOS, T.M. Lipídios. In: DUTRA-DE-OLIVEIRA, J.E.; MARCHINI, J.S. Ciências nutricionais. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 87-97 Apud: CASTRO, L.C.V. *et al*. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Rev. Nutr.** v.17, n.3, p. 369-377, 2004.

SBC. Programa Nacional de Prevenção em Epidemiologia, 2014. Disponível em: <http://www.cardiol.br/funcor/epide/epidemio.htm> Acesso em: 26/09/14.

SIMÃO, M. *et al*. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.4, n.2, p. 27-35, 2002.

Siebenhofer, A.; JEITLER, K .; Berghold, A .; WALTERING, A .; *et ai*. "Os efeitos a longo prazo das dietas de redução de peso em pacientes hipertensos". **Cochrane Database Syst Rev**. (9): CD008274. 2011. DOI:10.1002/14651858.CD00827

FORMAN JP; VAIDYA A. "Vitamin D and hypertension: current evidence and future directions". **Hypertension**, 56 (5): 774–9. 2010. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.140160. PMID 20937970.

LAWLOR, DA; SMITH, GD. "Early life determinants of adult blood pressure". **Current Opinion in Nephrology and Hypertension**,14 (3): 259–64. 2005.doi:10.1097/01.mnh.0000165893.13620.2b. PMID 15821420

VIEGAS, C. A. A. (Coord.). Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro De Pneumologia**. São Paulo, v. 30, Sup.2, p.1-76, ago. 2004

WHO - World Health Organization. **Building blocks for tobacco control**. Geneva; 2004.