

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA DA SAUDE DA FAMILIA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:**  
**AÇÕES EDUCATIVAS PARA DIMINUIÇÃO DA INCIDÊNCIA DE**  
**HIPERTENSÃO ARTERIAL**

WILBER RAMON DOMINGUEZ TRUTIE

Poços de Caldas - MG

2016

WILBER RAMON DOMINGUEZ TRUTIE

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:  
AÇÕES EDUCATIVAS PARA DIMINUIÇÃO DA INCIDÊNCIA DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

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

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dra. Patrícia Monica Ribeiro

Poços de Caldas-MG  
2016

WILBER RAMON DOMINGUEZ TRUTIE

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:  
AÇÕES EDUCATIVAS PARA DIMINUIÇÃO DA INCIDÊNCIA DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Banca examinadora

Examinador

Examinador

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Distribuição da população por faixa etária de Zona Rural 2 .....	13
Quadro 2: População residente por patologia Zona Rural 2 .....	14
Quadro 3: Classificação de prioridades .....	15
Quadro 4: Dados do DATASUS .....	16
Quadro 5: Desenho das Operações para os “nós” críticos do problema agravos Hipertensão Arterial Sistêmica.....	21
Quadro 6: Identificação dos recursos críticos .....	23
Quadro 7: Propostas de ações para a motivação dos atores.....	23
Quadro 8: Plano Operativo.....	24
Quadro 9: Acompanhamento do Plano de Ação.....	25

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. JUSTIFICATIVA.....	8
3. OBJETIVO.....	9
4. METODOLOGIA.....	10
4.1 Diagnóstico Situacional Zona Rural 2 .....	10
4.2 Fundamentação Teórica.....	11
4.3 Plano de Ação.....	12
5. RESULTADOS.....	13
5.1. Diagnóstico Situacional da ESF.....	13
5.2. Plano de Intervenção.....	13
5.2.1 Primeiro passo.....	13
5.2.2 Segundo passo.....	14
5.2.3 Terceiro passo.....	15
5.2.4 Quarto passo.....	16
5.2.5 Quinto passo.....	20
5.2.6 Sexto passo.....	21
5.2.7 Sétimo passo.....	23
5.2.8 Oitavo passo.....	23
5.2.9 Nono passo.....	24
5.2.10 Décimo passo.....	24
6. DISCUSSÃO.....	26
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
8. REFERÊNCIAS.....	29

## 1. INTRODUÇÃO

Poços de Caldas é um município do Estado de Minas Gerais, localizado na Região do Sul e Sudoeste de Minas, sendo o 15º município mais populoso do Estado. Os municípios limítrofes são Botelhos e Bandeira do Sul a nordeste; Campestre a leste; Caldas a sudeste e Andradas ao sul; e a sudoeste os municípios paulistas de Águas da Prata, São Sebastião da Gramma, e Divinolândia a oeste e Caconde ao norte.

Sua população é de 161.025 habitantes, sendo 51,66% mulheres e 48,33% homens. A Rede de serviços próprios do Município de Poços de Caldas, administrados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está organizada em Atenção Básica; Atenção Especializada; Saúde Mental; Urgência e Emergência; Laboratório Municipal de Análises Clínicas; Assistência Farmacêutica; e Vigilância em Saúde. Além disso, a SMS conta com um Setor de Medicina Social; Setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e toda a área de gestão administrativa e financeira da Rede de Atenção a Saúde.

No município as doenças do aparelho circulatório são a primeira causa de óbitos seguida pelas neoplasias. “Em nosso país, as Doenças Cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório”, (SBC, 2010, p.1).

A população adscrita à Zona Rural II é atendida pelas Equipes de Saúde da Família Boa Vista, Souza Lima e Aleixo, as quais atendem 327 famílias e acompanham aproximadamente 1154 pessoas. A área de abrangência atinge as mais de 19 fazendas. O nível de alfabetização é Ensino Fundamental e Médio. Como principal fonte de renda a população trabalha na agricultura, ganadeira e no Comércio.

A população vive em casas de fazendas, geralmente construídas de ladrilhos, algumas com deficientes condições higiênicas. Nas comunidades existem somente escolas, igrejas e as Equipes de Saúde da Família (ESF). A área recebe os serviços de energia elétrica, abastecimento de água, e telefonia fixa em alguns lugares.

Nossa ESF fica inserida na comunidade cuja localização é de acesso para algumas famílias que moram longe e que tem dificuldade para o transporte. Com vistas a resolver

esse problema, a Secretaria de Saúde mantém um carro que permanece na zona rural para as visitas domiciliares e o traslado da Equipe de Saúde.

A Equipe é composta por um médico, um enfermeiro, três técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Também há uma Equipe de Saúde Bucal com cirurgião dentista e técnico de saúde bucal. A ESF tem como estrutura física a sala de acolhimento, consultório médico e odontológico, sala de curativos e de enfermagem. São atendidas pela ESF 327 famílias e acompanhamos aproximadamente 1154 pessoas.

O modelo assistencial predominante nas Unidades de Saúde da Família do município de Poços de Caldas, Minas Gerais, é o Integrado de Atenção à Saúde, “organizado através de uma rede horizontal integrada de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde”, tendo como base os princípios do SUS e a Clínica Ampliada, onde são considerados os aspectos subjetivos e sociais de cada usuário, que podem interferir em sua patologia (MENDES, 2009, p.3).

A Atenção Básica à Saúde é o principal elo entre a população e o sistema de saúde, sendo a porta de entrada e saída do sistema, demonstrando uma maior capacidade de resolutividade e corresponsabilidade em saúde da comunidade. Os usuários são identificados pelos cartões do SUS e seus prontuários clínicos são armazenados na Unidade. Ela tornasse um serviço de procura regular, um serviço que as pessoas usam para atenção à saúde, seja como prevenção, cuidado, acompanhamento, tratamento e reabilitação, é que ela não atenda somente os grupos prioritários, mas a toda a população. ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. Ao considerar a família como objeto de atenção, a ESF está contemplando dois atributos derivados da APS: a orientação familiar/comunitária e a competência cultural, que pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se justifica pela alta incidência de Hipertensão Arterial sendo que, do total de 1154 habitantes, existem 139 hipertensos, com um aumento frequente de números de casos não controlados, os quais não cumprem as orientações adequadamente; e, pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências.

Tendo a finalidade de organizar a assistência aos clientes com risco de DCV e Hipertensos pretende-se elaborar-se um plano de ação que será realizado pela ESF Zona Rural de Poços de Caldas, a partir de Janeiro de 2016.

### **3. OBJETIVO**

Elaborar um Projeto de Intervenção para prevenção dos fatores de risco dos portadores de DCV e Hipertensão Arterial Sistêmica da Equipe de Saúde da Família da Zona Rural 2.

## 4. METODOLOGIA

Para a elaboração da proposta de intervenção da equipe de Zona Rural 2 foram realizadas três etapas: Diagnóstico Situacional, Revisão bibliográfica e Elaboração do Plano de Ação.

### 4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESF ZONA RURAL 2

O Método da Estimativa Rápida (CAMPOS *et al.*, 2010) foi o meio utilizado para se fazer o diagnóstico situacional em saúde, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Zona Rural 2 de Poços de Caldas.

[..]A Estimativa Rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação de suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc. – que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (CAMPOS *et al.*, 2010, p.36).

As fontes utilizadas no método foram:

- Registros escritos existentes: Análise dos prontuários dos pacientes atendidos nos últimos seis meses na ESF Zona Rural II, observando os principais problemas de saúde da população.
- Fontes secundárias: Análise dos dados dos consolidados mensais do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).
- Observação ativa da área: A equipe de saúde realizou observação do ambiente no qual a ESF está inserida, buscando encontrar as causas e possíveis soluções dos problemas encontrados.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro/2015 a janeiro/2016. Os principais problemas da comunidade identificados foram: controle e prevenção da HAS e suas complicações; Alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica. Sendo este último o problema eleito como de maior prioridade.

A identificação dos “nós críticos” (Campos *et al.*, 2010), ou seja, causas de um problema que possam sofrer intervenção da equipe de saúde dentro de seu espaço de governabilidade são essenciais para resolução da questão abordada (Campos *et al.*, 2010). No caso em questão, os “nós críticos” encontrados foram: o processo de trabalho da equipe levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos; educação para uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso; incentivo à prática de atividade física; educação para o abandono do tabagismo e para redução do uso excessivo de álcool.

#### **4.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Na segunda etapa, foi realizada a Revisão da literatura em bases de dados eletrônicos: Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS); Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS); e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), sendo considerados os seguintes critérios:

- Estudos científicos (teses, monografias, artigos).
- Idioma – Português.
- Período: de 2005 a 2015.
- Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial Sistêmica, Fatores de Risco.

Os estudos selecionados serviram de referência para a contextualização do estudo e para a discussão.

### 4.3 PLANO DE AÇÃO

Na terceira etapa, a elaboração da proposta de intervenção foi realizada utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado (CAMPOS *et al.*, 2010).

Segundo Campos *et al.* (2010), o PES se baseia em três fundamentos teóricos:

- Projeto de governo: Plano que a equipe pretende realizar para alcançar seus objetivos.
- Governabilidade: Recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para execução do plano.
- Capacidade de governo: Experiência e acúmulo de conhecimento da equipe, que são necessários para implementação do plano.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ZONA RURAL 2

Foram consideradas como fontes principais: registros escritos existentes, fontes secundárias e observação ativa da área.

### 5.2 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme descrito na Metodologia, a proposta de intervenção para a Zona Rural 2 foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Simplificado, de acordo com os dez passos a seguir:

#### 5.2.1 Primeiro passo

Nesse primeiro momento, foi possível identificar, utilizando a estimativa rápida, os principais problemas da área de abrangência.

A população residente na área de abrangência é de 1154 habitantes, divididos segundo a faixa etária mostrada no Quadro 1. Observa-se que a população é formada principalmente por adultos na faixa de 40-59 anos.

Faixa Etária	<1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-25 anos	25-39 anos	40-59 anos	60e+ anos
Zona Urbana									
Zona Rural	9	43	69	103	83	94	241	437	75
Total	1154 pessoas								

Quadro 1: Distribuição da população por faixa etária ESF Zona Rural 2.

De acordo com os registros escritos existentes e principalmente através da observação ativa da área, pode-se observar que os principais problemas eram: pouca realização de atividades de promoção de saúde (fundamentalmente palestras); realização de visitas domiciliares em número insuficiente; dificuldades com o transporte ou falta de combustível para a realização de os mesmos; falta de alguns medicamentos; difícil acesso a rede de farmácia; alta incidência de hipertensos; má condição de higiene nos bairros e no entorno da ESF.

Hipertensos	Boa Vista 52	Souza Lima 52	Aleixo 35
Obesos Hipertensos	21	19	14
Fumadores Hipertensos	18	19	11
Dislipidemias e hipertensos	13	14	10

Quadro 2: População residente por patologia da ESF Zona Rural 2

No caso em questão, os “nós críticos” encontrados foram:

- Falta de educação em saúde para a população.
- Falta de visitas de acompanhamento dos casos.
- Falta de garantia de acesso da população ao serviço.

### 5.2.2 Segundo passo

No segundo passo foi realizada a priorização de problemas. Após a devida identificação fez-se necessária a priorização dos problemas que seriam enfrentados, porque dificilmente todos poderiam ser resolvidos simultaneamente.

Como critérios para seleção dos problemas, a ESF considerou a importância do problema, sua urgência e a capacidade para enfrentá-los, conforme descrito no quadro 3:

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfreteamento	Seleção
Pouca realização de atividades de promoção de saúde	Alta	6	Dentro	2
Pouca realização de visitas domiciliares	Alta	6	Fora	4
Falta algum os medicamentos e difícil acesso a rede de farmácia por transporte	Alta	4	Fora	5
Alta incidência dos Hipertensos.	Alta	7	Parcial	1
Mala condicione de higiene em hogares e seu entorno.	Alta	7	Parcial	3

Quadro 3: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Zona Rural 2.

O problema eleito como de maior prioridade foi alta incidência de hipertensos, devido à falta de informação por parte da população dos fatores de risco para esta doença, como obesidade, alimentação não saudável, sedentarismo e tabagismo.

### 5.2.3 Terceiro passo

Neste momento, ainda explicativo, ocorreu a descrição do problema selecionado.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em

média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da Atenção Básica é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros (BRASIL, 2009).

<b>Descritores</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Fonte</b>
Hipertensão arterial	139	DATASUS
Equipe de Saúde da Família	1	DATASUS
Atenção primária de Saúde	1860	DATASUS

Quadro 4: Dados do Datasus.

#### 5.2.4 Quarto passo

Tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas.

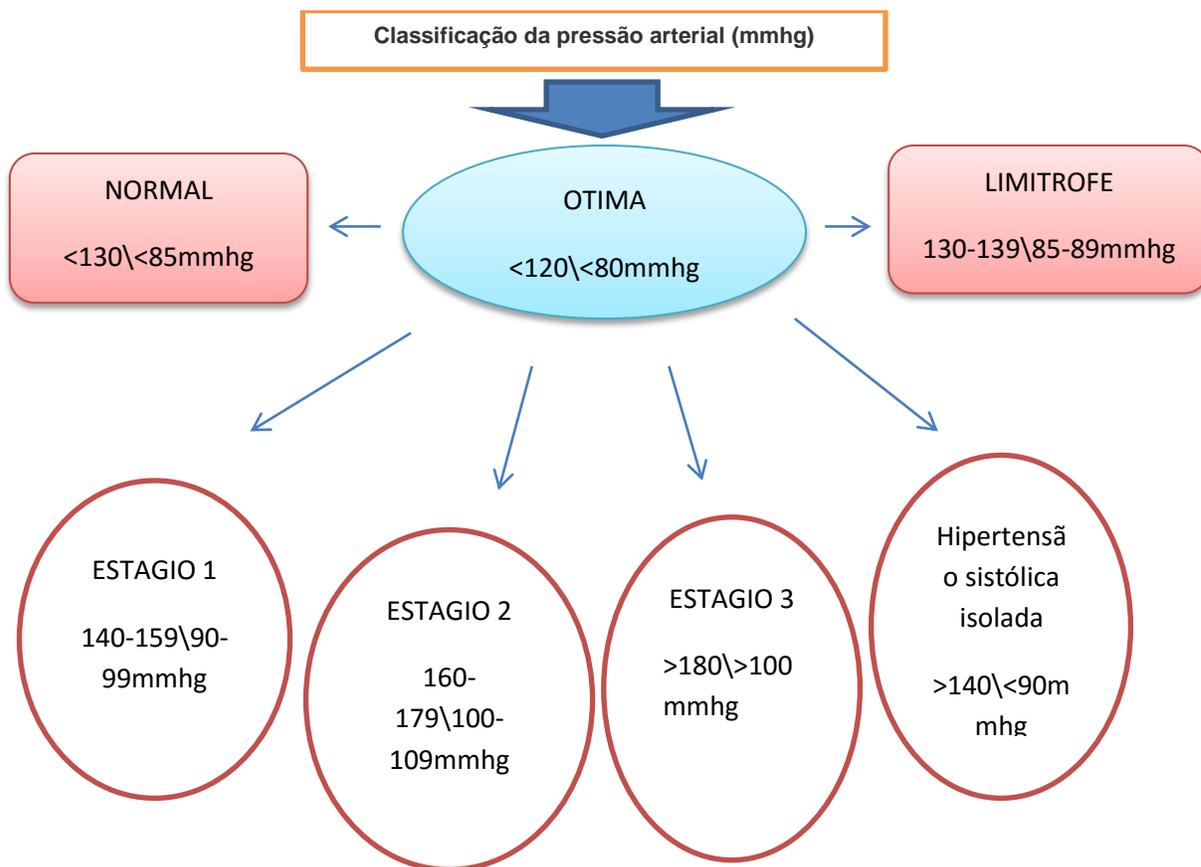
A hipertensão arterial é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. “Mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular”, (LEWINGTON, et al. 2002, p.1913). É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

O desenvolvimento de hipertensão depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais. Sabe-se, no entanto, que a hipertensão é acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial. Assim, a

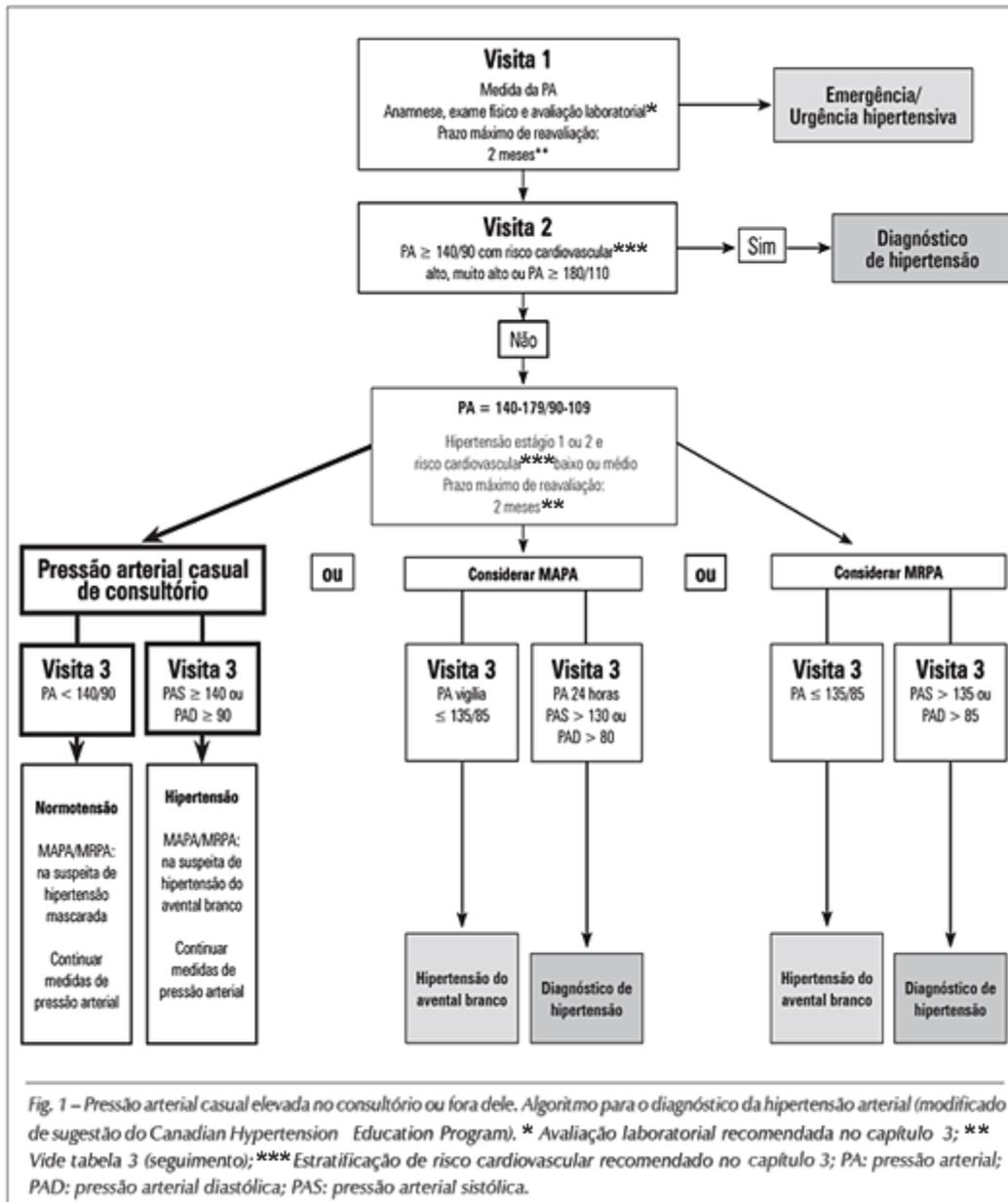
hipertensão resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular.

O sistema simpático tem uma grande importância na gênese da hipertensão arterial e contribui para a hipertensão relacionada com o estado hiperdinâmico. Vários autores relataram concentrações aumentadas de noradrenalina no plasma em pacientes portadores de hipertensão essencial, particularmente em pacientes mais jovens. Estudos mais recentes sobre atividade simpática medida diretamente sobre nervos simpáticos de músculos superficiais de pacientes hipertensos confirmam esses achados.

Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial:



Fluxograma de atenção da patologia:



Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2007.

A prevenção de danos que acometem o indivíduo hipertenso é uma das principais abordagens realizadas pela Estratégia de Saúde da Família. O caráter crônico da doença e sua instalação insidiosa, que pode permanecer assintomática por 15 a 20 anos, confirma a importância do acompanhamento e da adesão ao tratamento pelos pacientes. Há a

necessidade de uma mudança de estilo de vida dos pacientes (hábitos alimentares, prática de exercícios), uma vez que é uma doença de difícil controle apenas no âmbito ambulatorial. É importante que não só o hipertenso, mas toda sua família se conscientize acerca da importância dos hábitos saudáveis de vida como principais medidas de prevenção contra a hipertensão. As mudanças no estilo de vida são altamente recomendadas na prevenção primária da hipertensão arterial, já que auxiliam na redução da PA bem como na mortalidade por doenças cardiovasculares, além de melhorarem significativamente a qualidade de vida de modo geral. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, incluindo atividades físicas regulares e alimentação equilibrada dos nutrientes.

O exercício físico realizado regularmente provoca importantes adaptações que vão atuar principalmente sobre o sistema cardiovascular, com o objetivo de manter a homeostasia diante do aumento das necessidades metabólicas do organismo. A prática de atividade física propicia aumento no débito cardíaco, redistribuição do fluxo sanguíneo e elevação da perfusão circulatória para os músculos em atividade.

As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são incluem, portanto, a alimentação saudável, o consumo controlado de sódio e álcool, o combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

#### **4.2.5 Quinto passo**

Neste momento, foi necessário realizar uma análise capaz de identificar entre as várias causas aquelas mais importantes, na origem do problema, e que precisam ser enfrentadas. Para isso, utilizou-se o conceito de “nós críticos”, ou seja, causas de um problema que possam sofrer intervenção da equipe de saúde dentro de seu espaço de governabilidade, proposto pelo PES (Campos *et al.*, 2010).

Muitas são as causas que levam a Hipertensão Arterial Sistêmica apesar das informações presentes em meios de comunicação, unidades de saúde e profissionais da saúde. Os “nós críticos” encontrados foram:

NC 1: Falta de orientação e de atividades de promoção de saúde para a diminuição dos riscos.

NC 2: Dificuldade com cumprimento de os tratamentos aplicados a os pacientes.

NC 3: Processo de trabalho da equipe.

NC 4: Deficiente acompanhamento dos pacientes com Hipertensão e com riscos.

### 5.2.6 Sexto passo

Nesta etapa, denominada normativa, foi realizado o desenho das operações. Esse passo tem como objetivos:

- Descrever as operações para o enfrentamento dos “nós críticos”;
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

No critico	Operação\projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Poucas e inadequadas atividades de promoção de saúde.	PROJETO CAPACITAÇÃO Capacitar todos os membros de equipe de saúde.	Realização de atividades de promoção de saúde com qualidade.	Capacitação de equipe de saúde.	Cognitivo: Informações sobre promoção de saúde. Politico: articulação intersetorial.
Dificuldade de cumprimento das orientações por os pacientes.	PROJETO VIDA Sensibilizar os pacientes com a doença.	Melhorar o cumprimento das orientações.	Orientar adequada e continuamente a os pacientes.	Cognitivo: orientar sobre doença. Organizacional: Organizar grupos de HAS.
Deficiente acompanhamento	PROJETO HIPERTENÇÃO	Diminuir as complicações	Acompanhamento adequado de	Cognitivo: Orientar sobre

o de os pacientes com Hipertensão e com riscos.	Acompanhamento adequado de pacientes com HAS.	s por HAS.	pacientes com HAS.	normas de tema. Político: articulação intersectorial.
---	---	------------	--------------------	---

Quadro 5: Desenho das Operações para os “nós” críticos do problema Hipertensão Arterial Sistêmica.

“A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões” (J.Bras.Nefrol.vol.32 supl.1 São Paulo Sept. 2010 ).

O ponto de partida é fazer os portadores refletirem sobre o futuro. Qual a qualidade de vida que querem ter no futuro? Então é bom que tomem as medidas necessárias para evitar uma complicação grave da patologia. A partir dessa reflexão, pode-se passar para uma fase de orientação: como evitar uma complicação? Quais são os principais métodos de controle? Essas questões podem - e devem - ser debatidas nas unidades de saúde por todos os profissionais da equipe. A adesão ao tratamento requer mudança de postura profissional para que cada portador seja ouvido na sua realidade de vida. É necessário uma correta explicação das consequências da hipertensão a longo prazo, ela está associada a diversas doenças graves como: Insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, arritmias cardíacas, morte súbita, aneurismas, perda da visão (retinopatia hipertensiva), insuficiência renal crônica, AVC isquêmico e hemorrágico, demência por micro infartos cerebral, arteriosclerose e outras.

A hipertensão arterial raramente tem cura e o objetivo do tratamento é evitar que órgãos como coração, olhos, cérebro e rins, chamados de órgãos alvo, sofram lesões que causem as doenças descritas acima, as lesões iniciais são assintomáticas, porém, existem exames que podem detectá-las precocemente.

### 5.2.7 Sétimo passo

Tem como objetivo identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, de acordo com o Quadro 6.

Operação\projeto Projeto capacitação	Recursos críticos Cognitivo: Informações sobre promoção de saúde. Político: articulação intersetorial.
Projeto vida Projeto hipertensão	Cognitivo: orientar sobre doença. Organizacional: Organizar grupos de HAS. Cognitivo: Orientar sobre normas de tema. Político: articulação intersetorial.

Quadro 6: Identificação dos recursos críticos.

### 5.2.8 Oitavo passo

Nesse momento estratégico foi realizada a análise da viabilidade do plano. A ideia central é realizar uma análise da viabilidade do plano, isto é, o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Assim, é necessário que o ator que planeja identifique outros atores que controlem os recursos críticos, porque através da análise do posicionamento desses atores em relação ao problema poderá definir as operações ou ações estratégicas capazes de construir a viabilidade ao plano.

Operação\projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos	Ação estratégica
Projeto capacitação	Cognitivo: Informações sobre promoção de saúde. Político: articulação intersetorial.	Ator que controla: Secretaria de saúde. Motivação: Favorável.	Apresentar o projeto com as dificuldades e necessidades de capacitação de equipe de saúde.
Projeto vida	Cognitivo: orientar sobre doença. Organizacional: Organizar grupos de HAS.	Ator que controla: Responsável de equipe. Motivação: Favorável.	Não é necessário.

Projeto hipertensão	Cognitivo: Orientar sobre normas de tema. Político: articulação intersetorial.	Ator que controla: Secretaria de saúde. Motivação: Favorável.	Apresentar o projeto com as dificuldades e resultado da melhoria de os pacientes.
---------------------	---	--	---

Quadro 7: Propostas de ações para a motivação dos atores.

### 5.2.9 Nono passo

No nono passo, ainda momento estratégico, foi elaborado o plano operativo. Os objetivos deste passo são: designar os responsáveis para cada operação e os prazos para execução das operações. O prazo proposto para a implementação do projeto foi de seis semanas e o plano operativo está descrito no quadro 8.

<b>Operações</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Resultados</b>	<b>Prazo</b>
Palestras	Enfermeira e ACS	6 semanas	Organizados	Contínuo
Conversas com grupos de hipertensos e grupos de riscos.	Enfermeira e ACS	6 semanas	Organizados	Contínuo
Distribuição de cartilhas	ACS	6 semanas	Organizados	Contínuo

Quadro 8: Plano Operativo.

### 5.2.10 Décimo passo

Nesse momento tático-operacional descreve-se a gestão do plano. Os objetivos desse passo são: desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Durante a fase de implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a ESF para avaliação e será utilizado o Quadro 8 como o cronograma de atividades.

Operação	Resultados	Pro Endemias e Epidemias adultos.	Ações estratégicas.	Responsável.	Prazo.
Projeto capacitação	Realizar capacitação em promoção de saúde aos 100% de equipe de saúde.	Capacitação de equipe de saúde e educação continuada.	Apresentar o projeto com as dificuldades e necessidades de capacitação de equipe de saúde.	Elaine.	15 dias para apresentar projeto. 1 semana para capacitação.
Projeto vida	Aumentar o cumprimento de as orientações por os pacientes.	Orientação a os pacientes com HAS e organização de grupos de hipertensos.		Elisandra.	4 – 6 semanas.
Projeto hipertensão	Diminuir as complicações e sequelas em pacientes com HAS.	Capacitação de equipe de saúde e educação continuada.	Apresentar o projeto com as dificuldades e resultado da melhoria de os pacientes	Elaine.	15 dias para apresentar projeto. 1 semana para capacitação.

Quadro9: Acompanhamento do Plano de Ação.

## 6. DISCUSSÃO

A equipe de saúde identifica como problema fundamental de sua área de abrangência a alta incidência de HAS, oferecendo a esse indicador de saúde uma alta importância por as complicações que ela causa além de isso que existe uma capacidade parcial de enfrentamento ao problema descrito.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. (J.Bras.Nefrol.vol.32 supl.1 São Paulo Sept. 2010 ).

Dos 139 pacientes hipertensos estudados 54 (38,84%) são obesos, 48 fumantes (34,53%) e 37 apresentaram algum tipo de dislipidemia (26,61%). Para a obesidade, foi considerado o Índice de Massa Corpórea (IMC) com valor igual ou superior a 25; para a dislipidemia, os valores de colesterol superiores a 200 mg/dl; para HAS, valores pressóricos superiores a 140/90 mmHg; para tabagismo, fumantes ativos no momento da coleta.

Os fatores de risco para HAS, dislipidemia e obesidade, mesmo estando aumentados, são conhecidos pelos portadores, porém, eles seguem nenhuma intervenção terapêutica. Em um intervalo de 12 anos, observou-se aumento da população hipercolesterolêmica e obesa e uma diminuição da população tabagista (Couto, Antônio Alves de et al. Manual de hipertensão arterial da sociedade de hipertensão do Estado do Rio de Janeiro. – São Paulo: Lemos Editorial, 2003).

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA. (Arq. Bras. Cardiol. vol.95 no. 1 supl.1 São Paulo 2010).

As causas fundamentais identificadas e que ocasionam uma maior incidência de HAS são a falta de orientação e das atividades de promoção de saúde para diminuir os riscos, a dificuldade com o cumprimento dos tratamentos pelos pacientes e o deficiente

acompanhamento por parte de Equipe de Saúde. Mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS. Notadamente nos indivíduos com PA limítrofe, essas mudanças reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular. A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde. (J. Bras. Nefrol. vol.32 supl.1 São Paulo Sept. 2010).

Nossa proposta é um projeto de capacitação para todos os membros da ESF com orientações atualizadas sobre promoção de saúde, além de uma correta articulação intersetorial com o intuito de realizar essas atividades com qualidade. Com relação às dificuldades no cumprimento das orientações médicas pelos pacientes foi proposto um projeto nomeado de Vida, pelo qual haveria sensibilização da clientela e criaria grupos de hipertensos buscando uma orientação adequada e contínua. Como há um deficiente acompanhamento desses pacientes, elaboramos um projeto nomeado Hipertensão para solicitar nossa capacitação em relação às normas atualizadas nos protocolos de HAS, fazendo articulação intersetorial com a comunidade.

Acreditamos que o projeto de capacitação poderá ser acompanhado pela Secretaria de Saúde, já que cabe à ESF a apresentação desse projeto envolvendo a capacitação. No projeto vida a responsável em desenvolver as orientações e a criação dos grupos de hipertensos será a enfermeira; e, no projeto Hipertensão deve haver apoio da Secretaria de Saúde por meio da garantia da exequibilidade das ações. Espera-se que, ambos projetos tragam uma melhor qualidade de vida para a população.

As palestras, conversas com grupos de hipertensos, educação relacionada aos riscos, distribuição de cartilhas, são algumas das primeiras medidas a serem adotadas pela enfermeira e agentes comunitários, buscando melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos permitiu conhecer quais são as causas fundamentais da alta incidência de HAS e identificamos a obesidade, o tabagismo e as dislipidemias como os principais fatores de riscos que em nossa área de abrangência incidem nos portadores de HAS.

Os grandes desafios referem-se à adesão ao tratamento medicamentoso e às orientações, à necessidade de mudança de comportamento dos sujeitos, incorporando as medidas não farmacológicas no cotidiano de vida, principalmente no tocante à alimentação saudável, abandono do tabagismo, realização de atividades físicas e de lazer.

Sugerimos como possibilidade para melhoria no processo de adesão ao tratamento a implementação de processos educativos que atendam às necessidades da clientela, buscando a inserção da mesma nos programas para a redução dos riscos, o acompanhamento pela família e pelos profissionais de saúde quanto ao tratamento farmacológico, visando maior conscientização e interesse pelo autocuidado. Faz-se necessário, acompanhar os portadores de HAS para o uso correto da medicação, propiciando o atendimento desse portador no SUS, principalmente no tocante à aquisição das medicações hipotensoras; e o comprometimento dos profissionais de saúde no acompanhamento e na implementação dos processos educativos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Beneficiários, operadoras e planos**. Brasília(DF): Editora do Ministério da Saúde 2009.

\_\_\_\_\_. Cadernos de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica**. Brasília(DF): Editora do Ministério da Saúde,2013.

BRANDÃO, Andréa A. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 2010, v. 32, p. 1-4.

COUTO, A. A.; KAISER, S.E. **Manual de hipertensão arterial da Sociedade de Hipertensão do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Lemos, 2003.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Elaboração do plano de ação**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

GUS,I. et al. Variations in the Prevalence of Risk Factors for Coronary Artery Disease in Rio Grande do Sul-Brazil: A Comparative Analysis between 2002 and 2014. **Arquivos brasileiros de cardiologia**. 2015, v. 105, n. 6, p. 573-579.

LEWINGTON S, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**. 2002, v. 360,p. 1903–1913.

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS-PMPC Dados históricos de Poços de Caldas. Disponível em <http://www.pocosdecaldas.mg.gov.br>. Acesso em 12/04/2016

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. SMSPC Dados de Poços de Caldas. Disponível em: <http://www.pocosdecaldas.mg.gov.br>. Acesso em 21/11/2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol.**2007, v. 95, p. 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2007. **Arq. Bras. Cardiol.** v.89 nº. 3,71p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.95 no. 1 supl.1 São Paulo 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Washington: World Health Organization, 2000.