

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

FELICIA NANCY TURINO LEMA

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM PACIENTES HIPERTENSOS
DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA BÁRBARA, MUNICÍPIO DE
CATUJI/MINAS GERAIS

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2016

FELICIA NANCY TURINO LEMA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM PACIENTES HIPERTENSOS
DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA BÁRBARA, MUNICÍPIO DE
CATUJI/MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof.^a. Dra. Ana Maria Costa
da Silva Lopes.

**TEÓFILO OTONI –MINAS GERAIS
2016**

FELICIA NANCY TURINO LEMA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM PACIENTES HIPERTENSOS
DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA BÁRBARA, MUNICÍPIO DE
CATUJI/MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Estratégia Saúde da Família,
Universidade Federal Minas Gerais para
obtenção do Certificado de Especialista.
Orientadora: Prof.^a. Dra. Ana Maria Costa
da Silva Lopes

Banca examinadora:

Prof.^a. Dra. Ana Maria Costa da Silva Lopes (orientadora)

Prof^a Ms. Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a cada paciente de minha equipe.

AGRADECIMENTOS

Sempre devemos expressar gratidão àqueles que nos auxiliam a realizar qualquer projeto em nossa vida, afinal não chegamos sozinhos a lugar algum. Então, agradeço:

A Deus, por ter me guiado todo esse tempo com sabedoria e perfeição, iluminou os meus caminhos, me deu forças, e por ter colocado tantas pessoas disponíveis em meu caminho, sem as quais tudo seria muito difícil.

A minha filha que sempre acreditou na minha capacidade de transpor barreiras.

A minha mãe por ser incondicional e sempre estar ao meu lado. Por ter me dado todo o apoio que necessitava nos momentos difíceis, todo carinho, respeito, por ter me aturado nos momentos de estresse, e por tornar minha vida cada dia mais feliz.

Aos companheiros da unidade, que me ajudaram nos momentos difíceis, compartilhando palavras de ânimo e incentivo.

E a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização e culminação deste curso.

Muito especial a minha maravilhosa orientadora Professora Dra. Ana Maria Costa da Silva Lopes, que foi uma orientadora que apesar da distância se mostrou presente, esclarecendo as minhas dúvidas, tendo muita competência e pela valiosa orientação, paciência e compreensão.

Muito obrigada!

RESUMO

O trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção educativa com pacientes hipertensos da Equipe Saúde da Família Santa Barbara do Município de Catuji-Minas Gerais, no período compreendido desde janeiro até dezembro de 2015. Dos 512 pacientes hipertensos confirmados, apenas 205 pacientes foram acompanhados pelo Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia) para elaboração da proposta de intervenção no acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, inscritos na Estratégia Saúde da Família Santa Bárbara, foram executadas três etapas: Diagnóstico Situacional, Revisão Bibliográfica e elaboração do projeto de intervenção, utilizando o Planejamento Estratégico situacional Simplificado. Definiram-se como nós críticos: baixa cobertura de acompanhamento aos pacientes com hipertensão arterial, pouca adesão ao tratamento medicamentoso, inadequados hábitos e estilos de vida, insuficientes ações de saúde. As quatro operações propostas para o enfrentamento dos nós críticos foram: expandir a capacidade do equipo de saúde na busca ativa dos pacientes hipertensos, conscientizar ao pacientes no uso contínuo do tratamento medicamentoso, estimular a mudança de hábitos e estilo de vida, aumentar o nível de informação dos pacientes para evitar as complicações. Além disso, foram feitas uma análise de viabilidade das operações e uma proposta de acompanhamento e avaliação do plano de ação. A elaboração deste plano de ação possibilitou à Estratégia Saúde da Família Santa Bárbara perceber a importância de se utilizar um método de planejamento como ferramenta para organização do processo de trabalho, até então feita de forma intuitiva e automática. Com isto, espera-se um acompanhamento mais efetivo dos portadores de hipertensão arterial sistêmica da área de abrangência.

Palavras chave: Plano de ação. Hipertensão arterial. Fator de risco. Programa saúde da família. Planejamento estratégico situacional simplificado.

ABSTRACT

The work aimed to draw up a proposal for educational intervention with hypertensive patients of family health Team Santa Barbara the town of Catuji-Minas Gerais, in the period since January till December 2015. Of the 512 hypertensive patients confirmed, only 205 patients were accompanied by high blood pressure and Diabetes (HiperDia) for the preparation of the proposal for action in the follow-up of patients with hypertension, enrolled in the family health strategy Santa Barbara, were carried out three steps: Situational Diagnosis, Review and preparation of the intervention project, using the situational strategic planning simplified. How have we critics: low monitoring coverage to patients with hypertension, lack of adherence to drug treatment, inappropriate habits and lifestyles, insufficient health actions. The four proposals for tackling the US critics were: to expand the capacity of the health care team in active search of hypertensive patients, educate the patients still use of artemether-lumefantrine, stimulate the change of habits and lifestyle, increase the level of information of patients to avoid complications. In addition, a feasibility analysis of operations and a proposal for monitoring and evaluating the action plan. The elaboration of this action plan to the family health strategy Santa Barbara realize the importance of using a method of planning as a tool for organization of the work process, until then made intuitively and automatically. With this, a more effective follow-up of patients with hypertension in the area.

Key words: action plan. Hypertension. Risk factor. The family health program. Situational simplified strategic planning.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Total de Distribuição da população.....	13
Quadro 2 - Priorização dos problemas.....	26
Quadro 3 - Desenho de operações.....	29
Quadro 4 - Análise de viabilidade.....	32
Quadro 5 - Identificação dos recursos críticos.....	34
Quadro 6 - Plano operativo.....	35
Quadro 7 – Gestão do plano.....	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEESF	Curso de Especialização em Estratégia da Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GIL	Gerenciador de Informações Locais
HAS	Hipertensão Arterial Sistemática
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde de Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
CA	Carcinoma
DIA	Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial
AVC	Doenças Cérebro Vasculares

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	18
3 OBJETIVOS.....	19
4 MÉTODO.....	20
5 REVISÃO DE LITERATURA	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	25
6.1 Identificação Dos Problemas.....	25
6.2 Priorizações Dos Problemas.....	26
6.3 Descrições Dos Problemas	27
6.4 Explicações Dos Problemas.....	27
6.5 Identificações Dos Nós Críticos.....	28
6.6 Desenhos Das Operações.....	28
6.7 Análises Da Viabilidade	32
6.8 Identificação Dos Recursos Críticos	34
6.9 Planos Operativos.....	35
7 Gestão Do Plano	37
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
9 REFERÊNCIAS.....	41

1 - INTRODUÇÃO

Atualmente, a hipertensão arterial é a condição que mais afeta a saúde da população adulta de todo o mundo. Ela é uma doença e também um fator de risco para outras morbidades, evoluindo de formas assintomáticas até graves. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Bárbara do município de Catuji é responsável por 765 famílias, o que representa uma população de 2.512 pessoas.

A cidade de Catuji está localizada na região do Vale do Mucuri, estado de Minas Gerais e é conhecida por sua economia voltada às pedras preciosas e à agropecuária.

De acordo com as informações do Censo (IBGE, 2010) desde que chegaram os primeiros moradores na área do município de Catuji sua economia é baseada na agropecuária e pedras preciosas. O cultivo era diversificado, além de pastagens, plantava-se milho, feijão, mamona, mandioca e frutas como manga, acerola, banana e laranja. Além do plantio, a criação de bovinos ocupava importante lugar na economia. O cultivo das terras era feito sem nenhuma técnica com equipamentos muito rudimentares. Hoje o trator é a máquina mais utilizada no setor agrícola. (Censo IBGE, 2010).

Com 2.419,526 km², limita-se com as cidades de Teófilo Otoni, Caraí, Itaipé e Padre Paraíso. Situa-se a 513 km da capital Belo Horizonte (IBGE,CENSO, 2010).

De acordo com o Censo (IBGE, 2010) sua população era de 6.708 habitantes, com uma densidade demográfica de 15,93 habitantes/km². Tem Índice de desenvolvimento humano – IDH de 0,625, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2004). Tem 2.293 famílias cadastradas e 1.784 domicílios.

Quanto à distribuição de renda, embora nos últimos dez anos os índices indiquem uma ligeira redução da concentração de renda, segundo os dados das Nações Unidas, o Brasil ainda situa-se entre os dez países com maior desigualdade. Esse modelo concentrador, em parte, explica as diferenças internas na composição de diferentes indicadores de saúde no país. (Censo IBGE, 2010).

Segundo os dados fornecidos no Censo (IBGE, 2010) a renda média familiar é de R\$ 724,00. Esta renda se baseia nos programas sociais do governo federal como bolsa família, bolsa escola e há também funcionários públicos e aposentados.

A comunidade conta com escolas, várias igrejas, um ginásio poliesportivo, três praças e comércio atuante. No Município não existe hospital, clínicas privadas, mas conta com laboratórios onde são realizados os exames através de convênio com a prefeitura. Tem Serviços de luz elétrica, água, telefonia, correios e bancos.

A região correspondente à área de abrangência da equipe de Saúde da Família, tem relevo com elevações, a maioria das ruas não são pavimentadas. A USF foi implantada em 2001 e há dois anos está instalada em sede própria e funciona de segunda a sexta de 7 horas a 16 horas. A unidade conta, também, com uma unidade da Farmácia de Minas (IBGE, 2010).

A ESF Santa Bárbara localizada no centro da comunidade de Porfirio possui uma equipe composta por uma enfermeira, uma médica, três técnicas de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), duas auxiliares de limpeza e um motorista.

A Unidade tem área adequada e um bom espaço físico. Existe sala para reuniões, recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, pré-consulta, almoxarifado, farmácia, sala de repouso com uma cama, sala dos agentes comunitários de saúde, depósito de material de limpeza, sala de expurgo e de esterilização. A estrutura física é muito bem equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento do trabalho da equipe.

A população do Programa Saúde da Família (PSF) Santa Bárbara é de 2.512 pessoas e 765 famílias cadastradas.

Quadro 1 - Distribuição da população do PSF Santa Bárbara segundo a faixa etária- 2015.

Nº de indivíduos	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60e+	Total
Área rural	20	134	237	291	266	315	501	444	304	2512

Fonte: registros da equipe do PSF Santa Bárbara

Tabela 1 - Nível Educacional segundo faixa etária no PSF Santa Bárbara- 2015

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
Crianças de 7 a 14 anos	468	20.3
7 a 14 anos na escola	191	8.3
Pessoas de 15 anos e mais	1830	79.7
Acima de 15 anos alfabetizado	1524	66.3
TOTAL	2298	100

Fonte: Registros da equipe do PSF Santa Bárbara

O grau de escolaridade um elemento fundamental a ser considerado tanto na análise dos determinantes da saúde como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Diversas condições de atenção à saúde são influenciadas diretamente pelo nível de escolaridade dos chefes de família, particularmente as condições de atenção à saúde das crianças. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de auto cuidado em saúde, a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação do indivíduo como cidadão em contextos sanitários coletivos. Podemos dizer que de uma população total de 2.298 pessoas, 1.715 são alfabetizados.

Tabela 2 - Condições de Moradia ESF Santa Bárbara- 2015

TIPO DE CASA	Nº DE FAMILIAS	%
Tijolo/adobe	587	77.6
Taipa revestida	13	1.7
Taipa não revestida	2	0.2
Madeira	103	13.6
Material Aproveitado	7	0.9
Outras	53	7
TOTAL	756	100

Fonte: Registros da equipe do PSF Santa Bárbara

As comunidades assistidas pela ESF são rurais. Em nossa população podemos observar que a maior parte de nossas famílias, 77,6%, tem casas de tijolo/adobe e teto; as condições de habitação não são adequadas para todas as pessoas.

Das 756 famílias cadastradas 100% tem energia elétrica.

Tabela 3 - Destino do Lixo ESF Santa Bárbara 2015

DESTINO DO LIXO	Nº DE FAMILIAS	%
Coletado	101	13.2
Queimado/Enterrado	402	52.5
Céu aberto	262	34.3
TOTAL	765	100

Fonte: Registros da equipe do PSF Santa Bárbara

De um total de 765 famílias podemos dizer que a maior parte de nossa comunidade tem enterrado ou queimado o lixo. É necessário fazer muitas atividades de promoção e prevenção ainda para as famílias que fazem este depósito a céu aberto, representando 34.3%. Nesse sentido, torna-se necessário a realização de palestras em escolas e visitas domiciliares para intervir neste problema de saúde.

Tabela 4 - Tratamento da água ESF Santa Bárbara- 2015

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº DE FAMILIAS	%
Filtração	444	58
Fervura	13	1.6
Cloração	3	0.6
Sem Tratamento	305	39.8
Rede Pública	199	26
Poço ou Nascente	483	63.2
Outros	83	10.8
Total	765	100

Fonte: Registros da equipe do PSF Santa Bárbara

Observa-se que grandes partes das famílias têm água sem tratamento, e a qualidade da água do consumo é inadequada, com um índice de 58 % de tratamento por filtração.

Tabela 5 - Saneamento Básico ESF Santa Bárbara - 2015

DESTINO DE FEZES E URINA	Nº DE FAMILIAS	%
Sistema de Esgoto	132	17.3
Fossa	404	52.8
Céu Aberto	229	29.9
TOTAL	765	100

Fonte: Registros da equipe do PSF Santa Bárbara

É de grande importância o destino final de fezes e urina, observa-se que 52.8% das famílias têm fossas, e 29.9% ainda mantém a céu aberto, o que é de grande importância e relevância para melhorar o processo de trabalho da equipe na comunidade.

Quanto os meios de transporte mais utilizados são: ônibus, carros e motos.

Em relação aos hábitos de consumo indesejáveis mais frequentes na população são o consumo de álcool e tabaco, que constituem fator de risco para muitas doenças

crônicas não transmissíveis, aumentando a incidência das mesmas. De forma geral, a população tem bom grau de instrução, mas não seguem todas as todas as orientações dadas pela equipe de saúde o que aumenta o risco de desencadeamento de doenças na comunidade.

As formas de organização social são associações e cooperativas. Professam várias religiões como católica, adventista, assembleia de Deus, presbiteriana, batista e espírita.

Tabela 6 - Indicadores de Morbidade ESF Santa Bárbara -2015

Indicadores	N° de Casos	%
Álcool	132	0.52
Hipertensão Arterial	512	20.3
Diabetes	144	5.73
Deficiencia Mental	58	2.30
Gestante	26	1.03
Epilepsia	19	0.75
Acidente Vasculard Cerebral	44	1.75
Deficiencia Física	23	0.91

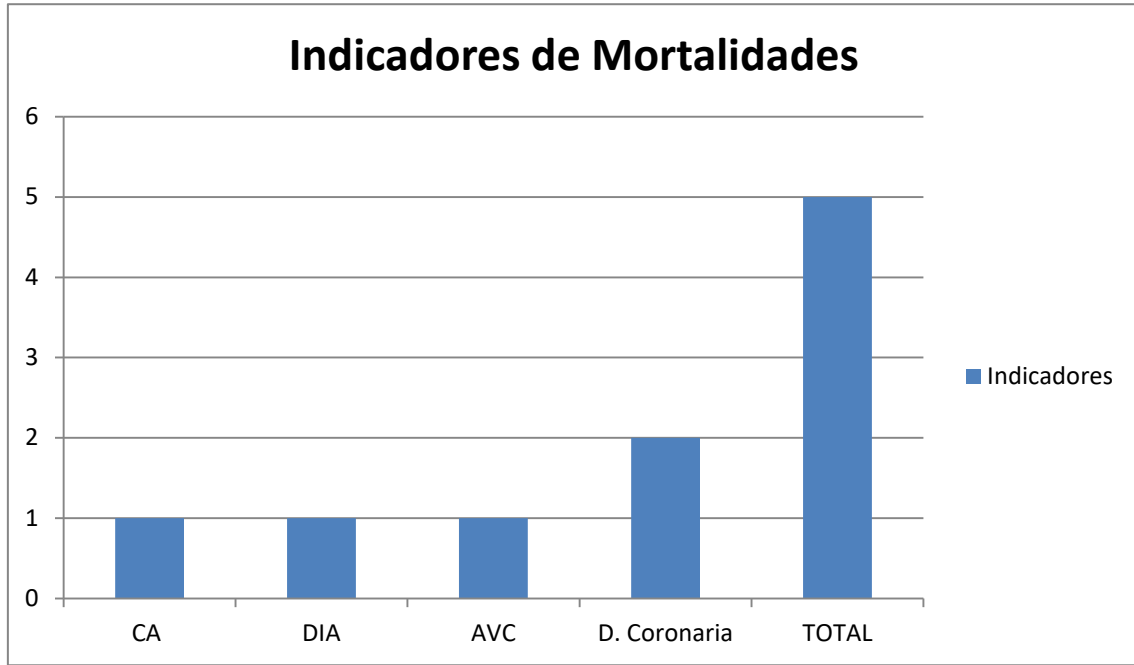
Fonte: Registros da equipe do PSF Santa Bárbara

Em nossa comunidade os principais indicadores de morbidade são: a hipertensão arterial, diabetes, álcool, que constituem fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, enfrentados pelas equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa, e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério de Saúde (BRASIL, 2009) preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle de peso, prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores

que precisam ser adequadamente abordados e controlados (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Gráfico 1 - Indicadores de Mortalidade ESF Santa Bárbara 2015



Fonte: Registros da equipe do PSF Santa Bárbara

As principais causas de morte durante o ano de 2014 foram às doenças crônicas, entre elas: doenças cérebro vasculares, doenças Isquêmicas do coração e neoplasias; tudo isso nos demonstra que temos que educar mais a nossa comunidade sobre os principais fatores de risco para prevenção de doenças crônicas e mortalidade, temos que fazer muitas ações de educação e promoção à saúde, isto é o sentido de nosso trabalho diário através de visitas domiciliares, realização de palestras para crianças visando à mudança de hábitos, promovendo a alimentação saudável para as crianças e toda a população. Nessa perspectiva, o que se visa é a difusão maciça e educação em saúde, para melhoria dos indicadores de saúde da ESF do município.

A mudança do perfil epidemiológico do Brasil, nos últimos 20 anos, pode ser expressada pela permanência das doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das doenças de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

2- JUSTIFICATIVA

O grande número de hipertensos cadastrados e o número de casos de doenças cardiovasculares na área de abrangência chamam a atenção da equipe no sentido de alertá-la sobre a necessidade de realizar ações para atingir o objetivo proposto que é diminuir os níveis pressóricos dos hipertensos com medidas preventivas para evitar as complicações. O índice de hipertensão é estimado em 20.3% da população da equipe de saúde (ESF) Santa Bárbara.

Assim, a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto de medicação, a preocupação com o bom controle em longo prazo da HAS e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde.

Os autores acreditam que esse modelo de educação permanente possa ser generalizado para os diversos países, assim como as medidas gerais do controle de fatores de risco que o programa propõe. Mesmo com a melhoria impressionante dos indicadores, os autores comentam que há muito a ser feito e descoberto em relação ao controle e à promoção da saúde de pessoas com HAS, já que um terço desta população mantém a sua hipertensão não controlada ou ainda, não diagnosticada (CAMPBELL ET al., 2003; MCLISTER, 2006; ONYSKO ET al., 2006).

Um dos problemas de saúde mais frequentes que as equipes de trabalho atende é a HAS e que ainda temos dificuldades em fazer o diagnóstico precoce, o tratamento e controle da pressão da população. Estudos realizados em países com avanços na atenção básica, 90% da população adulta consultam, pelo menos uma vez ao ano, o médico de família (SHARMA ET al., 2004).

Pelo anteriormente exposto a equipe da (ESF) Santa Bárbara do município de Catuji será proposta esta estratégia de intervenção educativa, com o objetivo de realizar ações para aumentar a consciência da população hipertensa e poderá contribuir para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

3 - OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção educativa com pacientes hipertensos da Equipe de Saúde da Família Santa Bárbara, Município Catuji. Minas Gerais.

4- METODOLOGIA

A proposta do projeto de intervenção educativa com pacientes hipertensos foi desenvolvida na área de abrangência da ESF Santa Bárbara, situada no município de Catuji, no período Janeiro - Outubro de 2015, a unidade de saúde é responsável pela cobertura de 2293 famílias, contendo 512 hipertensos cadastrados.

Para conhecer melhor a área de abrangência a equipe realizou o diagnóstico situacional que permitiu levantar todos dados apresentados na introdução e identificar os problemas vivenciados pela comunidade e muitos mereciam atenção especial da equipe de saúde. Dentre todos os problemas foi priorizado somente um devido a insuficiência de recursos humanos, financeiros e disponibilidade de tempo para enfrentar todos de uma única vez. Feito isso foi necessário realizar um levantamento bibliográfico sobre o tema proposto.

Com a utilização do Planejamento Estratégico em Saúde definiu-se uma proposta de intervenção (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Os elementos fundamentais a considerar para elaboração da proposta da intervenção são:

- Definição do problema
- Priorização do problema
- Descrição do problema
- Explicação do problema
- Seleção dos nós críticos
- Desenho das operações
- Identificação dos recursos críticos de uma operação
- Análises de viabilidade do plano
- Elaboração do plano operativo
- Gestão do plano (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010)

A proposta de intervenção ocorreu em três etapas: a primeira diagnóstica, a segunda revisão de literatura e por último elaboração do projeto de intervenção.

Participaram da intervenção 205 pacientes que foram acompanhados pelo Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (Hiperdia), na faixa etária de 20 a 59 anos e de ambos sexos, onde foi implementado um grupo de atividade para trabalhar na educação em saúde.

O planejamento e realização das atividades com os grupos de hipertensos contou com a parceria dos agentes comunitários de saúde, técnicas de enfermagem, enfermeira e NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

Nesta etapa foram realizadas palestras mensalmente, adaptadas para o contexto de nossa população, respeitando crenças, valores, limitações e desejos dos participantes com informações essenciais sobre a hipertensão arterial e conscientizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a realização de mudanças no estilo de vida.

O responsável do projeto supervisionou mensalmente as atividades realizadas pelo grupo de trabalho selecionado para realizar as ações e estratégias expostas.

Para avaliar a melhoria ou não da qualidade de vida relacionada com a saúde de cada paciente no início e final da intervenção foi considerada a quantidade de pacientes controlados da hipertensão e a diminuição das complicações.

Considerar-se-á melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde quando exista uma diminuição dos fatores de risco, complicações e melhora dos conhecimentos bem fundamentados da doença após 6 meses de acompanhamento.

5 - REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) define-se “como uma pressão arterial sistólica (PAS) superior a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica (PAD) maior que 90 mmHg, baseada em duas ou mais mensurações de pressão arterial, sendo os mesmos níveis definidos no consenso brasileiro de hipertensão arterial”. Associam-se, frequentemente, as alterações funcionais e ou estruturais dos órgãos alvos coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. O diagnóstico e tratamento precoces dessa doença são fundamentais para a redução dos riscos cardiovasculares associados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 10).

“A 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.p. 19)”.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doenças cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/ 75 mmHg de forma linear, continua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas á elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doenças isquêmicas do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixos e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

A pesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte em Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doenças cardíacas isquêmicas e cerebrovascular diminuiu 26% e 32 %, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doenças cardíacas hipertensivas cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT *ET al.*, 2011).

Segundo Brasil, (2012) o cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos

controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Um dos desafios para as equipes para atenção básica é inicial o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando - as á adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela patogenicidade e alta prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Entre os aspectos associados estão principalmente os hábitos e atitudes que corroboram para o aumento do peso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral. Alto consumo energético. E excesso ou deficiência de nutrientes associado ao padrão alimentar, baseado em alimentos industrializados (CAANAAN *ET al.*, 2006).

Segundo Miranda; Strufaldi, (2012) entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. Uma alimentação inadequada está associada de forma indireta o maior risco cardiovascular, que pode, ainda, ser associado a outros fatores de risco como obesidade, dislipidemia e HAS. Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a PA, como a redução de ingestão de sal e álcool, redução do peso e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio. Alguns estudos indicam que o padrão dietético global, mais que um alimento isolado, tem maior importância na prevenção de doenças e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular.

A restrição do sal na dieta causa uma pequena redução da pressão arterial. Dessa forma, é uma medida recomendada não apenas para hipertensos, mas para a população de modo geral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Visto que estudos apontam que o brasileiro, assim como boa parte da população mundial, consome o dobro da quantidade máxima de sal recomendada. De acordo com a pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2002 – 3), as principais fontes domiciliares de sódio na dieta são o sal e os condimentos á base de sal (76,2%), seguidos dos alimentos processados com adição de sal (15,8%), dos alimentos *in natura* ou processados sem adição de sal (6,6%) e, por fim, das refeições prontas

(1,4%). A atual recomendação é o consumo máximo de 5g diária de sal ou 2,0g de sódio (lembrando que 1g de sal contém 40% de sódio), o equivalente a uma colher de chá de sal (NILSON *ET al*; 2012).

Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. Um estilo de vida ativo pode modificar este quadro tendo efeito preventivo importante. A atividade física regular associa – se a múltiplos benefícios para a saúde, incluindo redução da incidência de doenças cardiovasculares e morte por esta causa. De forma similar, a prática de atividade física regulares associa- se a redução dos níveis pressóricos (FANG *ET al.*, 2005).

Aos indivíduos em que a pressão arterial sistólica e/ou diastólica estiver superior a 160 ou 105 mmHG, respectivamente, não é recomendado que realizem atividades físicas intensas ou anaeróbias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A promoção do estilo de vida mais ativo tem sido utilizada como estratégia de desenvolver melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida. Estudos recentes têm demonstrado que intervenções não farmacológicas no manejo da HAS, complementares ao tratamento, são cada vez mais relevantes na prática clínica. A redução do peso e a menor ingestão de sódio e álcool, associados às práticas corporais, podem reduzir em até 10 mmHg a Pressão Arterial Sistólica (PAS) (KITHAS; SUPIANO, 2010).

A equipe de saúde ofereçam ações educativas aos pacientes hipertensos para orientação de estilo de vida saudável que é ter boa alimentação e redução da ingestão de sódio, prática regular de exercício físico, manutenção do peso corporal e de perfil lipídico desejável, descanso para o corpo, bom ambiente familiar, evitar cigarro e bebida alcoólica, redução do estresse. Essas ações são importantes para o controle de fatores de risco para outros agravos, aumentam eficácia do tratamento medicamentoso e reduzem o risco cardiovascular (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

A elaboração da proposta realizada, utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com Campos; Faria; Santos; (2010).

A literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais da AB possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causa por essas duas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (CAMPBELL ET al., 2003; DROUIN ET al., 2006; ONYSCO ET al., 2006; BONDS ET al., 2009).

Dentre os problemas enfrentados na ESF de Santa Bárbara na atenção a hipertensos, destaca-se a baixa adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Sabendo que o cumprimento correto dos tratamentos é uma das atividades essenciais para o adequado controle destas doenças, este trabalho tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção educativa com pacientes hipertensos da Equipe de Saúde da Família.

6.1. Primeiro passo: identificação dos problemas

- Alta prevalência de pacientes com dislipidemias
- Alto índice de pacientes com verminose
- Alta prevalência de HAS e suas complicações
- Alta prevalência de complicações de Diabetes Melitus
- Deficiente qualidade da água do consumo
- Elevado índice de Infecções Respiratórias Altas. (IRA)
- Insuficientes atividades de promoção de saúde em unidade básica
- Elevado índice de alcoolismo
- Aumento da incidência de mulheres com doenças infecciosas ginecológicas

6.2. Segundo passo: priorização dos problemas

No segundo passo foi realizada a priorização de problemas. Após a identificação, tornou-se necessária a seleção ou priorização daqueles problemas que seriam enfrentados, uma vez que, dificilmente, todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente, pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.). Como critérios para seleção dos problemas, a Equipe de Saúde da Família considerou: a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrenta-los conforme Campos; Faria e Santos, (2010).

QUADRO 2 - Priorização dos problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de pacientes com dislipidemias	Alta	6	parcial	4
Alto índice de pacientes com verminose	Alta	4	Parcial	6
Alta prevalência de HAS e suas complicações	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de complicações de Diabetes Melitus	Alta	7	parcial	2
Deficiente qualidade da água do consumo	Alta	6	parcial	7
Elevado índice de Infecções Respiratórias Altas	Alta	5	parcial	5
Insuficientes atividades de promoção de saúde em unidade básica	Alta	7	parcial	3
Elevado número de pessoas que consomem álcool	Alta	5	parcial	9
Aumento da incidência de mulheres com doenças infecciosas ginecológicas	Alta	4	parcial	8

Fonte: autoria própria

6.3. Terceiro passo: Descrição do problema

Alta prevalência de HAS e suas complicações torna-se um problema de saúde pública devido a sua importância na área adstrita do ESF Santa Bárbara. Tem-se como agravante a capacidade de enfrentamento restrita, porque nem todas as ações de prevenção e promoção podem ser feitas pela equipe de saúde sem apoio da Secretaria Municipal de Saúde e outros órgãos.

A Unidade Básica de Saúde Santa Bárbara, tem uma população de 2512 pessoas, 512 tem hipertensão arterial, que são acompanhados na unidade através do programa Hiperdia que é um sistema de cadastramento e acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos nas unidades ambulatoriais do SUS, foi estabelecida em Minas Gerais pela Resolução SES nº 2606, em 07 de dezembro de 2010, com o objetivo de formular ações voltadas para redução dos fatores de risco, melhorar a qualidade de vida e ampliar a longevidade da população por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade e qualificar os profissionais da rede pública de atenção à saúde para ofertar atenção integral aos usuários portadores das doenças citadas anteriormente (MARQUES, 2010). Em amostragem de 512 (100%) pacientes hipertensos de nossa população, 230 deles, (45 %) tinham sua doença sem controle.

6.4. Quarto passo: explicação do problema

O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas.

- Alta prevalência de pacientes portadores de HAS e suas complicações:
 - ✓ Nível individual
 - Hábitos e estilo de vidas
 - Má alimentação
 - Tabagismo
 - Uso abusivo de álcool
 - Sedentarismo
 - Uso abusivo de sal

- ✓ Nível social
 - Alta incidência de analfabetismo
 - Baixo nível de informação
- ✓ Nível programático
 - Organização dos serviços de saúde não responde adequadamente a demanda
 - UBS dispõe de pouca consulta por demanda espontânea
 - Falta de implantação de protocolo assistencial da hipertensão arterial
 - Falta de local apropriado para a realização de atividades físicas do grupo.
 - Número insuficiente de reuniões com o grupo operativo de hipertensos

O problema mais crítico que temos nesta comunidade é o controle não adequado de pressão arterial, porque as pessoas não cumprem as prescrições médicas tendo como consequência complicações graves para a saúde como, por exemplo, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência renal, insuficiência cardíaca e perda de visão secundária a por complicações por estas doenças.

6.5. Quinto passo: identificação dos nós críticos

No quinto passo foi necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. Ou seja, aquelas a serem priorizadas para se pensar um plano de intervenção. Para realizar essa análise, utilizamos o conceito de "nó crítico" proposto pelo Planejamento Estratégico Situacional.

"Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando "atacada", é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Os "nós críticos" trazem também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidade de ser viabilizado pelo ator que está planejando" (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 63).

- Baixa cobertura de acompanhamento aos pacientes com hipertensão arterial.
- Pouca adesão ao tratamento medicamentoso
- Inadequados hábitos e estilos de vida
- Insuficientes ações de saúde para evitar complicações.

6.6. Sexto passo

Neste passo foi realizado o desenho das operações, com o problema bem explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema e iniciando a elaboração do plano de ação.

QUADRO 3 – Desenhos das operações

NÓS CRÍTICOS	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Baixa cobertura de acompanhamento aos pacientes com hipertensão arterial.	Linha de cuidado Expandir a capacidade da equipe de saúde na busca ativa dos pacientes hipertensos.	Cobertura de 80% da população hipertensa acompanhada.	Linha de cuidado para acompanhamento dos pacientes hipertensos. Implementar protocolos. Recursos humanos capacitados.	Cognitivo: Capacitação dos integrantes de equipe sobre implementação das linhas de cuidado e protocolos. Organizacional: Organizar e planejar o agendamento dos pacientes hipertensos.

<p>Pouca adesão ao tratamento medicamentoso</p>	<p>Cuidar Melhor Conscientizar aos pacientes no uso contínuo do tratamento medicamentoso.</p>	<p>Cumprimento em 100% do tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos. Aumento do acompanhamento e monitoramento da ingestão dos medicamentos</p>	<p>Controle periódico da indicação médica e avaliação do receituário para hipertensos e renovação da mesma.</p>	<p>Financeiro: Aumento da oferta de medicamentos. Cognitivo: Implementação do projeto para pacientes promovendo cuidar melhor a saúde.</p>
<p>Inadequados hábitos e estilos de vida</p>	<p>+ Saúde Estimular a mudança de hábitos e estilos de vida</p>	<p>Diminuição em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de um ano. Aumento da adesão aos hábitos e estilos de vida saudáveis</p>	<p>Planificação de caminhada orientada pelo profissional. Campanha educativa na rádio local e na unidade básica de saúde.</p>	<p>Organizacional: Para organizar as caminhadas e planejar atividades físicas de para mudanças de estilos de vida saudáveis. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégia de comunicação. Político: conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: Aquisição de recursos</p>

				audiovisuais, folhetos educativos.
Insuficientes ações de saúde para evitar complicações	Saber + Aumentar o nível de informação dos pacientes para evitar as complicações	Pacientes mais informados sobre as complicações. Aumento da realização de atividades de promoção e prevenção de saúde.	Avaliação do nível de informação dos pacientes sobre as complicações. Criar grupos operativos, com pacientes que tem fatores risco. Programação na agenda atividades de promoção e prevenção de saúde.	Cognitiva: Conhecimento da equipe sobre o tema e sobre estratégia de comunicação das ações de saúde. Organizacional: Organização e planejamento das atividades de promoção e prevenção de saúde na agenda de trabalho.

Fonte: autoria própria

A prevenção e o controle da hipertensão arterial são ações prioritárias na Atenção Básica. Estão previstas: ações educativas e de apoio para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo) e prevenção de complicações (orientação nutricional; cessação do tabagismo e alcoolismo; controle de PA e das dislipidemias), diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, e encaminhamento de casos. Todas essas ações devem ser desenvolvidas na rede de atenção básica do SUS (BRASIL, 2012).

6.7. Análises da Viabilidade

Foi realizada a análises de viabilidade do plano. A ideia central que regue este passo – análise de viabilidade- é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos. Isto pode ser considerado por meio de ações estratégicas que buscam mobilizar, convencer, cooptar, ou mesmo pressionar certos atores para que mudem sua posição (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

QUADRO 4 - Análise da viabilidade do plano

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estraté gica
Linha de cuidado Expandir a capacidade da equipe de saúde na busca ativa dos pacientes hipertensos	Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais e panfletos educativos. Político: Apoio das instituições locais, rádio e imprensas.	Médico, enfermeira e ACS. Coordenador da Atenção Primaria à saúde.	Favorável	Não é neces- sária
Cuidar Melhor Conscientizar aos pacientes no uso contínuo do tratamento medicamentoso	Políticos: Aumentar os recursos para estruturar os serviços. Financeiros: Recursos necessários para o	Médico, enfermeira e ACS Secretário Municipal de Saúde.	Favorável	Aprese ntar projeto de estrutur ação da rede.

	equipamento da rede e para custeio de medicamentos.			
<p>+ Saúde</p> <p>Estimular a mudança de hábitos e estilos de vida</p>	<p>Financeiro: aquisição de recursos áudio visuais, folhetos educativos, folder, cartazes, etc.</p> <p>Político: conseguir o espaço na radio local.</p>	<p>Médico e enfermeira com o apoio da nutricionista Coordenador da atenção primaria à saúde.</p> <p>Secretário Municipal de Saúde.</p>	Favorável	Fazer grupos operativos com os pacientes de alto risco
<p>Saber +</p> <p>Aumentar o nível de informação dos pacientes para evitar as complicações</p>	<p>Político: Articulação entre os setores assistências da saúde</p> <p>Financeiro: aquisição de recursos áudio visuais, folhetos educativos, matérias didáticos, folder, cartazes, etc.</p>	<p>Médico, enfermeira, ACS e NASF.</p> <p>Coordenador da Atenção Primaria à saúde.</p> <p>Secretário Municipal de Saúde</p>	Favorável	Apresentar um projeto de promoção e prevenção de saúde na secretaria.

6.8. Identificações dos recursos críticos

“A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano sendo indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010,p.67).

QUADRO 5 – Identificação dos recursos críticos

Operação /projeto	Recursos Críticos
Linha de cuidado	<p>Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais e panfletos educativos.</p> <p>Político: Apoio das instituições locais, rádio e imprensas.</p>
Cuidar Melhor	<p>Políticos: Aumentar os recursos para estruturar os serviços.</p> <p>Financeiros:</p> <p>Recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio de medicamentos.</p>
+ Saúde	<p>Financeiro: aquisição de recursos áudio visuais folhetos educativos, folder, cartazes, etc.</p> <p>Político: conseguir o espaço na radio local.</p>

Saber +	<p>Político:</p> <p>Articulação entre os setores assistências da saúde</p> <p>Financeiro: aquisição de recursos áudio visuais folhetos educativos, matérias didáticos, folder, cartazes, etc.</p>
----------------	---

6.9. Plano Operativo

A principal finalidade de esse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. É importante garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

QUADRO 6 – Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Linha de cuidado	Cobertura de 80% da população hipertensa acompanhada.	<p>Linha de cuidado para acompanhamento dos pacientes hipertensos.</p> <p>Implementar protocolos.</p> <p>Recursos humanos capacitados.</p>	Não é necessária.	Naiara e Nuvia	Início em 3 meses e finalização em 12 meses.

<p>Cuidar Melhor</p>	<p>Cumprimento em 100% do tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos.</p> <p>Aumento do acompanhamento e monitoramento da ingestão dos medicamentos</p>	<p>Controle periódico da indicação médica e avaliação do receituário para hipertensos e renovação da mesma.</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede.</p>	<p>Naiara e Nuvia</p>	<p>Início em 4 meses e finalização em 8 meses.</p>
<p>+ Saúde</p>	<p>Diminuição em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de um ano.</p> <p>Aumento da adesão aos hábitos e estilos de vida saudáveis</p>	<p>Planificação de caminhada orientada pelo profissional.</p> <p>Campanha educativa na radio local e na unidade básica de saúde.</p>	<p>Fazer grupos operativos com os pacientes de alto risco</p>	<p>Dra. Felicia Nancy e os membros da equipe</p>	<p>Três meses para o início das atividades.</p>
<p>Saber +</p>	<p>Pacientes mais informados sobre as complicações.</p> <p>Aumento da realização de atividades de promoção e prevenção de</p>	<p>Avaliação do nível de informação dos pacientes sobre as complicações.</p> <p>Criar grupos operativos, com pacientes que</p>	<p>Apresentar um projeto de promoção e prevenção de saúde na secretaria.</p>	<p>Dra. Felicia Nancy e os membros da equipe</p>	<p>Início em 3 meses e término em 5 meses.</p> <p>Início em 3 meses e término em 12 meses.</p>

	saúde.	tem fatores risco. Programação na agenda atividades de promoção e prevenção de saúde.			Início em 6 meses; avaliações a cada semestre.
--	--------	--	--	--	---

Quadro 7 – Gestão do plano

Segundo MATUS (1989) a gestão do plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento. Funciona como um instrumento para, em determinados momentos, permitir o compartilhamento e/ ou negociação dos projetos elaborados. O plano nunca está acabado, mas tem que estar sempre pronto, para orientar a ação da equipe que planeja.

Operação: "linha de cuidado"

Coordenação: Nuvia

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Linha de cuidado	Linha de cuidado	Nuvia	12 meses	Estabelecimentos das ações da linha de cuidado	
	Protocolos	Nuvia	8 meses	Implementação dos protocolos	
	Recursos humanos capacitados	Naiara	8 meses	Programa de capacitação elaborada Capacitação com início para dois meses	

Operação: "Cuidar Melhor"**Coordenação: Nuvia**

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Cuidar Melhor	Medicação da rede	Nuvia	12 meses	Projeto elaborado	
	Contratação de compras de medicamentos	Nuvia	8 meses	Projeção de demanda estimativa de custos realizadas	

Operação: " + Saúde "**Coordenação: Felicia Nancy**

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
+ Saúde	Planificação de caminhada orientada	Naiara	3 meses	Programa implantado e implementado em todas as microáreas.	
	Campanha educativa na radio local e na unidade básica de saúde.	Felicia Nancy	3 meses	Programa implantado e implementado	

Operação: "Saber +"**Coordenação: Naiara**

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Saber +	Avaliação do nível de informação dos pacientes sobre as complicações	Felicia Nancy	5 meses	Projeto de avaliação elaborado	
	Criar grupos operativos, com pacientes que tem fatores risco.	Felicia Nancy	3 meses	Formação de grupos operativos de pacientes com fatores de risco.	
	Programação na agenda atividades de promoção e prevenção de saúde.	Naiara	6 meses	Programa implantado e implementado	

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção educativa com pacientes hipertensos da ESF Santa Bárbara do Município de Catuji / Minas Gerais. E pelos resultados apresentados nosso objetivo foi alcançado.

A hipertensão arterial é um tema relevante no contexto sanitário brasileiro e de todo o mundo. É de suma importância ter uma comunidade educada e sensibilizada para controlar a mesma, com uma problemática tão comum e que acomete tantas pessoas. Ao elaborar o plano de ação para acompanhamento dos pacientes com HAS, a equipe percebeu a importância de se fazer um diagnóstico situacional para conhecer os problemas da área de abrangência e identificar quais são passíveis de resolução e, qual a prioridade de cada problema no cotidiano. A utilização do Planejamento Estratégico Situacional para elaboração da proposta da intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com grandes probabilidades de serem resolutivas. Com isto, espera-se um acompanhamento mais efetivo dos portadores de hipertensão arterial sistêmica da área de abrangência.

9- REFERÊNCIAS

BONDS, D. E. et al. A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. **American Heart Journal**, Saint Louis, v. 157, n. 2, p. 278 – 284, feb. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento á demanda espontâneo: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n.28, v.2).

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ª ed. - Belo Horizonte: 2010.110p.

CAMPBELL, Norman R. C. et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **J. Hypertension**, USA, v. 21, n. 8, p. 1591 – 1597, aug. 2003.

CANAAN, f. A. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.87, n. 6, p. 728 – 734, dez. 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadísticas (IBGE) **Censo Populacional 2010**.. 29 de novembro de 2010.

DROUIN, Dennis M. D. Implementation of recommendations on hypertension: The Canadian Hypertension Education Program. **Canadian Journal of Cardiology**, Ontario, Canada, v. 22, n. 7, p. 595 – 599, may, 2006.

FANG, J. et al. Exercise and cardiovascular outcomes by hypertensive status: NHANES I epidemiological follow – up study, 1971 – 1992. **American journal of hypertension**, New York, v. 18, n. 6, p. 751 – 775, jun. 2005.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em ações de Saúde. Doença e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC- GHC**. Porto Alegre: {s.n.}, 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 10 Fev.2016 Versão 2.

KITHAS, P. A.; SUPIANO, M. A. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. **Vasc Health Risk Manag.**, [S.l.], v. 6, n. 9, p. 561-569, ago. 2010.

MARQUES, A.J.S. Resolução SES No 2606 de 7 de Dezembro de 2010, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, Dez 2010, 10p.

MATUS, C. In: RIVERA, F. J. U (Org.). Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. P. 105 – 109.

MCLISTER, F. A. **The Canadian Hypertension Educational Program**: a unique Canadian initiative. [S.l.]: Canadian Journal cardiology, 2006.

MIRANDA, R. D.; STRUFALDI, M. B. Tratamentos não medicamentosos: dieta DASH. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; FERNANDO, M. Hipertensão. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

NILSON, E. A. F. et al. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 34, n. 4, p. 287 – 292, out. 2012.

ONYSKO, Jay et al. Large Increase in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada after a healthcare professional education program. **Hypertension**, USA, v. 48, n. 5, p. 853 – 860, set. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doenças crônicas – degenerativas e obesidades**: estratégias mundial sobre alimentação, atividades físicas e saúde. Genebra: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônicas-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2003.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun.2011.

SHARMA, A. M. et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. **J. Hypertension**, USA, v. 22, n. 3, p. 479 – 486, mar. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.95, n 1,p.1- 51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Brazilian journal of Hypertension**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 4 – 64, 2010.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

