

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

JORGE LUIS PEREZ LEON

**ESTUDO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF DR. MARIO
MOREIRA NO MUNICÍPIO ITAMARANDIBA/ MG.**

DIAMANTINAS - MINAS GERAIS

2015

JORGE LUIS PEREZ LEON

**ESTUDO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF- DR. MARIO MOREIRA EM
ITAMARANDIBA/MG**

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

Orientador: Prof.^a Dr.^a Lúcia Aparecida Ferreira

DIAMANTINA – MINAS GERAIS

2015

JORGE LUIS PEREZ LEON

**ESTUDO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF- DR. MARIO MOREIRA EM
ITAMARANDIBA/MG**

Banca Examinadora:

Prof. Dr^a. Lúcia Aparecida Ferreira

Prof. Dr^a. Emiliane Silva Santiago

Aprovado em Belo Horizonte

Dedico este trabalho

A meus pais fonte de permanente apoio e dedicação

A minha esposa por seu carinho, apoio, compreensão e amor incondicional.

A meus filhos fonte de inspiração e razão de minha vida

Agradeço

A deus fonte de inspiração e sabedoria

A minha equipe pela colaboração e ajuda

A todos nossos familiares pelo incentivo e amizade

A minha orientadora Prof.Dra.Lúcia Aparecida Ferreira sim seu apoio paciência, conhecimentos e dedicação não seria possível à conclusão deste trabalho.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Classificação da pressão arterial em indivíduos maiores de 18 anos

QUADRO 2. Priorização do problema

QUADRO 3: Desenho de operações

QUADRO 4: Análise da Viabilidade

QUADRO 5 : Identificação dos recursos críticos

QUADRO 6 : Plano operativo

QUADRO 7 : Gestão do Plano

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CISAJE	Consortio Intermunicipal de Saúde do Alto de Jequitinhonha
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística
LILACS	Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção á saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Plano Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVO.....	19
Objetivo geral.....	19
Objetivo Especificos	19
3. JUSTIFICATIVA.....	20
4. METODOLOGIA.....	21
5. REVISÃO BIBLIOGRAFICA	23
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Identificação do problema	30
6.2 Priorização do problema	31
6.3 Descrição do problema selecionado	32
6.4 Explicação do problema	32
6.5 Seleção dos nos criticos	33
6.6 Desenho das operações para os criticos	33
6.7 A análise da viabilidade do plano	36
6.8 Identificação dos Recursos Criticos	39
6.9 Elaboração do plano operativo	39
6.10 Gestão do plano	41
7.RESULTADOS.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	46

RESUMO

A hipertensão Arterial Sistêmica é um dos grandes problemas de saúde pública no mundo, particularmente no Brasil, pela alta prevalência e por destacar-se como importante fator de risco cardiovascular. Aproximadamente 30 % da população adulta é hipertensa e se estima que depois dos 50 anos quase a metade das pessoas tem problemas com a pressão arterial. Fatores de risco tais como sedentarismo, ingestão excessiva de sal, alcoolismo, tabagismo e obesidade, entre outros, têm contribuídos para o aumento da prevalência dessa doença, levando a implicações médicas e sociais. O controle adequado e continuado da hipertensão previne complicações e a Atenção Básica direciona seu trabalho, por meio de atividades educativas e envolvimento das pessoas com fatores de risco para esta doença como participantes de seu bem-estar, ampliando a participação social no SUS. Na ESF Dr.Mario Moreira em Itamarandiba o alto índice de hipertensão foi identificado como um problema de saúde pelo número elevado de pessoas com esta doença crônica, apresentando-se entre uma das principais causas de óbito na região. O projeto teve como objetivo geral elaborar um plano de intervenção para diminuir o alto índice de Hipertensão Arterial neste município.

Palavras – chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Atenção Primaria de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is one of the major public health problems in the world, particularly in Brazil, by the high prevalence and stand out as an important cardiovascular risk factor. Approximately 30% of the adult population is hypertensive and it is estimated that after 50 years almost half of the people have problems with blood pressure. Risk factors such as physical inactivity, excessive salt intake, alcoholism, smoking and obesity, among others, have contributed to the increased prevalence of the disease, leading to medical and social implications. The proper control and continued hypertension prevents complications and the basic attention directs his work, through educational activities and involvement of people with risk factors for this disease as participants of their welfare, expanding social participation in SUS. In ESF Dr. Mario Moreira in Itamarandiba the high rate of hypertension was identified as a health problem by the high number of people with this chronic illness, reporting between one of the leading causes of death in the region. The project had as general objective to draw up a contingency plan to decrease the high rate of Hypertension in this municipality.

Keywords: Hypertension. Primary health attention. Unique system of health

1. INTRODUCAO

Itamarandiba é um município do estado de Minas Gerais, que se localiza no alto Vale do Jequitinhonha, sendo composto por 33.804 habitantes (IBGE, 2014) e reconhecido como um dos principais municípios da região, apesar de ficar a 406 km de Belo Horizonte. O relevo é marcado pelas grandes chapadas e pela Serra do Espinhaço - Reserva da Biosfera-UNESCO (IBGE, 2015). Seus municípios limítrofes são: Aricanduba, Carbonita, Capelinha, Senador Modestino Gonçalves, Veredinha, Rio Vermelho, São Sebastião do Maranhão, Coluna, Frei Lagonero, Felício dos Santos e São Pedro do Saçuí (IBGE, 2015).

A origem do município Itamarandiba se deve ao bandeirante Fernão Dias o "Governador das Esmeraldas" que aportou naquela região no século XVII, período do processo de expansão da América Portuguesa. Inicialmente conhecida como São João Batista, Itamarandiba, em 1840, foi elevada a distrito emancipando-se, finalmente em 1862. No município ainda há inscrições pré-históricas situadas no Sítio Arqueológico de Campos das Flores, no distrito de Penha de França. A etimologia da palavra é de origem indígena e significa "pedra miuda que rola juntamente com as outras" (IBGE, 2015).

O tricentenário Distrito de Penha de França, no passado pertenceu à comarca de Diamantina e foi fundado por franceses e alemães. Sua história está ligada ao trajeto de tropeiros e a exploração mineral. Localizado em meio a Serra do Espinhaço, reúne características do período colonial brasileiro, além de Cachoeiras, o Sítio Arqueológico de Campos das Flores-Sinais Rupestres, religiosidade e clima de montanha. O Distrito atrai pesquisadores de vários lugares do mundo em busca da variedade de espécies vegetais endêmicas. Uma das grandes figuras brasileiras que visitou o distrito foi o mártir da Inconfidência Mineira, Tiradentes, que se hospedou no distrito por 60 (sessenta) dias. (IBGE, 2015)

Itamarandiba possui o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,664 médios com um PIB R\$235,476 mil e PIB per capita de R\$7318,15. Pelo seu potencial desenvolvimento, vem sendo atrativo a novos investimentos é considerada âncora para os municípios vizinhos do Alto Jequitinhonha e Bacia do Rio Suaçuí (Vale do Rio

Doce). A economia se destaca pela crescente prestação de serviços públicos e comerciais, eucaliptocultura, agricultura familiar, agropecuária, e do principal rebanho bovino do Alto Jequitinhonha. (IBGE, 2015)

Quanto aos aspectos demográficos o município é habitado em sua maioria por uma população relativamente jovem, seguida de idosos, destacando-se a população feminina que é ligeiramente maior que a masculina. (ITAMARANDIBA, 2014)

Em relação ao sistema de saúde, no ano de 2014 os dados mostraram que aproximadamente 75% da população de Itamarandiba é usuária da assistência à saúde pelo SUS. Assim, são disponibilizados diferentes serviços pela secretaria municipal de saúde e está implantado o Conselho Municipal de saúde que faz o controle da execução das políticas de Saúde, e aplicação dos recursos financeiros para a saúde que advém do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN); PAB Fixo (Piso de Atenção Básica); Programa Saúde da Família (PSF); Epidemiologia Controle de Doenças; Ações Básicas de Vigilância Sanitária e uma porcentagem de recursos financeiros arrecadados pelo IPVA anual. (ITAMARANDIBA, 2014)

Atualmente no município as equipes se encontram completas, num total de 10 unidades de saúde distribuídas por todo o município, tanto nas áreas rurais como urbana. (ITAMARANDIBA, 2014)

Para completar a rede de cuidados prestados pelo SUS, foram integradas outras instituições como o Hospital municipal, o núcleo de atenção à saúde da família (NASF), CAPS além de 01 unidade de coordenação do SAMU. Outro fator facilitador do processo de trabalho é que estão disponível sistema de apoio ao diagnóstico como laboratórios clínicos e de imagem e farmácias particulares, porém nas unidades de saúde e na zona rural o usuário tem o serviço da farmácia municipal. (ITAMARANDIBA, 2014)

Como fator dificultador do processo de trabalho é que nem todas as unidades de saúde de Itamarandiba possuem sistema de informação informatizado, embora em todas existam computadores, existem dificuldades com a conexão em rede, pelo qual os dados acabam sendo transmitidos manualmente. Além disso, quando os pacientes que precisam tratamento especializado, são encaminhados para Belo Horizonte e/ou Diamantina, através da Secretaria de Saúde do Município que fornece o traslado, hospedagem, alimentação e acompanhamento por um profissional de saúde (enfermeiro), Ainda, se for necessário, ou de acordo com o grau de complexidade do problema, são fornecidos tratamentos fora do Estado de Minas Gerais.

Em Itamarandiba, as situações de adoecimento que não podem ser solucionados dentro do município são encaminhadas para especialistas em Diamantina através do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE), atendimento de Hemodiálise, CAPS Renascer e CAPS AD, além do Centro Especializado de Reabilitação que oferece atendimentos de equipe multidisciplinares onde vários usuários do Município são contemplados. Contamos ainda com os atendimentos pelo SUS na Clínica Diamantimagem, para Belo Horizonte através do SISREG, além de exames realizados em Clínicas e Hospitais. Algumas cirurgias são realizadas em diversos Hospitais de Belo Horizonte assim como o serviço de oncologia.

As contra referências não funcionam por que os especialistas muitas vezes não enviam os laudos dos pacientes tanto em consultas eletivas como de os pacientes internados. Já as consultas com especialistas são feitas no próprio município por 01 ginecologista, 01 ortopedista, 01 neurologista.

Para compor a análise situacional, foram observadas as principais causas de internação no território da equipe. Assim, as complicações mais comuns foram o diabetes, AVC, câncer, Pneumonia, e DPOC. Já as doenças agudas mais incidentes foram IVAS (Gripe, Amigdalite, Bronquite, Otite), Doenças diarreicas agudas e doenças crônicas descompensadas e alergias, sendo que a cefaleia, artrose, lombalgias e doenças mentais constituem motivo frequente de aumento da demanda espontânea.

O posto de saúde fica dentro da área de abrangência, o acesso a ela é difícil, pois, as estradas não são asfaltadas. Assim, a equipe de saúde realiza visitas domiciliares aos usuários adscritos semanalmente com apoio do transporte da secretaria de transportes da prefeitura de Itamarandiba.

O horário de assistência no posto de saúde é de segunda a sexta de 7:00 da manhã às 16:00, sendo que fora deste horário as urgências são atendidas no hospital da cidade.

O território da equipe Dr.Mario Moreira é extenso, somando 738 famílias e 2594 habitantes. O Nível de alfabetização dos usuários chega a aproximadamente 80%, a maioria das mulheres são donas de casa e 72 % da população em idade laboral não trabalha.

As condições de vida da comunidade são relativamente boas, praticamente 95% das moradias são adequadas em relação à higiene e conforto, sendo construídas com tijolo/adobe. A população em sua maioria utiliza água retirada de poço ou nascente e uma pequena quantidade através da rede publica. Relações de violência são raros e as pessoas convivem aparentemente em harmonia. Embora os registros de morte sejam consideravelmente pequenos, a equipe de saúde presta seu trabalho a vários pacientes na fase final de sua doença onde se destacam os cânceres de colo de útero e próstata.

Dos 2594 usuários cadastrados, 1210 é a população feminina e 1384 masculinos. Nos registros da equipe, 419 pacientes são hipertensos, 52 diabéticos, 16 estão gestantes e 05 pacientes menores de 1 ano.

A cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 94%.

Para este trabalho, a equipe de saúde é composta por 01 enfermeira, 04 técnicas de enfermagem que trabalham nas demais equipes em conjunto (01 PSF Dr.Mario Moreira, 01PS Serra dos Martins, 01PS Várzea, 01 PS Salgadinho), 01 médico, 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal e 08 agentes comunitários de saúde. Estes profissionais trabalham conforme o quadro de horários abaixo:

Recursos Humanos no posto de saúde		
Profissão	Horário de trabalho	Total
Medico clinico geral	8-12/13-16h	01
Enfermeiro	8-12/13-16h	01
Dentista	7-12/13-16h	01
Auxiliar/Técnico em enfermagem	8-12/13-16h	04
ACS	8-12/13-16h	08
ASB	8-12/13-16h	01

A unidade de saúde Dr.Mario Moreira é composta de 01 recepção com área de espera e banheiros; salas de recepção, vacinação, 01 consultório médico com banheiro e 01 de enfermagem, sala de curativos e de nebulização, esterilização e 01consultório odontológico com banheiro. Além disso, existem banheiros para os profissionais do posto e para pacientes e uma copa para a preparação de alimentos.

Observando a comunidade Penha de França onde fica a equipe de saúde existem alguns recursos sociais como 05 escolas, sendo que uma delas é de ensino médio, 11 igrejas entre católicas, evangélicas, comércios variados, mercearias e 03 açougues. A comunidade recebe luz elétrica nas residências aos 100 %, 01 oficina de correio, 01asilio que funciona com recurso financeiro particular que favorece aos idosos da comunidade e 01 cartório. A comunidade Penha de França fica distante da cidade, por isso não tem acesso a agencia de Banco do Brasil e Caixa Federal, assim a população tem que viajar a cidade sempre que necessário.

A morbidade da ESF Dr.Mario Moreira esta relacionada com a prevalência de pacientes hipertensos e diabéticos, como principais doenças crônicas. Em um número menor deles são verificadas sequelas por Acidente vascular encefálico, neuropatias e outras incapacidades. Doenças psiquiátricas, especialmente ansiedade, depressão e stress estão intimamente ligados ao uso de drogas psicotrópicas.

A visão preventiva e a responsabilidade individual na saúde deixam amplo espaço para a ação de sua promoção e desenvolvimento na área. A demanda espontânea é atualmente a maior frequência de consulta.

Por meio do diagnóstico situacional foi verificado um número elevado de pacientes hipertensos na área de abrangência. O número total de pacientes cadastrados pela equipe foi de 2.577 pessoas. Foram encontrados 429 hipertensos no território de área de abrangência do ESF Dr. Mario Moreira. Dessa maneira, e considerando as morbidades associadas a essa condição, torna-se necessário à elaboração de um projeto de intervenção com vista a reduzir o percentual de hipertensos em nossa área para lograr modificação nos estilos de vida dos pacientes e elevar os conhecimentos sobre os aspectos mais importantes de sua doença para lograr um melhor controle e qualidade de vida.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez. A Hipertensão Arterial provavelmente está envolvida em 50 % das mortes causadas por doença cardiovascular. O controle da pressão arterial é crítico para a prevenção da lesão a órgãos induzida pela hipertensão, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja subdiagnosticada e, conseqüentemente, sub-tratada, apesar de sua alta prevalência (CIPULLO et al., 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Hipertensão Arterial é a principal causa de morte no mundo, com uma prevalência média de 25% com um total de mil milhões de hipertensos, um número que vai aumentar em 20 anos em mais de 50%. Atualmente, 691 milhões de pessoas sofrem de pressão alta no mundo. Dos 15 milhões de mortes por doenças cardiovasculares, 7,2 milhões são de doenças circulatórias do coração e 4,6 milhões, doença vascular cerebral. A Hipertensão Arterial está presente em quase todas essas patologias (BRASIL, 2006; ZARATE. H, 2010).

A HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequência graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) além de ser considerado um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce (CARVALHO et al.,2013).

Para diagnosticar a hipertensão arterial é necessário medir as cifras tensionais. A medida da pressão arterial foi realizada por primeira vez no século XIX. A hipertensão arterial foi clinicamente valorizada com o aparecimento dos primeiros aparelhos de medida, no início do século, inventados pelo italiano RivaRocci, em 1896, em Turim. Os aparelhos que vieram para o Brasil provinham da França e eram do tipo Pachon. Em 1905 o russo Korotkoff desenvolveu o método auscultatório de medida indireta da pressão arterial, através do esfigmomanômetro. (NOBRE 2010).

A hipertensão arterial é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular. Por definição, a pressão alta caracteriza-se por uma pressão do sangue maior ou igual a 140/90 mmHg ou, 14 por 9 (ÁVILA, 2010).

O tratamento da HAS baseia-se em medidas não farmacológicas e farmacológicas. As medidas não farmacológicas estão relacionadas diretamente com o estilo de vida dos pacientes (BORTOLOTTI. 2004).

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional. A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico–enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional(ANDERSON,2005).

Considerando que na comunidade Penha de França observa-se, no dia-a-dia de trabalho, que existem muito hipertensos e grande parte com PA descontrolada, e que muitos pacientes têm hábitos de vida inadequados, fazem abandono do tratamento, têm desconhecimento de sua doença causando-lhe multiplex complicações que pouco contribuem para sua saúde, justifica a realização deste trabalho que visa programar ações que revertam esta situação, o qual é de fundamental importância. A equipe de saúde não pode ficar de braços fechados diante do quantitativo de hipertensos existentes na área de abrangência da Unidade, e os que estão se diagnosticando a cada dia; os quais terão a chance, com a execução de um projeto de intervenção de minimizar as possíveis complicações decorrentes da HAS.

2- OBJETIVOS

Objetivos Gerais.

Elaborar um projeto de intervenção para a equipe de Saúde Dr.Mario Moreira diminuir a incidência de hipertensão arterial no município Itamarandiba/MG.

Objetivos Específicos

- Descrever a hipertensão como problema de saúde.
- Identificar os principais fatores de risco da Hipertensão Arterial na ESF Dr.Mario Moreira.
- Identificar os pacientes com Hipertensão Arterial na ESF Dr.Mario Moreira.

3- JUSTIFICATIVA

Considerada como principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a HAS atinge prevalências alarmantes em todo o mundo. A morbidade e mortalidade das doenças do aparelho circulatório ocupam primeiro lugar nos levantamentos nacionais e internacionais, impactando numa maior ocupação dos leitos hospitalares e, conseqüentemente, maiores gastos com a saúde (NAKAMOTO, 2012).

A HAS é considerada como a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para complicações mais comuns como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

Justifica-se a escolha do tema deste trabalho, pelo número significativo de usuários diagnosticados com hipertensão no território da equipe Dr. Mario Moreira no município Itamarandiba/MG. Durante a realização da análise situacional, foi feita a observação ativa da área de abrangência da equipe, sendo possível perceber o estreito contato dos hipertensos com os fatores de risco estimuladores da doença. Assim, após a análise da viabilidade e governabilidade da equipe sobre o problema, foi possível propor medidas educativas a fim de conscientizar e orientar melhor a população visando a melhor qualidade de vida dos usuários, através do serviço prestado pela equipe e propor um projeto de intervenção que ajude a diminuir o índice deste problema de saúde para contribuir positivamente na saúde através de mudanças nos hábitos e estilos de vida da população.

4- METODOLOGIA

A proposta deste trabalho é um plano de intervenção realizado no território da equipe Dr.Mario Moreira em Itamarandiba /MG. O método escolhido foi o do Planejamento Estratégico Situacional (PES) discutido no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde oferecidas pelo CEESF/NESCON. Além disso, o mesmo será associado a uma revisão narrativa da literatura, e a elaboração do plano de ação subsidiando as intervenções planejadas a fim de somar melhorias na qualidade de vida dos usuários. O estudo foi realizado no ano 2015, fazendo uma análise do diagnóstico situacional para avaliar o comportamento da Hipertensão arterial nos últimos dez anos cujo foco é na população adstrita na unidade básica de saúde Dr.Mario Moreira, localizada no município Itamarandiba/MG. Para isto, foi realizada a análise situacional reconhecimento do território e observação ativa incluindo os principais problemas enfrentados pela equipe que proporcionara um melhor embasamento para a proposta de intervenção (CORRÉA, E.J. VASCONCELOS, M. SOUZA, M.S.L. 2013).

Para elaboração da proposta do plano de ação para o acompanhamento nas ações de saúde para a diminuição da HAS no ESF Dr.Mario Moreira, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Primeiramente, foi executado o diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde.

Para a busca na literatura foram utilizados os unitermos: Hipertensão Arterial equipe de saúde.

Foram avaliadas as publicações dos últimos 10 anos, em português, obtidas através da busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO), e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Foram desconsideradas da análise as publicações sem correlação com tema proposto ou que não eram passíveis de obtenção na íntegra (critérios de exclusão).

Com a aplicação da metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde foi conformada uma Proposta de Intervenção (CAMPOS, F.C.C. FARIA H.P. SANTOS, M.A. 2010).

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

- Definição do problema
- Priorização do problema
- Descrição do problema
- Seleção dos nós críticos
- Desenhos das operações
- Identificação dos recursos críticos de uma operação
- Análise de viabilidade do plano
- Elaboração do plano operativo
- Gestão de plano (CAMPOS, F.C.C. FARIA H.P. SANTOS, M.A.2010).

É muito importante para o êxito de uma intervenção ter segurança da capacitação da equipe executora, assim como a seleção do grupo que vai participar da mesma (assessoramento dos facilitadores, disponibilidade e reordenamento dos recursos básicos da estratégia de intervenção, critérios de inclusão dos participantes).

Para a construção dessa intervenção foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros, onde textos e artigos foram selecionados de acordo sua relevância e aplicabilidade.

Os descritores que foram utilizados na construção deste trabalho são: Hipertensão Arterial. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

5. REVISÃO DE LITERATURA.

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

A principal relevância da identificação e controle da hipertensão reside na redução das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável pelo menos por 40% das mortes por acidente vascular, por 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com o Diabetes Mellitus, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (Brasil 2006 a). A partir de inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos, chegou-se a uma taxa de prevalência da hipertensão arterial sistêmica acima de 30% , segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBC; SBH, 2010).

A Hipertensão Arterial é considerada tanto uma condição e um fator de risco, aparecendo como um grande desafio para a saúde, sendo a doença cardiovascular a principal causa de morte no Brasil (GUZMÁN, J. 2006).

A Hipertensão Arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial frequentemente associado com alterações funcionais e/ou anormalidades estruturais de órgãos como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de problemas cardiovascular fatal e não fatais. A medida da P.A. deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais de saúde. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, sem condições ideais, em pelo menos, três ocasiões (SBC, SBH, SBN, 2010).

Tabela 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos.

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Observação: Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

*Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC, SBH, SBN, 2010).

Os procedimentos de medida da pressão arterial são simples e de fácil realização. É necessário haver o preparo adequado do paciente, uso de técnica padronizada e de equipamentos calibrados. Muitos estudos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SBC, SBH, SBN, 2010).

Por ser geralmente assintomático, seus diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados e a adesão ao tratamento é menor que a esperada, o que determina um controle muito baixo da Hipertensão Arterial Sistêmica em todo o mundo (BRASIL, 2006a). Na Região das Américas, a mortalidade relacionada com a Hipertensão está entre as 10 principais causas de morte em homens e mulheres (OMS, 2010). As doenças não transmissíveis são a principal causa de doença e morte prematura evitável. Na Região das Américas o forte aumento no custo do tratamento prejudica o indivíduo e o bem estar da família e ameaça impedir o desenvolvimento social e econômico (FERREIRA, SANDRA R. G, et al., 2009).

A OPAS/OMS busca intensificar e desenvolver estratégias e ferramentas para facilitar o desenvolvimento das atividades de detecção precoce ampliando o nível de conhecimento da população sobre os fatores de risco e os impactos causados pela hipertensão, e as implicações que seu controle e prevenção representam para a saúde pública (OMS, 2006). No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros, 36% dos homens adultos e 30% das mulheres e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, incluindo acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio representando as duas maiores causas de morte nos pais (LÓPEZ, J, RODRÍGUEZ, M., MUNGGIA, J. 2009).

A Hipertensão é chamada de assassino silencioso, pois muitos pacientes não apresentam sintomas da doença, tornando-se difícil estabelecer um diagnóstico, sendo que, muitas vezes, o diagnóstico ocorre pela complicação (PIERIN, ANGELA M.G. et al.,2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, deve-se considerar no diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvos e as co-morbidades associadas (BRASIL, 2006). Conhecer o risco coronário dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica pode auxiliar no planejamento e na avaliação das ações de saúde, melhor direcionando os planos de cuidados a esses portadores e melhor definindo os intervalos de vigilância e a intensificação das ações de saúde (SILVA, CADE, MOLINA, 2012).

A hipertensão Arterial é um fator de risco para a doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência renal crônica e doença vascular das extremidades. Mas existem múltiplas condições de risco que condicionam a aparição da hipertensão arterial dependendo dos grupos populacionais, são elas: Gênero e Etnia ,Excesso de peso e Obesidade, ingestão de sal ,ingestão de álcool ,sedentarismo ,fatores socioeconômicos (educação ,baixa renda ,dificuldades de acesso aos serviços de saúde ,diferenças dietéticas, estresse), genética e outros fatores de risco cardiovascular como diabetes, alterações do colesterol (MARTINS ,2010)

A obesidade e o excesso de peso são fatores de risco para hipertensão, estima-se que 60% dos pacientes hipertensos têm mais de 20% de sobrepeso. A prevalência de hipertensão foi observada em relação à ingestão de Na CL e baixo teor de cálcio e potássio na dieta que pode contribuir para o risco de hipertensão arterial, fatores ambientais, como o consumo de álcool, estresse psicoemocional e baixos níveis de atividade física também podem contribuir para a hipertensão (FAUCI, ANTHONY S, et al.,2008). A população brasileira teve uma mudança de perfil em relação ao estilo de vida, tais como hábitos alimentares, aumento progressivo do sobrepeso e da obesidade, juntamente com a baixa adesão a realização de atividade física, o que contribui para este projeto (JARDIM, PAULO CÉSAR B. VEIGA, 2007).

As intervenções sobre a população que não apresenta doenças, mas com fatores de risco para adoecer, precisam ser dirigidas a dar suporte e apoio as mudanças de estilo de vida e das “escolhas” determinadas socialmente. Podem ser estruturadas a populações ou indivíduo a partir da estratificação de risco, para que a rede de serviços da Saúde e dos outros setores possa ofertar a atenção correta às distintas necessidades das pessoas, com custo-efetividade e qualidade assistencial. Essas medidas precisam ser efetivas, seguras e aceitas pelos indivíduos, e seu custo deve ser possível tanto para os serviços de Saúde como para as pessoas (ROSE, 2010).

O número temático da revista *The Lancet* sobre a Saúde no Brasil apresenta, em seu capítulo sobre doenças crônicas não transmissíveis, o enorme desafio para o controle dessas doenças e seus fatores de risco. Às doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, renais, diabetes e cânceres são atribuídos cerca de 70% dos óbitos em 2007 (SCHMIDT et al.,2011).

Os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) tem quatro fatores de risco em comum (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool). No Brasil, esses fatores de risco são monitorados por meio de diferentes inquéritos de Saúde, com destaque para monitoramento realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (BRASIL, 2011).

O tabagismo é considerado um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares e a maior causa de doença coronariana, tanto em homens quanto em mulheres, assim como já está bem estabelecida a sua correlação com a doença cerebrovascular (FERREIRA et al., 2009). Além disso, o tabagismo é o mais importante

fator de risco para a doença arterial periférica, e até o fumo passivo já foi identificado como fator notável para a doença coronária (LION, 2009). Estudos mostram aumento de até 20 mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado (FERREIRA et al., 2009; CHOBANIAN, 2003). O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronária em 35% e 40% (FERREIRA et al., 2009).

Em pessoas que já apresentam HAS, o consumo excessivo de álcool pode dificultar o controle da doença. A diminuição do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial em 3,3mmHg (IC95%:2,5-4,1mmHg) para pressão sistólica e 2,0 mmHg (IC95%: 1,5-2,6 mmHg) para diastólica (NICE,2011; XIN et al.,2001). Pessoas com doenças crônicas, incluindo o diabetes, podem tomar álcool com moderação como parte de um estilo de vida saudável. O consumo deve ser dentro dos limites estabelecidos para pessoas sem doença, ou seja, menos de 210g/semana para homens e menos de 140g/semana para mulheres (HOWARD, ARNSTEN, GOUREVITCH, 2004).

O abuso de álcool pode trazer prejuízos aos tratamentos das doenças crônicas. Além dos efeitos da bebida em si, usuários que abusam de álcool costumam ter dificuldade para uso regular das medicações, fato estimulado pela crença de que após o consumo de álcool não se deve fazer uso delas. Importante ressaltar que episódios de consumo excessivo podem levar a descompensações agudas das doenças crônicas, sendo fundamental avaliar nesses casos a pressão arterial e a glicemia desses usuários, pois podem ocorrer alterações significativas que necessitam de intervenções clínicas. Estratégias de prevenção e controle do uso excessivo do álcool podem ser desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica (MENDES, 2012).

O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela morbidade e pela alta prevalência das doenças crônicas. Entre os aspectos associados estão principalmente, os hábitos e as atitudes que contribuem para o aumento do sobrepeso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral, alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes associados ao padrão alimentar baseado em alimentos industrializados (BRASIL, 2001; CANAAN et al., 2006).

A alimentação está relacionada diretamente a alguns fatores que interferem na prevenção e/ou controle das doenças crônicas e seus agravos. São eles: excesso de peso, dislipidemia, mau controle glicêmico e padrão alimentar com consumo excessivo de gordura saturada e pouca ingestão de frutas e vegetais (BRASIL, 2001; OMS, 2003). Dessa forma, a orientação nutricional é útil na prevenção para o retardo das complicações associadas às condições crônicas, integrando o conjunto de medidas de autocuidado e educação em Saúde (BUSE et al.,2007; SANTOS et al.,2009; SBD,2005). As modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso para o controle glicêmico e redução do risco das doenças cardiovasculares (COPPELL et al., 2010).

A orientação sobre alimentação saudável precisa compor o conjunto de ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos dessas doenças, em especial no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2001; OMS, 2003; BRASIL, 2009; BRASIL, 2012).

As mudanças no estilo de vida trouxeram modificações no perfil epidemiológico da população, no qual as doenças crônicas passaram a estar entre as principais causas de morte. Os níveis de sedentarismo vêm crescendo em muitos países, trazendo um impacto na prevalência de doenças e agravos não transmissíveis e no estado geral de saúde da população mundial. Pessoas com níveis insuficientes de atividade física possuem de 20% a 30% maior risco de morte por qualquer causa, contabilizando um total de mortalidade próximo a 3,2 milhões a cada ano. Os inativos ou sedentários possuem ainda risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. O sedentarismo é estimado como a principal causa de 21% a 25% de câncer de mama e de colo uterino, 27% de diabetes e 30% de doenças isquêmicas do coração (OMS, 2010).

Nesse sentido, a atividade física regular está associada à diminuição do risco de desenvolver condições crônicas como diabetes, hipertensão arterial, câncer do colo e retal (MENDES, 2012). Com isso, a adoção de um estilo de vida ativo, com hábitos mais saudáveis, é considerada prevenção primária para as doenças crônicas e contribui para o controle de diversas doenças.

O desafio do controle da Hipertensão Arterial Sistêmica é da Atenção Básica, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que conta com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho inclui vínculo com a comunidade, favorecendo as ações de prevenção e promoção de saúde. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e, dessa forma, possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de mudanças no estilo de vida (OLIVEIRA et al.,2013).

|

|

|

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

Diante as dificuldades apontadas pelos hipertensos, pelo o seguimento do tratamento e as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde de família para reduzir a incidência da hipertensão arterial e as complicações acarretadas na saúde dos pacientes, varias ideias foram postas para desenvolvimento desse projeto.

6.1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Após realização e análise do diagnóstico da saúde foi feita sua discussão para a identificação dos principais problemas de saúde da comunidade. Assim foram identificados cinco problemas considerados fundamentais:

- Prevalência elevada de Hipertensão Arterial com fatores do risco associados e com tratamento não farmacológicos irregulares e sem controle adequado.
- Alta incidência de verminose em nossa área de abrangência.
- Elevado numero de fumantes.
- Elevado consumo de álcool.
- Presencia de fatores ambientais (poeira) que favorecem a aparição de doenças respiratórias.

Por sua importância e capacidade de enfrentamento da equipe foi considerada a prevalência de HAS como problema de saúde prioritário.

6.2. PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA

Uma vez que os problemas foram levantados na etapa anterior, foi necessário prioriza-los, conforme o quadro abaixo.

QUADRO 2 – Priorização dos problemas segundo levantamento de necessidades realizado na ESF Dr.Mario Moreira, Itamarandiba, 2015.

PROBLEMAS	Importância			Urgência		Viabilidade		Enfrentamento			Recursos			Total
	B	A	M	SI	NO	SI	NO	A	M	B	A	M	B	
1. Elevado numero de pacientes hipertensos com fatores do risco associados .	3	-	-	2	-	2	-	3	-	-	3	-	-	13
2. Alta incidência de verminose em nossa área de abrangência.	3	-	-	2	-	2	-	3	-	-		2	-	12
3 .Elevado numero de fumantes	3	-	-	2	-	-	1	-		1	-	-	1	8
4. Elevado consumo de álcool.	3	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	1	8
5. Presencia de fatores ambientais (poeira) que favorecem a aparição de doenças respiratórias	3	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	-	7

6.3. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Quando a doença é diagnosticada o paciente deve ter alguns cuidados como: hábitos de vida saudáveis, praticar atividade física regularmente, evitar tabagismo, diminuir o consumo de sal, evitar sobrepeso e obesidade e assistir a consulta regularmente.

A pressão arterial é considerada normal quando a pressão sistólica não ultrapassa 130 mmHg e a diastólica é inferior a 85 mmHg.

Na maioria das vezes, a pressão alta tem uma herança genética, também pode ser desencadeada por hábitos de vida pouco saudáveis como; obesidade, ingestão de sal ou bebidas alcoólicas e inatividade física.

É uma doença crônica que não tem cura, mais pode ser controlado para evitar as complicações, o tratamento continuo pode melhorar a qualidade de vida do paciente.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa grave problema de saúde no Brasil, não só pela elevada prevalência cerca de 20% da população adulta, como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento.

6.4. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Ambientes políticos, culturais, ambientais e socioeconômicos contribuem para hábitos e estilos de vida inadequados. Os costumes do Brasil, sobretudo alimentares como os verificados entre os mineiros e também os estilos de vida que dependem da região, nível social, costumes, pressão social, nível educacional e de informação, também podem ser considerados inadequados. Em nossa população detectamos pouco conhecimento da doença e de seu tratamento não farmacológico, inadequados hábitos alimentares que constitui risco cardiovascular, cultura sanitária baixa sobre esses fatores de risco e pouca atenção pela equipe da ferramenta, mas importante que é a educação sanitária.

6.5. IDENTIFICAÇÃO DO NÓS CRÍTICOS

“ No crítico é um tipo de causa que , ao ser combatida ,é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Traz também a ideia de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, que esta dentro do espaço de governabilidade do interventor (CAMPOS, F.C.C. FARIA H.P. SANTOS, M.A.2010).

Depois da análise com a equipe podemos dizer que os nos críticos deste problema priorizado se associam a as seguintes condições

1. Hábitos e estilos de vida inadequados.
2. Baixo nível de informação
3. Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema

6.6. DESENHO DAS OPERAÇÕES PARA OS “NÓS” CRÍTICOS DO PROBLEMA

Quadro 3– Desenhos das operações para resolução dos nós críticos do problema da elevada prevalência de hipertensos na ESF Dr.Mario Moreira, Itamarandiba/MG, 2015.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Vida Nova. - Estimular e explicar a importância da mudança de hábitos e estilos de vida saudáveis	- Adesão a hábitos de alimentação mais saudáveis e redução do tabagismo, alcoolismo e pratica de exercícios físicos.	- Pacientes mais ativos realizando atividade física na quadra de Penha de França. - Realização de caminhada - Orientação	<u>Financeiros</u> Recursos audiovisuais, folhetos educativos, didático, folhetos, folder, cartazes. <u>Politico</u> Mobilização social e conseguir espaço

			<p>e informação nos grupos de hipertensos -Programa de palestras, programa campanha na radio local sobre hábitos saudável.</p>	<p>na radio local.</p> <p><u>Organizacional:</u> Programar caminhadas, atividades físicas.</p> <p><u>Cognitivo:</u> Necessária para transmissão das informações, divulgação na radio e nas atividades físicas e caminhadas sobre como modificar etilos de vida.</p> <p><u>Econômico</u> _Recursos financeiros para aquisição de folhetos explicativos, recursos audiovisuais, material e uniforme para atividade física e caminhada.</p>
Nível de informação baixo.	Saber Mais. Aumentar o nível de informação da população sobre a	População mais consciente e informada	- Pacientes mais comprometidos e	<u>Cognitivo.</u> – - Capacitação da equipe executora - Conhecimento

	doença e os riscos de H.A. S.	sobre a doença riscos, causas e consequências de H.A. S.	responsáveis -Avaliação do nível de informação da população de riscos - Campanha Educativa na radio local. Capacitação dos agentes de saúde	Sobre estratégias de comunicação e Pedagógicas <u>Político</u> - Conseguir espaço na radio local. - Mobilização social. <u>Organizacionais</u> - Cronograma da estratégia, recursos básicos, agenda de trabalho. <u>Financeiros</u> - Aquisição de recursos audiovisuais, Material educativo, didático, folder, folhetos, cartazes etc.
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema	Linha de Cuidado. - Aumentar as ações de saúde para fazer busca ativa de pacientes hipertensos. -Organizar a	- Agenda organizada. - Satisfação dos pacientes pelo atendimento programado.	- Avaliação de maior número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez	<u>Cognitiva</u> - Capacitação da equipe executora - Conhecimento Sobre estratégias de comunicação e Pedagógicas

	<p>agenda de trabalho para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.</p>	<p>- Melhor assistência ao paciente hipertenso</p>	<p>mais as atividades de promoção e prevenção.</p>	<p><u>Político</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseguir espaço na radio local. - Mobilização social. <p><u>Organizacional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Organização da agenda de trabalho para realizar capacitação. <p><u>Financeiros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> _ Aquisição de recursos audiovisuais, Material educativo, didático, folder, folhetos, cartazes etc.
--	--	--	--	--

Fonte: Autoria própria

6.7. ANÁLISES DA VIABILIDADE

No planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano, quais recursos cada um desses atores controla, qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o

ator que controla os recursos críticos (CAMPOS, F.C.C. FARIA H.P. SANTOS, M.A.2010).

O quadro busca descrever as ações necessárias para a execução do plano operativo, os atores responsáveis e ações estratégicas.

Quadro 4 - Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários á execução do plano de ação para o enfrentamento do problema de elevada prevalência de hipertensos na ESF Dr.Mario Moreira, Itamarandiba/MG, 2015.

Operações/projeto	Recursos críticos	Controles de recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Vida Nova Estimular e explicar a importância da mudança de hábitos e estilos de vida saudáveis.</p>	<p><u>Político.</u> Mobilização Inter-setorial e conseguir espaço na rádio. <u>Econômicos</u> Aquisição de folhetos explicativos, recursos audiovisuais, material e uniforme para atividade física e caminhada.</p>	<p>Secretário de saúde. Proprietário da rádio. Coordenadora da Educação em saúde</p>	<p>Favorável Favorável Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>
<p>Saber mais de HAS Fomentar o conhecimento sobre</p>	<p>Político: Conseguir espaços na rádio, imprensa para</p>	<p>Setor de Comunicação social. Secretaria</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>

a doença e os riscos da H.A. S.	debates do tema sobre HAS. <u>Financeiros</u> Adquisição de recursos para equipamento Material: audiovisuais, folhetos educativos, folder, cartazes etc.	Municipal de Saúde.	Favorável	
<p>Linha de Cuidado.</p> <p>- Aumentar as ações de saúde para fazer busca ativa de pacientes com hipertensão.</p> <p>-Organizar a agenda de trabalho para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.</p>	<p><u>Financeiros</u></p> <p>_ Aquisição de recursos audiovisuais, Material educativo, didático, folder, folhetos, cartazes etc.</p> <p><u>Político</u></p> <p>- Conseguir espaço na radio local.</p> <p>- Mobilização Inter-setorial.</p>	<p>Secretario de saúde</p> <p>Proprietário da rádio.</p> <p>Coordenadora da Educação em saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentação do projeto</p>

Fonte: Aatoria própria

6.8. IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Essa etapa busca identificar os recursos críticos que são aqueles indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para viabilizá-los. No quadro 5 foram identificados pela equipe os recursos críticos de cada operação.

Quadro 5 – Identificação dos recursos críticos

Operações	Recursos Críticos
Saiba mais de HAS	Político – mobilização social e Inter-setorial, conseguir espaço na rádio. Económico – recurso necessário para aquisição de folhetos educativos.
Vida nova	Económico – Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, folder, educativos, cartazes, materiais didáticos.
Linha de cuidado	Político – mobilização social e Inter-setorial, conseguir espaço na rádio. Económico – recursos necessários para aquisição de folhetos

Fonte: Autoria própria

6.9. PLANO OPERATIVO

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação /projeto, é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS, F.C.C. FARIA H.P. SANTOS, M.A. 2010).

Quadro 6 – Plano operativo para enfrentamento do problema da elevada prevalência de hipertensos da ESF Dr.Mario Moreira, Itamarandiba, MG, 2015.

Projeto	Resultados esperados	Produtos	Estratégias	Responsável	Prazo
Saiba mais de HAS	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da Hipertensão Arterial.	Avaliação do nível de conhecimentos dos participantes em tema de HAS. Campanhas de promoção e prevenção da HAS Palestras falatórios por radio locais Informação em imprensa de os temas da intervenção,	Não é necessária	Medico e enfermeira da ESF	Inicio em 2 meses com avaliações cada semestre.
Vida Nova	Melhores hábitos de alimentação e Redução do tabagismo, alcoolismo e sedentarismo.	-Realizações de atividades físicas na quadra de Penha de França - Realização de caminhada. Orientação e informação	Não é necessária	Médico e enfermeira da ESF , Nutricionista NASF. Coordenador de ABS	Inicio em 2 meses com avaliações cada semestre

		nos grupos de hipertensos Campanha educativa na rádio local e através de folhetos explicativos			
Linha de cuidado.	Agenda organizada e aumentar a satisfação dos pacientes pelo atendimento programado.	Avaliar o maior número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção e promoção.	Apresentar o projeto	Equipe de saúde da família,	Apresentar projeto em 1 mês, Começar atividades em 3 meses

Fonte: Aatoria própria

6.10. GESTAO DO PLANO

Na efetivação de um plano de ação em saúde é sempre necessária a preparação de um modelo de avaliação e monitoramento. Assim os objetivos, resultados e impactos definidos serão acompanhados e orientados para permitir uma resposta satisfatória, utilizando os recursos disponíveis de maneira racional, evitando o fracasso e o gasto desnecessário.

Quadro 7 – Gestão do plano para enfrentamento do problema da elevada prevalência de hipertensos da ESF Dr.Mario Moreira, Itamarandiba, MG, 2015.

Operação / Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Saiba mais de HAS	<p>Avaliação do nível de conhecimentos dos participantes em tema de HAS.</p> <p>Campanhas de promoção e prevenção da HAS</p> <p>Palestras falatórios por radio locais</p> <p>Informação em imprensa de os temas da intervenção</p>	Equipe de Saúde da família	Início em 2 meses com avaliações cada semestre.			
Vida Nova	-Realizações de atividades físicas na quadra de Penha de França - Realização	Médico e enfermeira da ESF, Nutricionista NASF. Coordenado	Início em 2 meses com avaliações cada semestre			

	de caminhada. Orientação e informação nos grupos de hipertensos Campanha educativa na rádio local e através de folhetos explicativos	r de ABS				
Linha de cuidado.	Avaliar o maior número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção e promoção.	Equipe de saúde da família,	Apresentar projeto em 1 mês, Começar atividades em 3 meses			

Fonte: Autoria própria

RESULTADOS

Espero com este plano de intervenção reduzir os índices de hipertensos na área de abrangência, conhecer os principais fatores de riscos que eles apresentam e aumentar o nível de conhecimentos sobre a doença para lograr uma redução da morbimortalidade por esta causa, levando esta á prática para assim lograr mudanças no estilo de vida dos pacientes, mantendo controle sobre a doença e evitando suas complicações. Geramos também uma melhora significativa das relações profissionais pacientes para um direcionamento eficiente e eficaz das estratégias traçadas para o desenvolvimento do programa de controle da Hipertensão Arterial na Atenção Primária de Saúde e espera-se capacitar aos profissionais envolvidos no projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo entendemos que a HAS e o seu tratamento adequado envolvem uma multiplicidade de fatores extremamente complexos, que exigem de todos os envolvidos o emprego de estratégias combinadas que deem conta dessa complexidade. Em se tratando da adesão a um tratamento, percebe-se que há inúmeras questões envolvidas no sucesso ou fracasso em obtê-la.

A HAS assim como outras doenças crônico-degenerativas não transmissíveis apresentam altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado na atenção básica à saúde. Por ser passível de diagnóstico precoce e controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, proposta como a do plano de intervenção em questão são importantes por contribuir otimizando o controle das afecções crônicas e diminuindo a ocorrência de eventos cardiovasculares na população acometida pela HAS. Com isso, busca-se reduzir a morbimortalidade relacionada às doenças cerebrovasculares (DVC) e os custos a ela relacionados.

Com a implantação do projeto de intervenção espera-se melhorar o conhecimento dos pacientes em relação à HAS e suas consequências, assim como diminuir os fatores de risco da HAS. Pretende-se também buscar a realização de um processo de trabalho mais organizado baseado nos princípios de eficiência, equidade, integralidade, participação da comunidade e atendimento humanizado, ademais estimular a modificação dos estilos de vida e aumentar as ações de saúde com a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde e qualificar a informação de toda a população, o cuidado dos usuários e da equipe, disparado pela estratégia educativa.

REFERÊNCIAS

ANDERSON M.P, GUSSO G, CASTRO F. E.D. Medicina de Família e comunidade: especialista em integralidade. *Rev. APS.* 2005; 8(1): 49-60

ÁVILA, A. et al. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária.** Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.

BRASIL, Ministério da saúde. **Hipertensão arterial sistêmica.** 1 Ed.Brasilia,2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica) No-15. 2006 a.

BORTOLOTTI, L. **Alterações da rigidez arterial na hipertensão, insuficiência renal e doenças sistêmicas.** *Rev. Bras. Hipertensão*, v. 11, p. 161–161, 2004. Citado na página 15.

CAMPOS, F. C. C de. FARIA. H. P de; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde.** NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CARVALHO, M, V.; et al. **A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida** .Sociedade Brasileira de Cardiologia, São Paulo,V.100,n.2.p.164 – 174.2013.

CIPULLO, J.P.et al **.Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira** .*Arq.Bras.Cardiol.Sao Paulo*,V.94,n.4,Abr.2010.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE): (28 de agosto de 2014). Visitado em 20 de agosto de 2015.

ITAMARANDIBA Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre. pt.wikipedia.org/wiki/Itamarandiba em cachê.

NAKAMOTO, A.Y.K. Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial sistêmica. Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, V.69, n4, Abr. 2012. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009>. Acesso em: 18fev.2012.

NOBRE, F. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão, V. 17, p. 1–69, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

MARTINS, M; S.A. S.et al. Hipertensão Arterial e Estilos de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal .Arq.Bras.Cardiol; v.94,n.5,p.639 – 644 , 2010

PERFEITURA MUNICIPAL DE ITAMARANDIBA, ESTADO DE MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde Plano Municipal de Saúde 2014 -2017.

ZARATE, H. 2010.**Las últimas recomendaciones de la OMS frente a la hipertensión arterial.** [En línea]. Disponible: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=760&selectmoduleid=2494&ArticleID=359>. [Marzo, 2010]