

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

ANA MARIA OLIVERA MARTINEZ

**PROJETO DE INTEVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA
INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA TEIXEIRA, CACIMBINHAS- ALAGOAS**

MACEIÓ- ALAGOAS
2017

ANA MARIA OLIVERA MARTINEZ

**PROJETO DE INTEVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA
INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIEIXEIRA, CACIMBINHAS- ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**MACEIÓ - ALAGOAS
2017**

ANA MARIA OLIVERA MARTINEZ

**PROJETO DE INTEVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA
INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLATEIXEIRA, CACIMBINHAS- ALAGOAS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 24/01/2107

RESUMO

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para diversas doenças provenientes de aterosclerose e trombose e que apresentam, como consequência, problemas cardíacos, cerebral, renal e vascular periférico. O diagnóstico situacional feito na área de abrangência do Programa Saúde da Família, no povoado de Teixeira, em Cacimbinhas-Alagoas mostrou alto índice de usuários com hipertensão. Assim, este trabalho objetivou elaborar um projeto intervenção buscando controlar a hipertensão dos usuários do Programa Saúde da Família Teixeira, no município de Cacimbinhas-Alagoas bem como reduzir as consequências da hipertensão. A elaboração do plano de intervenção se baseou no Método do Planejamento Estratégico Situacional conforme orientação da disciplina de Planejamento e Avaliação em Ações de Saúde bem como em pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: Hipertensão, fatores de risco e Estratégia Saúde da Família. Foi realizada a sistematização da análise situacional, onde os passos que constituem este plano de intervenção foram elaborados de acordo com os nós críticos identificados a partir do encontro com usuários e profissionais de saúde para a identificação do problema prioritário. Nas avaliações que mostraram os conhecimentos antes e depois da intervenção educativa, notamos que o resultado deste projeto de intervenção foi satisfatório. A maioria dos pacientes realmente adquiriu os conhecimentos proposto nesta intervenção e foi melhorada a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da hipertensão arterial sistêmica.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

Arterial hypertension is an important risk factor for several diseases arising from atherosclerosis and thrombosis and, as a consequence, has cardiac, cerebral, renal and peripheral vascular problems. The situational diagnosis made in the coverage area of the Family Health Program in the town of Teixeira, Cacimbinhas-Alagoas, showed a high index of users with hypertension. Thus, this study aimed to elaborate an intervention project to control the hypertension of users of the Teixeira Family Health Program, in the city of Cacimbinhas-Alagoas, as well as reduce the consequences of hypertension. The elaboration of the intervention plan was based on the Situational Strategic Planning Method as directed by the discipline of Planning and Evaluation in Health Actions as well as bibliographical research in the Virtual Health Library with the descriptors: Hypertension, risk factors and Family Health Strategy. The systematization of the situational analysis was performed, where the steps that constitute this intervention plan were elaborated according to the critical nodes identified from the meeting with users and health professionals to identify the priority problem. In the evaluations that showed the knowledge before and after the educational intervention, we noticed that the result of this intervention project was satisfactory. The majority of patients actually acquired the knowledge proposed in this intervention and the adherence to the pharmacological and non-pharmacological treatment of systemic arterial hypertension was improved.

Key words: Hypertension. Risk factors. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVO	11
4 METODOLOGIA	12
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	13
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para diversas doenças provenientes de aterosclerose e trombose e que apresentam, como consequência, problemas cardíacos, cerebral, renal e vascular periférico. É, ainda, responsável por 25 das causas ligas à cardiopatia isquêmica e por 40% dos acidentes vasculares cerebrais (FUCHS, 2004).

De acordo com Almeida *et al.* (2003), as doenças cardiovasculares, no Brasil, são responsáveis por 33% dos óbitos declarados e foram consideradas as primeiras causas de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999 além de serem responsáveis por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos.

No município de Cacimbinhas, cuja origem se deu no antigo Sítio Choan, onde caçadores procedentes de Pernambuco costumavam acampar para descanso. Próximo à sua sede existia uma cacimba junto a um pé de limoeiro. Com o movimento crescente de pessoas que faziam suas estradas, outras cacimbas foram abertas, firmando o lugar Cacimbinhas para a localidade que ali começava a florescer (IBGE, 2015).

Cacimbinhas tem dois pontos de interesse turístico: a Serra do Cruzeiro, onde existe a capela de São Francisco, datada de 1830 e o castelo medieval da Fazenda Alfredo Maya. A animação da população está sempre presente nas suas festas: dos Santos Reis no dia 06 de janeiro, Baile de Sábado de Aleluia, Forró Fest em junho, festa da padroeira Nossa Senhora da Penha no dia 8 de setembro, festa da Emancipação Política dia 19 de setembro e o conhecido Baile Macabro comemorada em novembro (IBGE, 2015).

Situa-se na Microrregião de Palmeira dos Índios (115) e faz limites com Dois Riachos, Major Isidoro, Igaci, Estrela de Alagoas, Minador do Negrão e Iati (Pernambuco). Dista 189 Km da capital e se localiza a 300 metros acima do nível do mar. Seu clima é bastante quente, com máximas de 36° e mínima 20° C. A estação de inverno começa em maio e termina em julho (IBGE, 2015).

O diagnóstico situacional, feito na área de abrangência onde atuo como médica mostrou alto índice de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) o que poderá contribuir para a morbimortalidade causada por doenças cardiovasculares. Estas, quando não fatais, levam à invalidez parcial ou total, acarretando graves repercussões para a pessoa hipertensa, sua família e a própria sociedade.

No que diz respeito aos serviços de saúde de Cacimbinhas, a Figura 1 apresenta sua constituição.



O Programa Saúde da Família de Cacimbinhas conta atualmente com quatro Unidades Básicas de Saúde da Família implantadas, sendo duas na zona rural e duas na urbana com 100% da população cadastrada. Tem três equipes de saúde bucal, sendo uma na zona rural e duas na urbana. Cacimbinhas conta ainda com um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), implantada em 2013, com quatro profissionais: um psicólogo, um fisioterapeuta e duas assistentes sociais

Em relação às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), as duas da zona urbana são assim denominadas: ESF I – Unidade de Saúde da Família Noêmia Wanderley e ESF II – Unidade de Saúde COHAB nova. Quanto às equipes da zona rural temos: ESF III – Unidade de Saúde do Minador do Lúcio e ESF IV - Unidade de Saúde do Teixeira.

A ESF IV - Unidade de Saúde do Teixeira é dividida em seis microrregiões, com 624 de famílias cadastradas e 2.384 habitantes. Nossa equipe é composta por um médico generalista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um técnico de farmácia, uma auxiliar de consultório dentário e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nosso horário de atendimento é de segunda à sexta feira, de 800 às 17:00 horas.

A Unidade de Saúde da Família Teixeira no município tem uma sala de espera, um banheiro, um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de procedimentos, uma sala de vacina, uma sala de expurgo, uma cozinha, uma recepção com sala de espera.

Conforme dito anteriormente, a equipe de saúde se sente em condições e tem recursos humanos e materiais para viabilizar um projeto de intervenção que possa colaborar com a diminuição e controle da HAS na nossa área de abrangência.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela elevada prevalência de hipertensão arterial na população do PSF Teixeira, em Cacimbinhas além de se perceber que várias pessoas hipertensas estão com níveis pressóricos não controlados e com o risco cardiovascular aumentado.

Assim, em reunião da equipe de saúde, decidiu-se que seria de fundamental importância identificar toda a população hipertensa da nossa área de abrangência para prevenir os riscos a que estão expostos e suas possíveis consequências. A equipe também analisou os problemas identificados na área e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para concretizar um projeto de Intervenção, e, portanto, a proposta é viável.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto intervenção buscando controlar a hipertensão dos usuários do PSF Teixeira, no município de Cacimbinhas-Alagoas bem como reduzir as consequências da hipertensão.

4 METODOLOGIA

A elaboração do plano de intervenção baseou-se no Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme orientação da disciplina de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para tanto, foi realizada a sistematização da análise situacional, onde passos que constituem este plano de intervenção foram elaborados de acordo com os nós críticos identificados a partir do encontro com usuários e profissionais de saúde para a identificação do problema prioritário.

Também foram realizadas visitas às comunidades para dar a conhecer a proposta e convidar a população a fazer parte da elaboração do plano e detecção dos “nós críticos” que dificultam a promoção de saúde. Além disso, foi realizada uma avaliação das estratégias para a elaboração da proposta, bem como a validação da proposta junto a outro segmento/comunidade populacional.

Para fundamentar o plano de intervenção, fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores:

Hipertensão.

Fatores de risco.

Estratégia saúde da família.

Também foram pesquisados os documentos dos programas do Ministério da Saúde.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica causada por diversos fatores e caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmhg), mantendo alta prevalência e baixas taxas de controle, associando-se, comumente, às alterações funcionais e/ou estruturais do coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (BRANDÃO *et al.*, 2010).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a prevalência da HAS, 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.

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de ateroscleroses e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em consequência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, torna-se fator etiológico de insuficiência cardíaca. A HAS, em fases mais precoces da vida, é considerada fator de risco para déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular. Dessa forma, a HAS encontra-se na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e se tornou uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmhg de forma linear (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCV têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Na maioria dos casos, desconhece-se a causa da hipertensão arterial. Porém, vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos (BISI MOLINA *et al.*, 2003, p. 744).

No Brasil, a HAS representa um dos maiores problemas de saúde pública. Apesar de apresentar alta prevalência de 22 a 44%, ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem serem portadores da HAS. Dos pacientes que sabem do diagnóstico, cerca de 40% ainda não estão em tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.29)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica.

Ainda o Ministério da Saúde menciona que o cuidado da pessoa com hipertensão deve ser multiprofissional e objetiva, com o tratamento, controlar e manter os níveis pressóricos de acordo com características do paciente buscando melhoria na sua qualidade de vida e diminuição da morbimortalidade (BRASIL, 2010).

Esse cuidado integral e multiprofissional é um desafio para a equipe de saúde que deve acompanhar regularmente os pacientes e conscientizá-los para continuidade ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013).

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida (BRASIL, 2013, p. 57).

“As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.3)

É fundamental a redução do peso corporal que tem forte correlação com o aumento da pressão arterial, uma vez que o aumento do peso é um fator predisponente para a hipertensão. É importante, conforme as VI Diretrizes de hipertensão, que se busque alcançar o Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 25 kg/m² e Relação Cintura-Quadril (RCQ) inferior a 0,8 para as mulheres e a 0,9 para os homens, em razão de sua associação com risco cardiovascular aumentado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Também o consumo excessivo de álcool eleva a pressão arterial e se constitui em fator de risco para acidente vascular encefálico, além de ser uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva. Os profissionais de saúde devem orientar os pacientes hipertensos que fazem uso de bebidas alcólicas a não ultrapassarem 30 g de etanol/dia para homens e metade dessa quantidade para mulheres. Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo, sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve antes de se iniciar um programa de treinamento estruturado, fazer uma avaliação médica, pois em pessoas hipertensas, não deve iniciar as atividades físicas se a pressão arterial estiver com valores superiores a 160 e/ou 105 mmHg respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ressalta-se, portanto, conforme recomendam Monteiro e Sobral Filho (2004), que mudanças no estilo de vida, no tratamento da hipertensão arterial, sejam incorporadas, incluindo o exercício físico, pois estudos têm mostrado que a adesão ao tratamento não medicamentoso proporcionou sensível efeito na redução dos níveis pressóricos além de que pacientes hipertensos podem diminuir a dosagem dos seus medicamentos anti-hipertensivos ou até ter a sua pressão arterial controlada, sem a necessidade de tomar medicamentos.

Em relação à redução na ingestão de sal/sódio é recomendada também realizar, pelo menos, cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que tenha condições de realizá-la (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2010, p. 18).

De acordo com as diretrizes da Linha Guia de hipertensão e diabetes da Secretaria de Estado da Saúde Minas Gerais, as dietas com baixo teor de sódio possibilitam rápida e importante redução de pressão em hipertensos. A necessidade diária de sódio é equivalente a 5g de cloreto de sódio ou sal de cozinha. “Recomenda-se que a ingestão de sal não ultrapasse 5 gramas por dia, o que corresponde a três colheres de café rasas de sal (totalizando 3 gramas) mais 2 gramas de sal dos alimentos” (MINAS GERAIS, 2013, p. 48). Quanto ao potássio, seus benefícios sobre a pressão arterial têm sido aliados ao alto consumo de potássio, magnésio e cálcio.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão alertam que interromper o tabagismo é uma medida primordial na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares, não havendo, contudo, provas de que sua interrupção trará benefícios no controle de PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

É importante que nós, profissionais de saúde, reflitamos acerca de hábitos culturais para que possamos fazer orientações coerentes com a vida da comunidade assistida por nós. Segundo Mendes (2012), cultura significa atitudes, valores, comportamentos que caracterizam singularmente uma dada organização. No ambiente de saúde convivem diferentes culturas. Dentro das subculturas há modos tácitos, estabelecidos e aceitos, de condutas e práticas que criam um ambiente seguro e familiar que promove o status de afiliação grupal. As culturas estabelecidas resistem às ameaças do novo até que chegue um momento em que compreendem que a mudança é imperativa. Vai exigir mudanças deliberadas, bem definidas e forte liderança para responder aos desafios do cuidado das condições crônicas.

Debater, identificar e propor uma cultura organizacional que se mostre efetiva para responder às condições crônicas das pessoas usuárias, constitui uma visão comum, de aceitação ampla, que permita fazer avanços da mudança cultural é construir capacidade para diagnosticar a situação presente, a fim de propor um futuro melhor. Nos aspectos sistêmicos são importantes os sistemas de informação e comunicação e os programas de qualidade. A liderança é essencial na mudança da cultura organizacional.

Para Mendes (2012), há diferentes modelos de mudança como o modelo da transição, o modelo da mudança do desenvolvimento, o modelo da mudança transformacional e o modelo dos sistemas adaptativos complexos. Qualquer mudança necessita ser gerenciada. É necessário que a pessoa promotora de mudanças tenha as seguintes capacidades: usar eficientemente seu conhecimento e suas informações; ser criativa; trabalhar em equipe; projetar o futuro; ser flexível e adaptar-se facilmente aos novos processos; motivar as pessoas envolvidas; ter ótima comunicação; e ser capaz de assumir riscos e solucionar conflitos. O processo de mudança deve ser monitorado e avaliado. Uma avaliação rigorosa precisa contar com indicadores estabelecidos em termos de estrutura, processos e resultados, para que estejam balanceados.

A adoção de hábitos de vida saudáveis não somente protege os indivíduos contra o desenvolvimento da HAS, mas também é fundamental para o seu tratamento. Não basta passar no médico, fazer exames e tomar remédio. É necessário estabelecer medidas cotidianas que favoreçam a dieta balanceada, as atividades físicas e o bem estar psicológico.

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

A elaboração do Plano de ação baseou-se no PES, conforme afirmado anteriormente.

A partir dos “nós críticos” identificados pela nossa equipe a respeito do elevado índice de hipertensão arterial propusemos as operações necessárias para sua solução, os produtos e resultados esperados e os recursos necessários a sua execução conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Operações, produtos e recursos necessários para os nós críticos do elevado índice de HAS na Unidade de Saúde da Família Teixeira, Cacimbinhas, Alagoas.

“Nós Críticos”	Operação projeto	Resultados esperados.	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano. Diminuir o uso excessivo de sal, café e alimentos gordurosos.	Grupos operativos na UBS. Programa de caminhada orientada; Campanha educativa nas palestras da sala de espera e rodas de conversa entre os grupos/escola.	<u>Organizacional</u> - organizar as caminhadas e as palestras. <u>Cognitivo:</u> discussão sobre a importância de hábitos de vida saudáveis <u>Político</u> - mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino <u>Financeiros</u> - para aquisição de recursos áudio-visuais Folhetos educativos.
Baixo nível de Informação dos pacientes	Saber Mais Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial e suas complicações.	População mais informada sobre hipertensão arterial.	População participando ativamente dos grupos de educação. Campanha educativa na unidade básica	<u>Cognitivo:</u> - conhecimento a partir de discussões, em grupo, sobre HAS, riscos e tratamento e <u>Organizacionais</u> - organização da agenda.

hipertensos			de saúde e na escola. Capacitação dos ACS e de cuidadores.	<u>Políticos</u> – articulação Intersectorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Equipe de saúde pouco eficiente no tratamento da HAS	Cuidar Melhor Orientar a importância do acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial.	Oferta aumentada de consultas, exames e medicamentos. Equipe capacitada e coesa no atendimento às pessoas com HAS.	Reuniões periódicas da equipe de saúde para planejamento e execução das ações de saúde na HAS. Capacitação pessoal.	<u>Políticos</u> – elaboração do projeto de adequação dos serviços e envio à secretaria de saúde. <u>Financeiros</u> coordenar com a secretaria de saúde o aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos. <u>Cognitivo:</u> discussões acerca do cuidado ao hipertenso.
Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família deficitário	Linha de cuidado Manter a linha de cuidado para hipertensão arterial; incluindo os mecanismos de referência e contrarreferência.	Cobertura de 80% da população com elevado índice de hipertensão arterial.	Linha de cuidado para hipertensão arterial implantada; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado implantada.	<u>Cognitivo</u> - elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos. <u>Político</u> - articulação entre os setores da saúde e de adesão dos profissionais. <u>Organizacional</u> - adequação de fluxos (referência e contrarreferência).

Todo processo de transformação da realidade consome recursos em maior ou menor grau, portanto, a transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos. Chamamos de Recursos críticos aqueles indispensáveis para a realização de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso a equipe

terá que criar estratégias para que possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No Quadro 2 estão descritos os recursos considerados críticos para cada operação.

Quadro 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas pra o enfrentamento dos nós críticos para os problemas “Alta incidência de hipertensão arterial”

Operação	Recursos Críticos
<p>Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.</p>	<p><u>Político</u> - conseguir os espaços nas escolas e redes sociais.</p> <p><u>Financeiros</u> - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p>
<p>Saber Mais Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.</p>	<p><u>Políticos</u> - articulação com secretaria de educação e da Saúde.</p>
<p>Cuidar Melhor Orientar a importância do acompanhamento dos pacientes.</p>	<p><u>Políticos</u> - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.</p> <p><u>Financeiros</u> - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)</p> <p><u>Organizacional</u>-organizar agenda e palestras.</p>
<p>Linha de cuidado Manter a linha de cuidado.</p>	<p><u>Financeiro</u> - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).</p> <p><u>Político</u> - articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>

Em seguida, fez-se a análise da viabilidade do plano que se baseia em três variáveis fundamentais:

- Os atores que controlam os recursos críticos das operações que compõem o plano.
- O recurso que cada um desses atores controla.
- A motivação de cada ator em relação aos objetivos do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A motivação de um ator pode ser classificada como: *favorável, *indiferente, *contrária e *proposta de ações para a motivações dos atores, conforme mostrado no Quadro 3.

Quadro 3.- Análise de Viabilidade do plano

Operações	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Mais Saúde	<p><u>Político</u> - conseguir os espaços nas escolas e redes sociais.</p> <p><u>Financeiros</u> - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p>	<p>Médico e enfermeira</p> <p>Secretário de Saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>
Saber Mais	<p><u>Políticos</u> - articulação com Secretário de Educação.</p>	<p>Secretário de Educação</p>	<p>Favorável</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população de riscos.</p> <p>Palestras educativas.</p> <p>Capacitação dos agentes de saúde</p>
Cuidar Melhor	<p><u>Políticos</u> - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.</p> <p><u>Financeiro</u> - aumento da oferta de exames, consultas, medicamentos e equipamentos.</p>	<p>Secretário Municipal de Saúde</p> <p>Equipe de saúde</p> <p>Fundo Nacional de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede.</p>
Linha de cuidado.	<p><u>Político</u> - articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>	<p>Secretário Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	

No Quadro 4 apresentamos o Plano Operativo designando o responsável pelas operações e possível execução das mesmas, estabelecendo prazos para redução dos pacientes com Hipertensão arterial e suas complicações.

Quadro 4 - Plano operativo.

Operações	Resultados	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Mais Saúde	Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada; Campanha educativa pela equipe de saúde.	Enfermeira e médico.	3 meses para o início das Atividades
Saber Mais	População mais informada sobre HAS e riscos cardiovasculares	Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; Campanha educativa na rádio local; Programa de saúde escolar; Capacitação dos ACS e dos cuidadores.	Enfermeira Medico	Início em 4 meses e término em 6 meses
Cuidar melhor:	Oferta aumentada de consultas, exames e medicamentos.	Capacitação pessoal; Compra de exames e aumento de consultas especializadas; Compra de medicamentos	Enfermeira Medico Secretaria de saúde	4 meses para apresentação do projeto e 8 meses para aprovação e liberação dos recursos e 4 meses para compra dos equipamentos . Início em 4 meses e finalização em 8 meses.
Linha de cuidado	Cobertura de 80% da população com risco cardiovascular aumentado.	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantado; Protocolos implantados de recursos humanos implantados Regulação implantada, gestão da linha de cuidado implantada.	Secretaria de Saúde. Coordenador de ABS.	Início em três meses e finalização em 12 meses.

É importante também um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações do projeto, indicando as correções de rumo necessárias. Deve ainda garantir o uso eficiente dos recursos promovendo a comunicação entre todos os participantes no projeto.

Quadro 5 - Planilha de Acompanhamento de projeto da Equipe.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada orientada.	Médico, enfermeiro, ACS, licenciados em esporte.	3 meses	Programa Implantado e Implementado em todas as Micro áreas.		
Campanha educativa pela equipe de saúde.	Medico Enfermeiro, ACS	3 meses	Campanha implantada	Formato e duração do programa definidos; Conteúdo Definidos.	2 meses
Projeto de uma consulta integral especializada	Medico, enfermeiro nutricionista, psicólogo, assistência social, licenciado em esporte	3 meses	Projeto ainda em discussão com a secretaria municipal de saúde.	3 meses de aprovação de secretaria de saúde	
Reunião de coordenação com a secretaria de educação	Secretaria de Saúde, Educação, e equipe de saúde, (médico, enfermeiro, ACS)	1 mês	Reunião pendente de execução	Pendente por realizar-se a secretaria de educação em processo de planejamento.	1 mês

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vale ressaltar que a HAS afeta todas as pessoas e constitui hoje em dia um dos desafios para os profissionais da Atenção Básica pelas complicações que traz a mesma, pela baixa adesão ao tratamento, dentre outros fatores. Acredita-se, porém, que o conhecimento e a educação a respeito da HAS, dos fatores de risco que possibilitam a melhora na qualidade de vida poderão proporcionar uma via acertada para o conhecimento do tratamento não farmacológico e farmacológico.

Até o início desta proposta de intervenção, a atenção prestada aos usuários hipertensos na USF baseava-se nas consultas médicas e de enfermagem, na unidade ou em domicílio, e no acompanhamento dos mesmos pelo registro do Programa HIPERDIA. A maioria destes usuários estava cadastrada no Programa HIPERDIA mais não possuía registro de medicamentos atualizados no prontuário clínico, único instrumento de registro dos procedimentos. Muitas atividades educativas eram realizadas, mas não havia grupo para educação em saúde formado, e nunca havia sido realizada a avaliação da adesão ao tratamento medicamento desses usuários, pelo que o Projeto teve uma repercussão positiva na comunidade.

Diante deste panorama, e com base nas avaliações que mostraram os conhecimentos antes e depois da intervenção educativa, notamos que o resultado deste projeto de intervenção foi satisfatório. A maioria dos pacientes realmente adquiriu os conhecimentos propostos nesta intervenção e foi melhorada a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da HAS.

A partir do interesse e comprometimento de frequência dos usuários que participaram do primeiro encontro, o grupo de educação em saúde foi formado. Portanto, ainda que a meta estabelecida não tenha sido alcançada, um número

considerável de hipertensos participou de atividade educativa, o que significa grande avanço.

Espera-se que tanto as pessoas com hipertensão quanto a comunidade se apropriem dos conhecimentos sobre a HAS, seus riscos, a importância da adesão ao tratamento e a melhoria da qualidade de vida de todos eles.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.F.; BARRETO, S .M.; COUTO, B. R.; STARLING, C.E. Predictive factors of in-hospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia** v. 80, n.1, p. 41-60. 2003.

BISI MOLINA, M. C. *et al.* Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 743-750, 2003.

BRANDAO, A. A. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 32, supl. 1, p. 1-4, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos**. Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename, 2010. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- **IBGE cidades**. 2015. Disponível em: www.ibge.gov.br.

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

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

FUCHS, F.D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KOHLMANN JR., Osvaldo *et al.* III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 257-286, 1999.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária na Saúde**: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília. Pan Americana da Saúde, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de estado da saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto**: Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica. 3 ed atualizada. Belo Horizonte, 2013.

MONTEIRO, M.F.; SOBRAL FILHO, D, C. Exercício Físico e o Controle da Pressão Arterial. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* . v.10, n.6 , p. 513-516, 2004.

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, 2011

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** [Online]. v. 17, n.1, supl.1, p.8, 2010.