

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

SUCEL SARMIENTO MORALES

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MODIFICAR FATORES DE
RISCO E MELHORAR O CONHECIMENTO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESF NOHAD ANDRADE MALUF DO MUNICÍPIO ITAPAGIPE - MG.**

Uberaba – Minas gerais
2016

SUCEL SARMIENTO MORALES

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MODIFICAR FATORES DE RISCO E MELHORAR O CONHECIMENTO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF NOHAD ANDRADE MALUF DO MUNICÍPIO ITAPAGIPE –MG.

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

Orientadora: Prof.Msc. Lais de Miranda Crispim Costa.

Uberaba – minas gerais

2015

SUCEL SARMIENTO MORALES

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MODIFICAR FATORES DE
RISCO E MELHORAR O CONHECIMENTO EM PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF NOHAD ANDRADE MALUF DO MUNICÍPIO
ITAPAGIPE – MG.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Msc. Laís de Miranda Crispim Costa – Universidade Federal de Alagoas.

Examinador 2 : prof.Flavia Casasanta marini

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de junho de 2016.

RESUMO

A Hipertensão Arterial (HAS) é uma doença crônica, não transmissível, de alta prevalência no mundo moderno, de difícil controle, onde as recomendações para as modificações no estilo de vida e controle dos fatores de risco correlatos devem ser enfatizadas. A modificação dos fatores de risco da HAS é essencial para o controle dos níveis pressóricos e para evitar complicações. Na unidade de saúde Nohade Andrade Maluf, pertencente ao município de Itapagipe – Minas Gerais, detectou-se aumento nos atendimentos de pacientes portadores de hipertensão arterial, com inadequado controle do agravo, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves. Assim, este trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para melhorar o conhecimento dos pacientes hipertensos sobre os fatores de risco, cuidados e controle da doença. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica no período de março a agosto 2015, com publicações dos últimos 15 anos de 2000 a 2015, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em consulta nas bases de dados da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e do Programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Na metodologia de execução, primeiramente serão identificados, por meio de entrevistas, os pacientes com maior risco de padecer a doença e aqueles com estilos de vida inadequado, bem como com inadequado controle da pressão arterial, em seguida serão realizadas oficinas temáticas com os pacientes e seus familiares e um cronograma de capacitação da Equipe de Saúde com atualizações sobre o agravo. Resultados esperados: espera-se aumentar o conhecimento sobre os fatores de risco, manter os pacientes mais controlados, diminuir as demandas espontâneas da unidade decorrentes das descompensações agudas do agravo e suas complicações. Busca-se ainda uma participação ativa dos pacientes e seus familiares nas mudanças do estilo de vida, no cumprimento correto do tratamento e no desenvolvimento do autocuidado. Por fim, esperamos manter o nível de conhecimento e comprometimento da equipe de saúde na atenção e controle da Hipertensão Arterial.

Palavras chave: Hipertensão. Fatores de risco. Prevenção de doenças.

ABSTRACT

The arterial hypertension (SAH) is a chronic, non-transferable, high prevalence in the modern world, difficult to control where the recommendations for changes in lifestyle and control of related risk factors should be emphasized. The modification of the hypertension risk factors is essential for the control of blood pressure levels and to avoid complications. In Nohade Andrade Maluf health facility in the municipality of Itapagipe - Minas Gerais, was detected increase in care of patients with high blood pressure, with inadequate grievance control, who developed serious cardiovascular complications. This work aims to propose an action plan to improve the knowledge of hypertensive patients about risk factors, care and control of the disease. A literature search was carried out in the period March to August 2015, with publications of the last 15 years from 2000 to 2015, through the Virtual Health Library (VHL) in queries in databases of International Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and NOW the core of Education in public health. The methodology of implementation, will first be identified through interviews, patients with higher risk of suffering the disease and those with inadequate lifestyles, as well as inadequate control of blood pressure then will be held thematic workshops with patients and their families and a training schedule Health Team with updates on the grievance. Expected results: expected to increase awareness of the risk factors, keeping more controlled patients, decrease the spontaneous demands of the unit resulting from acute decompensation of this disease and its complications. Search is still an active participation of patients and their families the changes in the lifestyle, the correct treatment compliance and the development of self-care. Finally, we expect to maintain the level of knowledge and commitment of the health team in the care and control of Hypertension.

Key words: Hypertension. Risk factors. Disease prevention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivo Geral	11
3.2 Objetivos Específicos.....	11
4 METODOLOGIA	12
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
5. 1 Programa Saúde da Família	13
5.2 Hipertensão arterial sistêmica	14
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	17
6.1 Definição do problema	17
6.2 Explicação do problema.....	18
6.3 “Nós críticos” selecionados	19
6.4 Operação dos “nós críticos”	19
6.5 Identificação dos recursos críticos.....	21
6.6 Análise de viabilidade.....	22
6.7 Elaboração do plano operativo.....	24
6.8 Gestão do plano	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é uma doença crônica que acomete milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que cerca de 20% de toda a população tenha níveis de pressão arterial acima do normal. (PINHEIRO 2006).

No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país . (BRASIL,2006).

O município de Itapagipe está localizado no triangulo mineiro, cujos municípios limítrofes são Campina Verde ao noroeste e norte, Prata e Comendador Gomes ao nordeste, Frutal ao sudeste, os paulistas Paulo de faria e Riolandia ao sul e São Francisco de Sales ao oeste. Com uma população de 13.697 habitantes, a área é de 1.802,4 km² e a densidade demográfica de 7,58 habitantes por quilômetro quadrado. Localiza-se às margens do Rio Grande. (IBGE. 2010).

O atual estado de Minas Gerais era habitado por índios do tronco linguístico macro-jê até a chegada dos bandeirantes, no século XVII. Os primeiros habitantes não índios dessa terra instalaram-se na região conhecida como Serra da Moeda. Mas, com a doação da fazenda Lageado a Santo Antônio, uma igreja foi erguida às margens do córrego Lageado e, ali, em volta da capela, começaram a surgir as primeiras casas que dariam origem ao povoado de Santo Antônio do Lageado, hoje Itapagipe. Isso atraiu também ex-escravos africanos, europeus, fora os índios que já por aqui viviam. Dessa mistura, surgiu Itapagipe, cujo povo é carregado de traços e costumes multirraciais.(IBGE. 2010).

O território de abrangência do presente trabalho tem 2.874 habitantes, onde os principais postos de trabalho são na usina e a maioria são fazendeiros. O nível de vida da população em geral é médio, proporcionado pelo trabalho, com modo e estilo de vida acorde com suas possibilidades. As principais causas de morte são: Doenças cardiovasculares, tais como Hipertensão Arterial; Infarto Agudo do miocárdio; e, Acidentes de trânsito.

A comunidade conta com um Pronto Socorro, 3 clínicas, 3 laboratórios, 1 escola (do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental), 1 escola (do sexto ao

nono ano do ensino fundamental), 3 creches e 3 igrejas. O serviço de eletricidade e água é disponível para todos. Tem-se uma agência dos correios, e 3 bancos (do Brasil, Bradesco, e Caixa Econômica Federal).

Nosso território conta com um meio ambiente limpo quase em toda sua generalidade, pois realiza-se periodicamente limpeza das ruas, poda das árvores, além disso ainda temos muito trabalho para fazer nas vivendas nas quais temos a presença do mosquito *Aedes Aegypti*.

Nossa área encontra-se na saída e conta com 9 micro áreas, sendo uma na cidade, que atende os bairros Jardim Castro e Jardim Tribelato, e as outras são comunidades rurais, quais sejam: Vila Coqueiro, Cascavel, Córrego da Égua, Ribeirão de Boi, Aroeira, Serra da Moeda, Talhados, Duas Pontes e Cachoeira.

A equipe possui um total de 467 pacientes cadastrados com HAS, dos quais 296 são acompanhados. Pacientes cadastrados com DM são 91, destes são acompanhados 63. Como pode ser visto, o acompanhamento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica por nossa equipe de saúde é realizado de forma satisfatória, mas temos que trabalhar para alcançar o acompanhamento de 100% dos pacientes com estas doenças. Este acompanhamento é feito de acordo com o protocolo para cada doença e contribui para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e evitar as complicações, por meio de, entre outras ações, atividades educativas para mudar o modo e estilo de vida dos pacientes.

Em nossa Unidade de Saúde o número de atendimentos aumentou para os casos de Hipertensão Arterial, desta forma realizamos mais consultas voltadas para população com fatores de risco para a doença como: obesidade, sedentarismo, fumantes, além dos casos já diagnosticados de HAS.

Na realidade da UBS Nohade Andrade Maluf são constantes os atendimentos de pacientes com HAS, com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves, mas possivelmente evitáveis. Além disso, são freqüentes os casos de pacientes com descompensações agudas dos níveis de PA, que sobrecarregam a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da HAS também é evidente durante as consultas médica. Dessa forma, devido à alta prevalência de HAS na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite a melhoria das condições de saúde e de vida da população adstrita,

reduza a morbimortalidade relacionada às DCV e, indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

Nossa unidade possui uma equipe estruturada para a execução do projeto dentro da comunidade, tendo o paciente fácil acesso ao que ele necessita, como: consulta médica, medicações, exames laboratoriais e um fluxo para o encaminhamento aos especialistas quando necessário. Pretende-se com este projeto, expandir o conhecimento sobre a doença a todos da equipe e à toda população do bairro, demonstrando a importância da modificação dos fatores de risco e do tratamento adequado evitando suas complicações.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial contribui para uma elevada mortalidade em todo o mundo. Conhecer a distribuição dos fatores de risco para hipertensão em grupos populacionais é essencial para a redução desse importante problema de saúde pública. A população não pratica atividade física de forma adequada, tem outros fatores associados, como: alcoolismo, tabagismo, sedentarismo e obesidade. Tudo isto contribui para a aparição da doença e descompensação da mesma. Apesar da medida da pressão arterial ser um método diagnóstico simples, não invasivo e de baixo custo, tem muitos hipertensos que desconhecem a sua condição. Embora exista um vasto arsenal terapêutico para o tratamento da hipertensão uma pequena parte da população dos hipertensos em tratamento tem seus níveis tencionais controlados. O conhecimento dos fatores de risco é uma estratégia para a redução desse importante problema de saúde pública.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Propor um Plano de intervenção para melhorar o conhecimento dos pacientes hipertensos sobre os fatores de risco, cuidados e controle da doença.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar os principais fatores de risco em pacientes com hipertensão arterial.
- Desenvolver mudanças no modo e estilo de vida da população
- Elaborar estratégias para um maior conhecimento dos pacientes e controle da doença.
- Realizar intervenção comunitária no intuito de modificar os fatores de risco e assim as principais causas de descompensação.

4 METODOLOGIA

Para elaborar o plano de ação a equipe de trabalho usou o Método de Planejamento Estratégico Situacional, fez reuniões de equipe, a fim de preparar uma lista dos problemas que mais afetam a comunidade e, escolher o problema de maior impacto. Devido ao curto tempo disponível, optamos por uma estimativa rápida com o objetivo de coletar e processar as informações num menor tempo e custo possível. Foram examinados os registros do posto de saúde e da secretaria municipal de saúde. Também Foi realizada uma pesquisa nas fichas das famílias cadastradas no posto a fim de obter maior quantidade de dados.

Durante o desenvolvimento deste projeto foi preciso estabelecer uma familiarização com os líderes formais e não formais da comunidade, com a finalidade de coletar informações de interesse através da conversa direta e entrevista dos informantes. Para a realização da pesquisa bibliográfica que fundamenta este trabalho utilizou-se as palavras-chaves: Hipertensão; Fatores de risco; Prevenção de doenças Foi realizada uma pesquisa bibliográfica no período de março a agosto 2015, com publicações dos últimos 15 anos de 2000 a 2015, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em consulta nas bases de dados da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e do Programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Na metodologia de execução, primeiramente serão identificados, por meio de entrevistas, os pacientes com maior risco de padecer a doença e aqueles com estilos de vida inadequado, bem como com inadequado controle da pressão arterial, em seguida serão realizadas oficinas temáticas com os pacientes e seus familiares e um cronograma de capacitação da Equipe de Saúde com atualizações sobre o agravo.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Programa Saúde da Família

No Brasil, o modelo proposto pela Atenção Primária à Saúde teve grande impacto na organização do Sistema Único de Saúde. A década de 1980 pode ser entendida como um momento de ressurgimento de movimentos pela democratização da sociedade, em diversas esferas, com intensos reflexos na saúde. Na década seguinte, o Ministério da Saúde sugeriu a reorganização da prática assistencial, dando ênfase ao atendimento integral à saúde da família. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, implantado em 1991 com boa atuação no Nordeste, colaborou para que em 1994, passasse a existir o Programa Saúde da Família e na sequência, como estratégia de reorientação assistencial como substituição às práticas convencionais a Estratégia de Saúde da Família, a fim de reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde e dar prioridade à Atenção Primária à Saúde (CONILL, 2008).

Assim sendo, o Programa Saúde da Família iniciou-se em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma tática do Ministério da Saúde na busca pela mudança da forma tradicional de prestação de assistência, objetivando excitar a implantação de um novo modelo de Atenção Primária à Saúde que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde (BLASCO et al, 2003).

A Organização Mundial da Saúde passou, então, a disseminar a necessidade de reforma do modelo de prestação de serviços das nações, procurando enfatizar a integração dos serviços locais num sistema nacional, a participação comunitária, ações intersetoriais e uma maior “relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social” (CONILL, 2008).

Os denominados agentes comunitários de saúde constituíram as primeiras equipes do Programa Saúde da Família, sendo formadas em janeiro de 1994. Dando prioridade às ações de proteção e promoção da saúde, o atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Tem por principal objetivo fazer com que cada equipe seja levada a apreciar a realidade das famílias pelas quais é responsável, através de

cadastro e diagnóstico de suas características, tornando-se mais compassivo às necessidades dos indivíduos atendidos. Tem-se a recomendação de que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas, para que esses profissionais e a população assistida possam criar vínculos de corresponsabilidade, o que promove a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade com mais facilidade. A reorganização da Atenção Básica conjectura, também, o funcionamento de um sistema de referência e contrarreferência competente que certifica a integralidade das ações de saúde (CARVALHO; SOUZA, 2003).

O Programa Saúde da Família, ao se estabelecer como estratégia de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil têm por objetivo precípuo alavancar o Sistema Único de Saúde que, não obstante dos progressos jurídico-político, não foi capaz de reverter o quadro sócio-sanitário nacional, regional ou local, conservando-se como hegemônico o modelo assistencial individual, curativo, cujo centro é o hospital (ARAÚJO et al, 2007).

Um pilar fundamental na construção do novo modelo de Atenção Básica é a humanização que a proposta do Programa Saúde da Família tem por finalidade apreciar, através do estabelecimento de conexão entre profissionais, usuários e famílias, por meio da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade (ARAÚJO et al, 2007).

O Programa Saúde da Família aponta para um trabalho na lógica da promoção da saúde, ambicionando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito conexo à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para que se obtenha o objetivo proposto, é indispensável a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a expectativa de promoção de ações intersetoriais (BLASCO et al, 2003).

5.2 Hipertensão arterial sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se como uma condição clínica causada por múltiplos fatores e que apresenta níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), com níveis de PA sistólica superiores ou iguais a 140

mmHg e os de PA diastólicas maiores ou iguais a 90mmHg. Consequências comuns da HAS são alterações nas funções ou estrutura do coração, vasos sanguíneos, cérebro e rins; bem como alterações metabólicas, o que aumenta o risco de complicações cardiovasculares - Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Infarto Agudo do Miocárdio - IAM (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2006).

Por conseguinte, ao aumento do risco de eventos cardiovasculares, como cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca, e neuropatias crônicas. Decorre de fatores genéticos, em geral ligados a alterações de estilo de vida e condições socioeconômicas (PICCINI; VICTORA, 2009).

Esse agravo crônico não transmissível, de difícil controle, é a principal causa de morbimortalidade, assumindo um papel importante no contexto da transição epidemiológica, se configurando como principal fator de risco nos agravos da saúde coletiva e tendo papel de destaque economicamente, socialmente, na qualidade e na expectativa de vida da população (ARAÚJO; GARCIA, 2006). O manejo deste agravo, nos últimos anos, passou por um considerável avanço científico. Entretanto, uma das principais dificuldades se refere a não ter uma vida saudável, com um estilo de vida inadequado e não adesão ao tratamento (BRASIL, 2006).

A adesão ao tratamento da HAS é essencial para o controle dos níveis pressóricos e para evitar complicações (OSHIRO, 2007). Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (GUSMÃO; MION JR., 2006, p. 27)

O excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica desde idades jovens, ao passo que a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral, devendo ser desestimulada, sem falar nos indivíduos normotensos com elevada sensibilidade a ingestão de sal que

apresentam incidência cinco vezes maior da doença em 15 anos, quando comparados aqueles com baixa sensibilidade (MINAS GERAIS, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica é também ocasionada pelo sedentarismo e incide com maior frequência em indivíduos com pouca ou nenhuma escolaridade (MINAS GERAIS, 2013).

Seu tratamento pode se dar de duas formas: sem ou com medicamentos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da hipertensão arterial sistêmica são alimentação saudável, baixo consumo de álcool e sódio, adequada ingestão de potássio, combate ao estresse, sedentarismo e tabagismo e controle do peso corpóreo. Por sua vez, entre os fármacos mais estudados e que se mostraram benéficos na redução de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores, estão os diuréticos em baixas doses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013)

Pelo exposto percebe-se que a HAS é uma doença crônica, com evolução silenciosa, de difícil diagnóstico precoce e com dificuldade de adesão ao tratamento pelos usuários, tornando-a um grande desafio para os profissionais de saúde na busca de soluções para diminuir as barreiras e favorecer a adesão ao tratamento. É conhecido pela equipe de saúde as graves consequências que a não adesão ao tratamento pode causar na vida do usuário com hipertensão. Acredita-se assim, que é fundamental a identificação dos principais motivos que dificultam ou impendem as pessoas de aderir ao tratamento médico prescrito, bem como propor ações de educação em saúde para as mesmas.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição do problema

É sabido que a identificação e priorização do problema não são suficientes para definir as intervenções na perspectiva de solucioná-lo. É preciso avançar mais na compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor, para entender sua dimensão e como ele se apresenta em uma determinada realidade. A quantificação do problema é um passo importante, pois afasta ambiguidades e obtêm-se indicadores que permitem a avaliação do impacto alcançado pelo plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para facilitar o processo de descrição, o quadro 01 reúne descritores relacionados ao problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família, da ESF Nohad Andrade Maluf, Município de Itapagipe – Minas Gerais.

Quadro 01: Descritores, valores e fontes relacionados ao problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada na ESF Nohad Andrade Maluf, Município de Itapagipe.

Descritores	Valores
Indivíduos cadastrados na unidade	2.874
Hipertensos cadastrados	467
Hipertensos -15 anos	-
Hipertensos +15 anos	467

FONTE: autoria propia

6.2 Explicação do problema

O modelo de desenvolvimento socioeconômico determina o meio ambiente territorial, cultural e socioeconômico, a baixa distribuição de renda e desigualdade social e as políticas públicas de saúde, que influenciam no hábito de vida saudável e no acesso às informações e serviços de saúde. Além disso, as políticas públicas influenciam o modelo assistencial, que interfere na organização, estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde que, por sua vez, interfere no encaminhamento, diagnóstico, protocolo, assistência médica e farmacêutica e educação em saúde, gerando como resultado melhoras no acompanhamento e cuidado pelo paciente, bem como a redução do risco de agravos.

O modelo assistencial ainda interfere em fatores como hábito de beber e fumar, estresse, excesso de sal e gordura na dieta, obesidade, sobrepeso e sedentarismo, que provocam alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica, causadora de doenças do coração, a exemplo do infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, cegueira, amputação de membros e, até mesmo, óbito.

6.3 “Nós críticos” selecionados

O passo seguinte para a elaboração do plano de intervenção consiste na seleção dos “nós críticos”, causas de um problema que, quando atacado, é capaz impactar o problema principal e transformá-lo definitivamente. Eles são representados por algo sobre o qual é possível intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foram considerados como “nós críticos” os seguintes problemas: Desconhecimento ou a falta de informação dos pacientes em relação à sua doença; Desconhecimento do tratamento não medicamentoso e preventivo da doença; Uso incorreto da medicação e não adesão terapêutica dos pacientes; Automedicação e inadequado uso; Estrutura dos Serviços de Saúde que ainda não garantem os medicamentos necessários para o tratamento dos pacientes, exames e consultas com especialidades.

Quando ocorrem falhas envolvendo todo o serviço de saúde, os usuários não recebem a devida assistência médica e farmacêutica com encaminhamento, diagnóstico, protocolo e tratamento. Além disso, a falta de acesso às informações e aos serviços de saúde, bem como hábitos e estilo de vida não saudáveis, potencializam a vulnerabilidade dos usuários do Programa Saúde da Família em relação às doenças, aumentando assim os fatores de risco que são fumar, beber, estresse, excesso de sal e gordura da dieta, obesidade, sobrepeso e sedentarismo que, com certeza, podem provocar hipertensão arterial sistêmica.

6.4 Operação dos “nós críticos”

A partir dos “nós críticos” identificados, propõem-se operações para a sua solução, resultados e produtos esperados e recursos necessários à sua execução (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para tanto, foi realizado o desenho de operações para os “nós críticos” do problema da hipertensão arterial sistêmica, como mostra o quadro 02 abaixo.

Quadro 02: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada na ESF Nohad Andrade Maluf, Município de Itapagipe.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Desconhecimen-to ou a falta de informação dos pacientes em relação à sua doença. A pesar da informação que tem pelo psf e visitas médicas, trabalho comunitário.	Saber. Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de HAS.	População mais informada sobre riscos de HAS.	Avaliação do nível de informação da população de riscos. Campanha Educativa. Capacitação dos agentes de saúde.	Cognitivo. - Conhecimento Sobre estratégias de comunicação e Pedagógicas Político. Mobilização social.

<p>Desconhecimen-todo tratamento não medicamentoso e preventivo da doença. Muito importante na prevenção.</p>	<p>Saber. Aumentar o nível de informação da população sobre o tratamento de prevenção da HAS.</p>	<p>População mais informada sobre outras opções de tratamento não medicamento-so</p>	<p>Avaliação do nível de informação da População de riscos. Campanha Educativa. Capacitação dos agentes de saúde.</p>	<p>Cognitivo. - Conhecimento Sobre estratégias de comunicação e Pedagógicas Político. Mobilização social.</p>
<p>O uso incorreto da medicação o não adesão terapêutica dos pacientes; Automedicação muito difundida na população pode produzir diferentes reações adversas, além de inadequado uso.</p>	<p>Saber. Aumentar o nível de informação e conhecimento da população sobre o perigo da automedicação e reações adversas da medicação. Além da não medicação</p>	<p>Maior informação da população do perigo da automedicação e não adesão terapêutica da HAS</p>	<p>Avaliação do nível de informação da População total ede riscos. Campanha Educativa. Capacitação do pessoal de saúde da equipe</p>	<p>Cognitivo. - Conhecimento Sobre estratégias de comunicação e Pedagógicas Político. Mobilização social.</p>
<p>Estrutura dos Serviços de Saúde que ainda não garantem os medicamentos necessários para o tratamento dos pacientes, exames e consultas com especialidades.</p>	<p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS.</p>	<p>Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% de pacientes com HAS.</p>	<p>Capacitação do pessoal.</p>	<p>Financeiros: Aumento Das ofertas de exames e vagas para Inter consultas.</p>

Fontes: autoria propia

6.5 Identificação dos recursos críticos

Esta etapa tem por finalidade identificar os recursos críticos, os quais são tidos como indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). No quadro 03, foram resumidos os recursos críticos de cada operação.

Quadro 03: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada na ESF Nohad Andrade Maluf, Município de Itapagipe.

OPERAÇÃO/PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Saúde	Político conseguir o espaço na rádio local; difusão por automóvel falante. Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Melhor a prevenção da HAS	Político - articulação intersetorial. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Não se automedique visite ao medico	Político conseguir o espaço na rádio local ou jornal itapagipense; difusão por automóvel falante. Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Contribuímos com sua melhor saúde	Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.

6.6 Análise de viabilidade

A ideia de construir ou criar a viabilidade para o plano de intervenção tem por finalidade a identificação dos atores que controlam os recursos críticos. De posse dessas informações, faz-se um estudo para saber o grau de motivação desses atores em relação aos objetivos visados, buscando descrever ações estratégicas para mobilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nesse contexto, o quadro 04 mostra as propostas de ações estratégicas para motivação dos atores do plano de intervenção.

Quadro 04: Análise de viabilidade do plano de intervenção para enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada na ESF Nohad Andrade Maluf, Município de Itapagipe.

OPERAÇÕES/ PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		AÇÕES ESTRATÉGICAS
		ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	
Saúde. Saber. Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de HAS.	Político conseguir o espaço na rádio local; difusão por automóvel falante. Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos	Setor de comunicação social Secretário de saúde.	Favorável Favorável	Não necessária
Saber. Aumentar o nível de informação da população sobre o tratamento de prevenção da HAS./Melhor a prevenção da HAS	Político - articulação intersetorial. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos	Setor de comunicação social Secretário de saúde.	Favorável Favorável	Não necessária

Saber. Aumentar o nível de informação e conhecimento da população sobre o perigo da automedicação e reações adversas da medicação. Além da não medicação/ Não se automedique visite ao medico	Político conseguir o espaço na rádio local ou jornaltapagipense; difusão por automóvel falante. Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Setor de comunicação social Secretário de saúde.	Favorável Favorável	Não necessária
Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS./ Contribuímos com sua melhor saúde	Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.	Prefeito municipal Secretaria municipal de saúde Secretaria de educação Fundo nacional de saúde.	Indiferente Favorável Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede.

Fontes: autoria propia

6.7 Elaboração do 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 executada de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 05 define a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Quadro 05: Plano operativo para enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada na ESF Nohad Andrade Maluf, Município de Itapagipe.

OPERAÇÕES	RESULTA-DOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRA-ZO
Saúde. Saber. Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de HAS.	População mais informada sobre riscos de HAS.	Avaliação do nível de informação da população de riscos. Campanha Educativa. Capacitação dos agentes de saúde.	Apresentar o projeto	Médico e enfermeira do ESF, Coordenador de ABS.	Início em 2 meses com avaliações a cada semestre.
Saber. Aumentar o nível de informação da população sobre o tratamento de prevenção da HAS. Melhor a prevenção da HAS	População mais informada sobre outras opções de tratamento não medicamentoso	Avaliação do nível de informação da população de riscos. Campanha Educativa. Capacitação dos agentes de saúde.	Apresentar o projeto	Médico e enfermeira do ESF, nutricionista NASF. Coordenador de atenção primária.	Início em 2 meses com avaliações Cada semestre
Saber. Aumentar o nível de informação e conhecimento da população sobre o perigo da automedicação e reações adversas da medicação. Além da não medicação/ Não se automedique visite ao medico	Maior informação da população do perigo da automedicação e não adesão terapêutica da HAS	Avaliação do nível de informação da população total e de riscos. Campanha Educativa. Capacitação do pessoal de saúde da equipe	Apresentar o projeto	Médico e enfermeira do ESF.	Início em 2 meses com avaliações a cada semestre

Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS./ Contribuímos com sua melhor saúde	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% de pacientes com HAS.	Capacitação do pessoal.	Apresentar o projeto	Secretaria de saúde Médico e enfermeira do ESF, Coordenador de atenção primaria.	Capacitação em 2 meses Começar em 3 meses
---	---	-------------------------	----------------------	--	--

Fonte: autoria propia

6.8 Gestão do plano

A efetivação de um plano de ação depende de acompanhamento e monitoramento, de modo que os objetivos, resultados e impactos sejam avaliados e orientados, bem como que os recursos disponíveis sejam utilizados racionalmente, a fim de evitar um indesejado fracasso ou gasto desnecessário.

Assim, é preciso um sistema de gestão para coordenar e supervisionar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No caso em tela, foi construída uma planilha para melhor acompanhamento e monitoramento do presente plano de ação.

Quadro 06: Planilha de acompanhamento e monitoramento do plano de ação para enfrentamento do problema da hipertensão da população cadastrada na ESF Nohad Andrade Maluf, Município de Itapagipe.

Prevalência hipertensão arterial sistêmica Planilha de acompanhamento e monitoramento						
Indicadores	Momento atual		Em 06 meses		Em 01 ano	
	Números	%	Números	%	Números	%
Hipertensos cadastrados						
Hipertensos acompanhados						
Hipertensos +15 anos						
Hipertensos obesos						
Hipertensos tabagistas						
Hipertensos usuários de álcool						
Hipertensos que sofreram infarto do miocárdio						
Hipertensos com insuficiência cardíaca						
Hipertensos que sofreram acidente vascular cerebral						
Hipertensos com insuficiência renal						
Hipertensos portadores de invalidez						
Hipertensos cegos						
Hipertensos com membro amputado						

Fontes: autoria própria.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é uma doença que exige alguns cuidados que são para o resto da vida. É de extrema importância que as pessoas com esta doença recebam educação de qualidade, pois sem a mesma os pacientes estão menos preparados para tomar decisões baseadas em informação, fazer mudanças de comportamento e lidar com os aspectos psicossociais, o que pode resultar em prejuízo para a saúde, com grande probabilidade de desenvolver complicações.

Conclui-se que a redução e o controle da hipertensão arterial sistêmica demandam o incentivo à promoção da saúde e o estímulo à modificação do estilo de vida, por meio da diminuição de fatores de risco como hábito de beber e fumar, estresse, excesso de sal e gordura na dieta, obesidade, sobrepeso e sedentarismo. De igual modo, necessitam de uma maior e efetiva participação dos familiares na vida do paciente hipertenso, que deve fazer uso correto dos medicamentos prescritos, eliminando, por consequência, as recaídas decorrentes da baixa adesão ao tratamento da doença. Acredita-se, portanto, que a implementação do plano ora proposto contribuirá para uma melhor qualidade de vida dos usuários hipertensos cadastrados na ESF Nohad Andrade Maluf.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Daísy Vieira de; FELIX, Lidiany Galdino; SILVA, Iane Carvalho da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. **Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da Atenção à Saúde**. Campo Grande, 2007.

ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo: Uma Análise Conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.08, n.02, p.259-272, 2006. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm> Acesso em 28 maio de 2015.

BECK, Carmem Lúcia Colomé; MINUZZI, Danieli. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica**. Santa Maria, 2008.

BLASCO, Pablo Gonzáles; JANAUDIS, Marco Aurelio; LEOTO, Roberto Ferreira; LEVITES, Marcelo Rozenfeld; MORETO, Graziela; RONCOLETTA, Adriana Fernanda Tamassia. **Princípios da medicina de família**. São Paulo: Sombrama, 2003.

CARVALHO, Alysso Massote; SOUZA, Rafaela Assis de. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *In: Estudos de Psicologia*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *In: Caderno de Saúde Pública*. Vol. 24. Rio de Janeiro, 2008.

GUSMÃO, J.L.; MION, J.R.O. Adesão ao tratamento-conceitos. **Rev brasileira de hipertensão**. 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE: **CENSOS E ESTIMATIVAS**. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> Acesso em: 12/08/2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série Cadernos de Atenção Básica nº 15 – série A. *In: Normas e Manuais Técnicos*. Brasília, 2006.

PEDRO, PINHEIRO. **Revista Brasileira de Hipertensão** .disponível em < <http://www.mdsaude.com/category/cardiologia> > Acesso em: 12/08/2010.

PICCINI, Roberto Xavier; VICTORA, Cesar Gomes. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *In: Revista Saúde Pública*. Pelotas, 2009.

Revista Brasileira de Hipertensão “Eu sou 12 por 8” . disponível em <http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>. Acesso em: 12/08/2010.

SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Atenção à saúde do adulto. *In: Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Rio de Janeiro, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular**. Vol. 101, nº 6, Supl. 2. Rio de Janeiro, 2013.

