

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

ZAYRA GONZÁLEZ FONSECA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O NÚMERO DE PACIENTES
ADULTOS COM RISCO DE DESENVOLVER A HIPERTENSAO ARTERIAL
SISTEMICA NA ESTRATEGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICIPIO
MOEMA, MINAS GERAIS**

Bom Despacho/ Minas Gerais

2015

ZAYRA GONZÁLEZ FONSECA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O NÚMERO DE
PACIENTES ADULTOS COM RISCO DE DESENVOLVER A HIPERTENSAO
ARTERIAL SISTEMICA NA ESTRATEGIA DA SAÚDE DA FAMILIA DO
MUNICIPIO MOEMA, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Wânia Da Silva
Carvalho.

Bom Despacho/Minas Gerais

2015

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O NÚMERO DE PACIENTES
ADULTOS COM RISCO DE DESENVOLVER A HIPERTENSAO ARTERIAL
SISTEMICA NA ESTRATEGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO
MOEMA, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora:

Prof.^a Wânia da Silva Carvalho

Prof.a Silvana Spíndola de Miranda

Aprovado em Belo Horizonte, ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais: por me ensinar e incentivar fortes valores na minha educação, e por serem sempre meus maiores exemplos a seguir.

Ao meu esposo pelo amor e apoio incondicional.

Ao povo de Moema pelo carinho.

AGRADECIMENTOS

À professora: Wânia Da Silva Carvalho por suas orientação e dedicação.

À Secretaria de Saúde de Moema pela ajuda e apoio incondicional.

À minha equipe de saúde e colegas de trabalho pela ajuda e contribuição.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica constitui um importante problema de saúde sendo um dos fatores de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. No diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Lázaro Lino Lacerda, observou-se elevado número de pacientes adultos com risco de desenvolver a hipertensão arterial. Sendo assim, esse estudo teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para aumentar o conhecimento da população adulta sobre os principais fatores de riscos que contribuem para a diminuição e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES). A metodologia foi executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Nesse estudo priorizou-se o problema do elevado número de pacientes adultos com risco de desenvolver a hipertensão arterial, em seguida a explicação do problema e a seleção dos nós críticos, foi necessário uma revisão de literatura e posteriormente elaborou-se um plano de ação. Conclui-se ser necessário, desenvolver estratégias na assistência para aumentar o nível de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial e mudar hábitos e estilos de vida inadequados.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, hábitos e estilos de vida.

ABSTRACT

The Systemic Hypertension is a major health problem being one of the most important risk factors for development of cardiovascular disease. In the situational diagnosis of the area covered by the Family Health Strategy Lázaro Lino Lacerda was observed high number of adult patients at risk of developing hypertension. Thus, this study aimed to develop an action plan to increase awareness of the adult population of the main risk factors that contribute to the reduction and control of systemic hypertension. The method used was the Situational Strategic Planning (PES). The methodology was performed in three steps: realization of situational diagnosis, literature review and development of a plan of action. In the high of the problem was prioritized study number of adult patients at risk of developing high blood pressure, then the explanation of the problem and the selection of critical nodes, a literature review was needed and subsequently elaborated a plan of action. In conclusion, if necessary, develop strategies in helping to increase the population's level of knowledge about hypertension and change habits and styles of inadequate life.

Keywords: Hypertension, habits and lifestyles.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
LILACS	Literatura Latino – Americana e do Caribe
PSF	Programa Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE	13
3 JUSTIFICATIVA	18
4 OBJETIVOS	19
5 METODOLOGIA	20
6 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
7 PLANO DE AÇÃO	25
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a hipertensão arterial sistêmica compõe dois terços de todas as mortes no mundo, devido à propagação de fatores de riscos associados, a globalização e a urbanização. Tais doenças ocupam um lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica que tem resultado em uma predominância dos agravos crônicos não transmissíveis como principal causa de morbimortalidade da população (GAYTON, 2011).

O controle dos fatores de risco como o tabagismo, sedentarismo, obesidade, sobrepeso, uso excessivo de álcool e dislipidemias, se torna mais crítico tendo em conta que muitos dos pacientes não sabem que tem a doença, o que significa que a maioria está predisposta a complicações futuras (FERRER, 2011).

Modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria idéia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, idéias, valores, pensamentos e sentimentos.

A Hipertensão Arterial constitui um problema de saúde em todo o mundo por sua crescente incidência e prevalência, assim como sua associação à elevada morbidade e mortalidade devido as complicações que surgem em seu curso (GAYTON, 2011).

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SANTOS, 2011).

1.1 Contexto de desenvolvimento do projeto de intervenção

Localizado na região do Alto São Francisco, o município de Moema se estende por 202,7 km² e contava com 7 428 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 34,7 habitantes por km² no território do município. Vizinho dos municípios de Lagoa da Prata, Bom Despacho e Araújos, Moema se situa a 16 km ao Norte-Leste de Lagoa da Prata a maior cidade nos arredores. Situado a 662 metros de altitude, de Moema as coordenadas geográficas do município Latitude: 19° 51' 5" Sul Longitude: 45° 24' 45" Oeste (DIVISAO TERRITORIAL DO BRASIL, 2008).

Não são conhecidos os nomes dos primeiros desbravadores do local, guardando a tradição dos senhores Manoel Costa Gontijo, espanhol de nascimento, e Pedro Ferreira da Silva, como os primeiros brancos a fixarem residência na região, dedicando-se à lavoura. A partir daí, foram aparecendo novos moradores, pessoas entusiasmadas com a terra fértil e pastagens perenes (T. J. MARTINS, 2001)

O povoado instalado em terras doadas por Pedro Ferreira da Silva e Antônio Dionísio Ferreira, teve seu primeiro nome "Largo de São Pedro" originado de uma capela em devoção a São Pedro. Anos mais tarde, em virtude de uma viatura carregada de rapadura ter caído no córrego que atravessava o povoado, o córrego passou a ser conhecido como Córrego Doce, passando o povoado a ser conhecido como "Doce" (T. J. MARTINS, 2001).

O município conta com duas (2) Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 100% de cobertura e um (1) hospital geral. Conta com três (3) médicos, três (3) enfermeiros, (cinco) (5) técnicas de enfermagem e 18 agentes comunitários de saúde.

A Estratégia Saúde da Família Lázaro Lino Lacerda está inserida na unidade de saúde Alexandre De Oliveira Filho, posto que foi inaugurada no ano 2007 e reformada em setembro de ano 2014, situada na rua Araguari do município Moema. A equipe de saúde está composta por seis (6) agentes comunitários de saúde, uma (1) técnica em enfermagem, uma (1) enfermeira e um (1) médico. O processo de

trabalho da equipe está organizado em consultas, grupos operativos, visitas domiciliares, reuniões e educação continuada para todos os profissionais.

A unidade possui espaços adequados para o acolhimento do paciente, contando com locais com condições adequadas para o atendimento do paciente.

O acolhimento tem uma boa organização, tem acessibilidade a toda a população como um elemento estrutural importante em acolhimento, junto com a disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos pacientes, exemplo o serviço está disponível oito (8) horas durante o dia, com todo o pessoal necessário para realizar um bom atendimento, tem duas formas de atendimento, as demandas espontâneas e as consultas programadas, além de viabilizar o primeiro contato por meio da equipe de saúde; tem impacto positivo na comunicação e relação da equipe de saúde e no desenvolvimento de um processo compartilhado entre equipe, gestor de saúde e usuários do sistema de serviços de saúde.

2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE

Primeiro passo: definição dos problemas

A seguir é apresentada a lista dos problemas levantados na área de abrangência da ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) Lázaro Lino Lacerda do município de Moema/MG.

1- Elevado número de pacientes adultos com risco de Hipertensão Arterial

2 - Problemas de saúde mental

3 - Aumento da incidência do câncer

4 - Gravidez precoce

5 - Problemas de saúde ambiental

6- Dislipidemias

Segundo passo: priorização de problemas

A partir da definição da lista de problemas junto à equipe de saúde, torna-se necessária a priorização dos mesmos com base na sua importância, urgência e a capacidade da equipe para intervenção. É importante ressaltar que essa priorização indica uma demanda momentânea da Estratégia da Saúde da Família (ESF) atual e que é feita a partir da opinião dos membros da ESF, não descaracterizando cada um dos outros problemas como importantes na comunidade de abrangência.

Assim, foi feita uma padronização para classificar cada problema na importância

(alta, média ou baixa), urgência (pontos de zero a 10) e capacidade de enfrentamento (se está parcialmente, dentro ou fora da capacidade da equipe). Após essa classificação, a seleção por ordem decrescente de prioridade para intervenção é feita a partir da análise das três variáveis classificadas.

Tabela 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Lázaro Lino Lacerda, Moema/MG, 2015

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado número de pacientes adultos com risco de Hipertensão Arterial	Alta	8	Parcial	1
Problemas de saúde mental	Alta	7	Parcial	2
Aumento da incidência do câncer	Media	6	Parcial	3
Gravidez precoce	Baixa	5	Parcial	4
Problema de saúde ambiental	Baixa	5	Fora	4
Dislipidemias	Alta	7	Parcial	2

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF Lázaro Lino Lacerda.

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Frente à alta incidência da hipertensão arterial e a sua condição de ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares é fundamental conhecer quais são os pacientes nessa população adulta com fatores de risco para desenvolver a doença.

O problema de saúde selecionado como uma prioridade a resolver foi o elevado número de pacientes adultos com fatores de risco de Hipertensão Arterial.

A população total do PSF é de 2297 pacientes, desses, 1113 são adultos (maiores de 18 anos) e da população adulta aproximadamente 60% dos pacientes tem fatores de riscos que contribuem para a aparição da hipertensão arterial.

Quarto passo: explicação do problema

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

Durante as consultas foi possível perceber que a falta de informação e prevenção foram pontos chaves para justificar o desenvolvimento da doença. Como por exemplo, muitos pacientes não entendem por desconhecimento e/ou analfabetismo quais são os principais fatores de risco da hipertensão arterial e como evitá-los, entre os quais destacamos: o diabetes mellitus, obesidade, sobrepeso, sedentarismo, tabagismo, ingestão de sal e álcool, anti-inflamatórios não hormonais, anticoncepcionais orais e as dislipidemias.

Doença/condição	Número de pacientes
Diabetes <i>mellitus</i>	56
Dislipidemias	110
Tabagistas	80
Etilistas	10
Obesos	17
Mulheres em uso de anticoncepcionais orais	151

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF Lázaro Lino Lacerda.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” são definidos como pontos do problema que quando alterados causam impacto direto no problema e, além disso, está no espaço de governabilidade de quem deseja agir, ou seja, é passível de intervenção na instância do agente. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Desse modo, diante de todas as causas possivelmente relacionadas ao problema priorizado apresentam-se como nós críticos:

1- Os hábitos de vida inadequados da população como:

- Controle do peso: entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque na prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Uma alimentação inadequada está associada de forma indireta a maior risco cardiovascular, que pode, ainda, ser associado a outros fatores de risco como obesidade, dislipidemia e HAS.
- Ingestão excessiva de álcool: o álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial.
- Ingestão excessiva de sal: a restrição do sal na dieta causa uma pequena redução da pressão arterial e é a única medida não medicamentosa que reduz, de fato, o risco de desenvolver doença cardiovascular. A dificuldade de seguir continuamente as recomendações de restringir sal em condições reais – até porque a maior parte do sal contido nos alimentos é adicionada na fase industrial – é o maior limitante da efetividade dessa abordagem terapêutica.
- Hábito de fumar: o tabagismo também aumenta o risco de hipertensão e a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40%.
- Ausência de exercício físico regular: indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. Um estilo de vida ativo pode modificar este quadro tendo

efeito preventivo importante. A atividade física regular associa-se a múltiplos benefícios para a saúde, incluindo redução da incidência de doenças cardiovasculares e morte por esta causa. De forma similar, a prática de atividades físicas regulares associa-se à redução dos níveis pressóricos.

2- Falta de conhecimento sobre os principais fatores de risco da Hipertensão Arterial.

3- Poucas atividades educativas para aumentar o conhecimento geral da doença e suas complicações.

.

3 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada um dos grandes problemas para a saúde pública, agravada por sua prevalência e detecção quase sempre tardia, além de constituir um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares é o maior problema social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes (SANTOS, 2011).

Devido a sua elevada incidência e prevalência na população brasileira, vem tornando-se um problema de saúde pública de grande importância, pois reduz a expectativa de vida e traz muitas complicações cardíacas, renais, além de elevado custo econômico e social.

Sendo assim torna-se necessário que a equipe da ESF enfoque seu trabalho para o auxílio do indivíduo com risco de hipertensão arterial a fazer mudanças em seus hábitos de vida, por meio da conscientização da população sobre a promoção à saúde.

4 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Elaborar um plano de intervenção para aumentar o conhecimento da população adulta sobre os principais fatores de risco que contribuem para a diminuição e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar os fatores de risco da hipertensão arterial na população adulta cadastrada na área de abrangência;
- Realizar ações educativas com base no conhecimento sobre os fatores de risco de hipertensão arterial.

5 METODOLOGIA

O presente estudo se trata de um projeto de intervenção, que será realizado no ano de 2015 pela Equipe de Saúde da Família Lazaro Lino Lacerda de Moema/ Minas Gerais, após a realização do diagnóstico situacional, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O projeto será realizado com os pacientes adultos com risco de hipertensão de ambos sexos assistidos nas consultas médicas com o objetivo mudar estilos e hábitos inadequados de vida relacionados a HAS em conjunto com a equipe básica de saúde, agentes comunitários de saúde, e líderes comunitários.

Serão considerados como critério de inclusão nas ações do projeto de intervenção todos os pacientes com risco de HAS, que residem na área de abrangência da ESF e concordam em participar das atividades. Serão usados os prontuários dos pacientes e suas fichas para a coleta de dados.

Para a construção desse projeto serão utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências De Saúde), artigos científicos nacionais, entre outros.

Para subsidiar a abordagem teórica do projeto, será realizada uma revisão na literatura com os seguintes descritores: fatores de risco, hipertensão, promoção em saúde, equipe do Programa Saúde da Família.

6 REVISÃO DA LITERATURA

Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

A hipertensão é uma doença cardiovascular crônica, e está relacionada com a força que o sangue faz contra as paredes das artérias para conseguir circular por todo o corpo. A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque nos vasos nos quais o sangue circula se contraem. A hipertensão dilata o coração, ataca o cérebro, rins e danifica os vasos. Quando o entupimento de um vaso acontece no coração, causa angina, que pode ocasionar um infarto. No cérebro, o entupimento ou rompimento de um vaso, leva ao “derrame cerebral” ou AVC. Nos rins podem ocorrer alterações na filtração até a paralisação dos órgãos. Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, aproximadamente 24,3% da população brasileira tem hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013).

É definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p.14).

A HAS é um dos mais importantes problemas de saúde pública. Apesar de apresentar alta prevalência, ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem serem portadores (PEDROSA; DRAGER, 2010).

Fatores de risco

A hipertensão é herdada dos pais em 90% dos casos. Em uma minoria, a hipertensão pode ser causada por uma doença relacionada, como distúrbios da tireoide ou em glândulas endócrinas, como a suprarrenal. Entretanto, podem ser classificados em dois grupos: os fatores não modificáveis e os fatores modificáveis. Dentre os fatores não modificáveis estão a hereditariedade, a idade e a raça e entre os fatores modificáveis estão o sedentarismo, o tabagismo, a ingestão

de sal e de álcool, a obesidade, o estresse, níveis altos de colesterol e sono inadequado (MINAS GERAIS, 2006).

Tipos

A hipertensão pode ser dividida em três estágios, definidos pelos níveis de pressão arterial. Esses números, somados a condições relacionadas que o paciente venha a ter, como **diabetes** ou histórico de **AVC**, determinam se o risco de morte cardiovascular do paciente é leve, moderado, alto ou muito alto. Além disso, quanto mais alta a pressão arterial, maior a chance de o paciente precisar usar medicamentos.

Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio I	140-159	90-99
Hipertensão estágio II	160-179	100-109
Hipertensão estágio III	≥ a 180	≥ a 110

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.8).

Diagnóstico da HAS

O diagnóstico de hipertensão é feito pela medida da pressão. A forma mais comum é a medida casual, feita no consultório com aparelhos manuais ou

automáticos. A hipertensão também pode ser diagnosticada por aparelhos que fazem aproximadamente 100 medidas de pressão durante 24 horas (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010, p.4).

Segundo a SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010), para a medida confiável da pressão arterial algumas considerações são importantes, como por exemplo, certificar-se de que o paciente não tenha fumado, ingerido café e bebidas alcoólicas, não esteja com a bexiga cheia, entre outros, além de deixá-lo no mínimo 5 minutos de repouso antes de efetuar a medida.

Prevenção Primária

Mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência.

A HAS pode ser controlada por meio de medidas medicamentosas e não medicamentosas. Dentre as medidas não medicamentosas, a mudança no estilo de vida é considerada uma terapia definitiva para alguns indivíduos e uma terapia coadjuvante para todos os outros indivíduos hipertensos. Mesmo que as mudanças diárias não consigam o completo controle da pressão arterial elas poderão ajudar a aumentar a eficácia dos agentes farmacológicos (MAHAN; SCOTT- STUMP, 2002).

Dentre as principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS pode-se citar: evitar ficar parado, caminhar mais, subir escadas em vez de usar o elevador, diminuir ou abandonar o consumo de bebidas alcoólicas, tentar levar os problemas do dia a dia de maneira mais tranquila, manter o peso saudável, ter uma alimentação saudável e diminuir o consumo do sal na comida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.3).

O peso deve ser mantido na faixa ideal, aferido pelo índice de massa corporal (peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros), entre 20 kg/m² e 25 kg/m². A ingestão diária de sódio deve ser no máximo de 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio. Recomenda-se que a ingestão diária de potássio fique entre 2 g e 4 g, contidos em uma dieta rica em frutas e vegetais frescos. O consumo diário de

álcool deve ser abandonado ou limitado a 30 ml de etanol para os homens (720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada) e à metade dessas quantidades para as mulheres. Deve-se praticar exercícios físicos aeróbios, de 30 a 45 minutos por dia, três ou mais vezes por semana e manter a ingestão adequada de cálcio e magnésio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1998).

Além disso, recomenda-se também interromper o tabagismo. Sua interrupção reduz o risco de acidente vascular encefálico, de doença isquêmica do coração e de doença vascular arterial periférica, além de evitar seus outros efeitos deletérios (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1998).

Após a descrição dos “nós críticos” e diante do problema priorizado, segue o desenvolvimento do desenho das operações, ou seja, o plano de ação:

7 PLANO DE AÇÃO

Sexto passo: desenho das operações

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os nós críticos) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem vários tipos de recursos, a saber: econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder também denominados como políticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

É fundamental, neste momento, termos claro, também, os produtos e os resultados esperados de nossas operações, pois eles nos ajudam no monitoramento do nosso plano de ação.

Para facilitar a exposição dos nós críticos, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução, foi construída uma planilha, apresentada abaixo:

Tabela 1: Desenho de operações para os “nós” críticos do o elevado número de pacientes adultos com risco de Hipertensão Arterial

Nó crítico	Operação projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos de vida inadequados da população.	Sim a prevenção Modificar estilos de vida.	- Diminuir 20% de tabagistas, etilistas e obesos. -Adesão da população às mudanças propostas.	-Programa da campanha educativa na rádio local. -Capacitação da equipe de saúde no	Cognitivos: Para orientações saudáveis. Políticos: Conseguir o espaço na rádio local. Econômicos: Folhetos educativos, recursos audiovisuais. Organizacionais: Para

			<p>trabalho de informação e educação para orientar a população de risco, fomentando a Cultura dietética e da atividade física.</p> <p>-Implantar grupo educativo para apoiar a adoção de hábitos saudáveis pela população.</p>	<p>caminhadas e exercício físico.</p>
<p>Falta de conhecimento sobre os principais fatores de risco da Hipertensão Arterial.</p>	<p>Saber +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implantar um programa educativo para a população. - Agendar as atividades com a população. 	<p>População mais informada sobre os riscos de hipertensão arterial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atividades agendadas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Programa da campanha educativa na rádio local sobre comunidade saudável. -Avaliação do nível de informação da população de risco. 	<p>Cognitivos: Aumentar conhecimento sobre principais fatores de risco que conduzem a hipertensão arterial</p> <p>Políticos: Conseguir o espaço na rádio local.</p> <p>Articulação intersectorial e mobilização social.</p> <p>Econômicos: Folhetos educativos, recursos audiovisuais.</p> <p>Organizacionais: organização da agenda.</p>
<p>Poucas atividades educativas para aumentar o conhecimento geral da</p>	<p>+ Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discutir com a equipe, organizar e agendar atividades educativas oferecer 	<ul style="list-style-type: none"> - Atingir 80% da comunidade com maior conhecimento em geral da doença. - Equipe consciente 	<ul style="list-style-type: none"> -Campanhas promocionais de saúde em diferentes pontos da comunidade e 	<p>Cognitivos: Para o desenvolvimento da campanha.</p> <p>Políticos: Articulação entre os setores da</p>

doença e suas complicações .	orientações necessárias.	e comprometida com a comunidade. - Atividades agendadas	no posto de saúde. -Processo de educação continuada.	saúde e adesão dos profissionais da área. Econômicos: Para confeccionar e comprar os materiais. Organizacionais: organização da agenda Distribuição do pessoal em diferentes atividades.
------------------------------	--------------------------	------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: PES da ESF Lazaro Lino Lacerda de Moema/MG, junho de 2015

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação. A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os recursos foram agrupados em uma tabela de acordo com os “ nós” a serem enfrentados.

Tabela 2: recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas, responsáveis e prazos.

Operação/projeto	Recursos	Responsáveis	Prazos
Sim a prevenção	Políticos: Conseguir o espaço na rádio local. Econômicos: Folhetos educativos, recursos audiovisuais.	-Dra. Zayra - Lic. Lorena Santana. - Téc. em enfermagem Selma	Início em três meses.
Saber +	Políticos: Conseguir o espaço na rádio local; articulação intersetorial e mobilização social. Econômicos: Folhetos educativos, recursos audiovisuais	-Dra. Zayra - Lic. Lorena Santana. - Téc. em enfermagem Selma. - ACS	Três meses para o início das atividades e término em 6 meses.
+ Saúde	Cognitivos: Para o desenvolvimento da campanha. Políticos: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais da área. Econômicos: Para confeccionar e comprar os materiais.	- Dra. Zayra. - Lic. Lorena Santana. - Téc. Em enfermagem Selma. - ACS.	Início em quatro meses e término em 6 meses.

Fonte: PES da ESF Lazaro Lino Lacerda de Moema/MG, junho de 2015.

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. São aquelas nas quais o ator não controla, previamente, os recursos necessários para alcançar seus objetivos.

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.

A motivação de um ator pode ser classificada como:

- Motivação favorável - o ator que controla determinado recurso crítico para execução do plano coloca-o à disposição, como que “transfere” o controle do recurso para o ator que está planejando.

- Motivação indiferente - pressupõe que o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido, assim como não está claro se ele, ativamente, fará oposição à utilização desse recurso crítico para execução do plano.

- Motivação contrária - caracteriza-se por uma oposição ativa à utilização do recurso, ou seja, pode-se também considerá-la uma oposição ativa ao plano. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

É preciso estar atento para o fato de que a avaliação sobre a motivação de outros atores é sempre situacional e, portanto, instável e sujeita a mudanças.

A idéia de construir ou criar viabilidade para o plano sustenta-se em possibilidades trabalhadas pelo PES, que colocam como sendo, até certo ponto, possível transformar as motivações dos atores. Isto pode ser conseguido por meio de ações estratégicas que buscam mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo

pressionar certos atores para que mudem sua posição (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Tabela 3: propostas de ações para motivação dos atores

Operações/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla Ações estratégicas	Motivação	
Sim a prevenção	Políticos: Conseguir o espaço na rádio local. Econômicos: Folhetos educativos, recursos audiovisuais.	ESF Secretário de Saúde. Setor de comunicação social.	Favorável Favorável	Apoio dos profissionais. Apresentar projeto para a ESF.
Saber +	Políticos: Conseguir o espaço na rádio local, articulação intersetorial e mobilização social. Econômicos: Folhetos educativos, recursos audiovisuais	ESF Secretário de Saúde, educação, planejamento. Setor de comunicação social.	Favorável Favorável	Apoio dos profissionais. Apresentar projeto para a ESF. Apoio das associações
+ Saúde	Cognitivos: Para o desenvolvimento da campanha. Políticos: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais da área. Econômicos: Para confeccionar e comprar os materiais	ESF Secretário de Saúde Setor de comunicação social.	Favorável	Apresentar projeto para a ESF. Apoio dos profissionais. Apoio das associações

Fonte: PES da ESF Lazaro Lino Lacerda de Moema/MG, junho de 2015.

Nono passo: elaboração do plano operativo

O objetivo desse passo é:

- 1- Designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação);
- 2- definir os prazos para a execução das operações

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dessa forma nosso projeto possui alguns responsáveis e prazos a serem cumpridos, como podemos observar na Tabela 4.

Tabela 4: O plano operativo

Operação	Resultado	Produto	Responsáveis	Prazo
Sim a prevenção	Diminuir 20% de tabagistas, etilistas e obesos. -Adesão da população as mudanças propostas.	- Programa da campanha educativa na rádio local, com uma frequência semanal. - Criar oficinas para a capacitação da equipe de saúde no trabalho de informação e educação para orientar a população de risco, fomentando a Cultura dietética e da atividade física, com uma frequência	-Dra. Zayra - Lic. Lorena Santana. - Tec. Em enfermagem Selma.	Início em três meses.

		<p>quinzenal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implantar grupo educativo para apoiar a adoção de hábitos saudáveis pela população, assim como implantar grupos de caminhadas para obesos, que serão realizados com uma frequência quinzenal. - Implantar grupos operativos para a reeducação do hábito de fumar e diminuir o consumo excessivo do álcool, envolvendo a equipe de saúde, com uma frequência quinzenal. 		
Saber +	<p>População mais informada sobre os riscos de hipertensão arterial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atividades agendadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa da campanha educativa na rádio local sobre comunidade saudável e hábitos de vida inadequados com uma frequência semanal. - Avaliação do nível de informação da população de risco, através das consultas 	<ul style="list-style-type: none"> - Dra. Zayra. - Lic. Lorena Santana. - Téc. Em enfermagem Selma. ACS. 	<p>Três meses para o início e término em 6 meses</p>

		<p>e visitas domiciliares.</p> <p>- Programas de campanha educativa nas escolas, centros de trabalho para aumentar o conhecimento da população sobre os fatores de risco de forma geral da Hipertensão Arterial, com uma frequência mensal.</p>		
+ Saúde	<p>- Atingir um 80% da comunidade com maior conhecimento em geral da doença.</p> <p>- Equipe consciente e comprometida com a comunidade.</p> <p>- Atividades agendadas.</p>	<p>-Campanhas promocionais de saúde em diferentes pontos da comunidade e no posto de saúde, com uma frequência quinzenal.</p> <p>-Processo de educação continuada.</p>	<p>-Dra. Zayra</p> <p>- Lic. Lorena Santana.</p> <p>- Téc. Em enfermagem Selma.</p> <p>-ACS</p>	<p>Início em quatro meses e término em 6 meses.</p>

Fonte: PES da ESF Lazaro Lino Lacerda de Moema/MG, junho de 2015

Décimo passo: Gestão do plano

Nesse último passo, é preconizado elaborar um plano de gestão das operações e quais serão os instrumentos para acompanhamento do projeto.

Esse momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar 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 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Tabela 5: Acompanhamento do plano de ação

Operação	Produto	Responsáveis	Prazo inicial	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<p>Sim a prevenção</p> <p>Modificar hábitos de vida</p>	<p>- Programa da campanha educativa na rádio local.</p> <p>- Capacitação da equipe de saúde no trabalho de informação e educação para orientar a população de risco, fomentando a Cultura</p>	<p>-Dra. Zayra</p> <p>- Lic. Lorena Santana.</p> <p>- Téc. Em enfermagem Selma.</p>	<p>Início em três meses.</p>			

	dietética e da atividade física.					
Saber + - Implantar um programa educativo para a população · - Agendar as atividades	- Programa da campanha educativa na rádio local sobre comunidade saudável. - Avaliação do nível de informação da população de risco.	-Dra. Zayra - Lic. Lorena Santana. - Téc. Em enfermagem Selma. ACS	Três meses para o início e término em 6 meses.			
+ Saúde -Discutir com a equipe, organizar e agendar	- Campanhas promocionais de saúde em diferentes pontos da	-Dra. Zayra - Lic. Lorena Santana. - Téc. Em enfermagem Selma.	Início em quatro meses e término em 6			

atividades educativas oferecer orientações necessárias.	comunidade e no posto de saúde. - Processo de educação continuada	-ACS	meses			
---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	------	-------	--	--	--

Fonte: PES da ESF Lazaro Lino Lacerda de Moema/MG, junho de 2015

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo constatou-se que um fator importante relacionado ao aumento do número de pacientes adultos com risco de desenvolver a hipertensão arterial sistêmica, é a falta de conhecimento sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco, sua condição crônica e seus riscos de complicações quando não tratadas. Torna-se assim necessário, desenvolver estratégias na assistência para que ocorra uma comunicação efetiva entre equipe-hipertenso-família, com intuito de aumentar o conhecimento da população sobre a hipertensão arterial e diminuir o número de pacientes com fatores de risco como o sedentarismo, o sobrepeso, a obesidade, o tabagismo, o alcoolismo e as dislipidemias. Além disso, espera-se aumentar o grau de satisfação da população quanto à atenção prestada pela equipe e, com isso, diminuir as filas na Unidade Básica de Saúde na sala de acolhimento.

Sendo assim, a finalidade do plano de ação foi de propor ações para aumentar o nível de conhecimento da população sobre a hipertensão e também auxiliar na modificação de hábitos e estilos de vida. O papel fundamental é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas pelos responsáveis designados para cada projeto, assim como, o estabelecimento dos prazos para obter os resultados de forma satisfatória.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde /** Brasília: Ministério da Saúde, 2006,58 p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

DIVISAO TERRITORIAL DO BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística (IBGE) (1 de julho de 2008).

FERRER S. La hipertensión arterial como causa de morbilidad. Rev Cub Med.Mil [revista en internet]. 2011 Jun [citada 2014 Oct 2]; 40(2):168-173. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000200008&lgn=es.

GAYTON. Tratado de Fisiologia Medica.12 edição, Rio de Janeiro:Elsevier;2011.

MAHAN, K.; SCOTT-STUMP, S. **Krause alimentos, nutrição & dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2002.

MARTINS T. J, Livro "Quem somos" De onde viemos", As origens do povoado do doce. 2da edição.2001.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006, 198 p.

PEDROSA, R.P.; DRAGER, L.F. **Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica**, 2010. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1430/diagnostico_e_classificacao_da_hipertensao_arterial_sistemica.htm Acesso em: 30/09/14.

SANTOS, Z. M. S. A, Hipertensão arterial- um problema de saúde pública Revista Brasileira em Promoção de saúde 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**, 1998. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/consenso3.asp> . Acesso em: 29 10 14.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO SBH. **Dados de hipertensão arterial por capital**, 2013. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=435> Acesso em: 30/09/2014.