

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

YENISEY FRÓMETA DOMINGUEZ

**PLANO DE AÇÃO PARA ESTIMULAR ESTILOS DE VIDA MAIS
SAUDÁVEIS ENTRE OS HIPERTENSOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESF NOVA ESPERANÇA**

GOVERNADOR VALADARES - MG

2015

YENISEY FRÓMETA DOMINGUEZ

**PLANO DE AÇÃO PARA ESTIMULAR ESTILOS DE VIDA MAIS
SAUDÁVEIS ENTRE OS HIPERTENSOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESF NOVA ESPERANÇA**

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

Orientadora: Daniela Coelho Zazá

GOVERNADOR VALADARES - MG

2015

YENISEY FRÓMETA DOMINGUEZ

**PLANO DE AÇÃO PARA ESTIMULAR ESTILOS DE VIDA MAIS
SAUDÁVEIS ENTRE OS HIPERTENSOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESF NOVA ESPERANÇA**

Banca Examinadora

Prof^a. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof^a. Maria Dolores Soares Madureira (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: 04/ 02/ 2015

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais: por me trazerem a este mundo, incentivarem fortes valores na minha educação, e por serem sempre meus maiores exemplos a seguir.

Aos meus irmãos: por estarem presentes em todo momento.

Ao meu amado esposo: por ser parte da minha vida, pelo apoio incondicional, cumplicidade, fidelidade e confiança.

À Tutora Presencial Fernanda Magalhães Rocha: pela compreensão e contribuição durante o desenvolvimento do curso de especialização.

À professora Daniela Coelho Zazá: pelas sugestões, compreensão, orientação e dedicação.

À Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG): por ter me dado a possibilidade de ser uma melhor profissional.

Ao Programa “Mais Médicos”: pela oportunidade de adquirir uma experiência indescritível na minha vida pessoal e profissional.

Aos professores Eliani Moraes e Fábio Lima pelo ensino de português.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra, tornaram possível a realização desta especialização.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica constitui um importante problema de saúde pública. No diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Nova Esperança observou-se elevado número de hipertensos. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para estimular estilos de vida mais saudáveis entre os hipertensos da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Nova Esperança. A metodologia foi executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: falta de conhecimento da população sobre a doença; hábitos de vida inadequados; estrutura dos serviços de saúde ineficiente e; processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “Saber +” para aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS; “+Saúde” para modificar hábitos e estilos de vida; “Cuidar Melhor” para melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos hipertensos e; “Linha de Cuidado” para implantar a linha de cuidado para atenção à pacientes hipertensos.

Palavras chave: Hipertensão, Hábitos de vida, Processo de trabalho, Atenção primária.

ABSTRACT

Hypertension is an important public health problem. Situational diagnosis of the area covered by the Family Health Strategy Nova Esperança was observed a high number of hypertensive patients. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan to promote healthy lifestyles among hypertensive patients of the area covered by the Family Health Strategy Nova Esperança. The methodology is carried out in three stages: realization of situational diagnosis; literature review and the development of action plan. In this study we selected the following critical node: lack of knowledge by the population about the disease; inadequate lifestyle; inefficient structure of health services and; inappropriate process of work at the family health team. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects "knowing +" in order to increase the level of knowledge of the population about hypertension; "+ Health" in order to change habits and lifestyles; "Best care" in order to improve the structure of services for the care of hypertensive patients and; "Care Line" in order to implement the care line for the care of hypertensive patients.

Keywords: Hypertension, Lifestyle, Work processes, Primary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 | Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos | 16 |
| Quadro 1 | Priorização dos problemas identificados na ESF Nova Esperança | 18 |
| Quadro 2 | Desenho das operações para os “nós críticos” selecionados | 20 |
| Quadro 3 | Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados | 22 |
| Quadro 4 | Proposta de ação para motivação dos atores | 22 |
| Quadro 5 | Elaboração do plano operativo | 23 |
| Quadro 6 | Planilha de acompanhamento do projeto: Saber + | 25 |
| Quadro 7 | Planilha de acompanhamento do projeto: +Saúde | 25 |
| Quadro 8 | Planilha de acompanhamento do projeto: Cuidar Melhor | 25 |
| Quadro 9 | Planilha de acompanhamento do projeto: Linha de Cuidado | 26 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 08 |
| 2 | JUSTIFICATIVA | 11 |
| 3 | OBJETIVO | 12 |
| 4 | METODOLOGIA | 13 |
| 5 | REVISÃO DE LITERATURA | 14 |
| 5.1 | Hipertensão arterial sistêmica (HAS) | 14 |
| 5.2 | Diagnóstico e Classificação da HAS | 15 |
| 5.3 | Prevenção Primária | 16 |
| 6 | PLANO DE AÇÃO | 18 |
| 6.1 | Primeiro passo: definição dos problemas | 18 |
| 6.2 | Segundo passo: priorização de problemas | 18 |
| 6.3 | Terceiro passo: descrição do problema selecionado | 19 |
| 6.4 | Quarto passo: explicação do problema | 19 |
| 6.5 | Quinto passo: seleção dos “nós críticos” | 19 |
| 6.6 | Sexto passo: desenho das operações | 20 |
| 6.7 | Sétimo passo: identificação dos recursos críticos | 21 |
| 6.8 | Oitavo passo: análise de viabilidade do plano | 22 |
| 6.9 | Nono passo: elaboração do plano operativo | 23 |
| 6.10 | Décimo passo: gestão do plano | 24 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 27 |
| | REFERÊNCIAS | 28 |

1 INTRODUÇÃO

Ipatinga é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais. Pertencente à mesorregião e microrregião do Vale do Rio Doce. Localiza-se a 215 km de Belo Horizonte, possui uma área de 164,884 Km² e conta, atualmente, com uma população de aproximadamente 255.266 habitantes (IBGE, 2014). Os limites do município são com os municípios de Coronel Fabriciano (a oeste), Mesquita e Santana do Paraíso (norte), Caratinga (a leste) e Timóteo (sul). Em 2010 a população urbana representava aproximadamente 98,96% da população total e a população rural representava 1,04% (ADHB, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Ipatinga era 0,771 em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799) (ADHB, 2013). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,122), seguida por Longevidade e por Renda (ADHB, 2013).

A renda per capita média de Ipatinga cresceu 106,48% nas últimas duas décadas, passando de R\$417,92 em 1991 para R\$613,05 em 2000 e R\$862,91 em 2010 (ADHB, 2013).

O serviço de abastecimento de água e coleta de esgoto é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) e atinge 100% da população. O recolhimento de resíduos sólidos é realizado pela prefeitura municipal através de uma empresa terceirizada, que transporta toda a produção para o aterro sanitário localizado na divisa com Caratinga e também atinge 100% da população (ADHB, 2013).

Ipatinga caracteriza-se por uma forte presença siderúrgica e industrial em sua economia. O Produto interno bruto - PIB de Ipatinga é o maior de sua microrregião, sendo seguido por Timóteo, destacando-se na área industrial (IBGE, 2010).

A agricultura tem pouca importância em Ipatinga. De todo o PIB da cidade 1.299 mil reais é o valor adicionado bruto da agropecuária. Segundo o IBGE em 2008 o município possuía um rebanho de 2602 bovinos, 402 suínos, 92 equinos, 39 Muares, 165 Ovinos e 3467 aves, dentre estas 1940 galinhas e 1527 galos, frangos e pintinhos. Em 2008 a cidade produziu 564 mil litros de leite de 537 vacas. Foram produzidos sete mil dúzias de ovos de galinha e 2289 quilos de mel de abelha. Na

lavoura temporária são produzidos principalmente o milho (368 toneladas), o arroz (64 toneladas) e o milho (42 toneladas) (WIKIPÉDIA, 2014).

A indústria atualmente é o setor mais relevante para a economia ipatinguense. 2.664.623 reais do PIB municipal são do valor adicionado bruto da indústria (setor secundário). Cerca de 20 a 30% da produção industrial do município é gerada pela Usiminas - Usinas Siderúrgicas de Minas Gerais - e sua subsidiária a Usiminas Mecânica (USIMEC), produtora de estruturas metálicas, máquinas pesadas e vagões de trens. A siderúrgica foi criada, graças ao Plano de metas de JK, que previa a construção de uma usina de grande porte, para produzir aço. A Usiminas exerce uma grande participação na cultura e na vida ativa da cidade, tendo interferido, inclusive, em seu planejamento urbano (DRUMOND, 2012).

1.992.439 mil reais do PIB municipal são de prestações de serviços (terciário). O setor terciário atualmente é a segunda maior fonte geradora do PIB ipatinguense. De acordo com o IBGE a cidade possuía no ano de 2008, 6.453 empresas e 134.026 trabalhadores. O principal centro comercial de Ipatinga é o Shopping do Vale do Aço, sendo ainda um dos mais movimentados da região do Vale do Rio Doce (WIKIPÉDIA, 2014).

100% da população do município são usuários do SUS. O Programa Saúde da Família foi implantado no município em 2012 e conta atualmente com 40 equipes de saúde da família.

Estou inserida na ESF Nova Esperança desde janeiro de 2014. A ESF Nova Esperança está dividida em sete microáreas que atendem 423 famílias cadastradas, totalizando 2725 moradores.

A equipe de saúde da família é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e sete agentes comunitárias de saúde (ACS). Além disso, contamos com um auxiliar de serviços gerais e uma recepcionista.

O espaço físico compreende uma recepção, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de curativo, sala de nebulização, sala de vacina, sala de medicação, sala de reunião, acolhimento, sala de espera do segundo pavimento, farmácia, cozinha e área de serviço.

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Nova Esperança foi possível identificar diferentes problemas, os quais por ordem de prioridade são: elevado número de hipertensos, alta prevalência de Diabetes Mellitus

(DM), alta incidência de dislipidemias, maus hábitos alimentares, elevado número de fumantes, alta incidência de doenças mentais, alta incidência de doenças respiratórias e alta incidência de doenças dermatológicas.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006), pois tem alta prevalência e baixas taxas de controle (BRANDÃO *et al.*, 2010). Além disso, é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2006).

Este estudo se justifica pelo elevado número de hipertensos na área de abrangência da ESF Nova Esperança no município de Ipatinga. De acordo com dados da equipe mais de 50% dos usuários estão com hipertensão arterial descompensada, o que constitui uma das causas mais frequentes de consulta médica. Acredita-se que dentre os principais motivos para estes índices tão elevados da pressão arterial estão o excesso de peso, os hábitos alimentares inadequados, o uso excessivo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo.

O projeto pretende subsidiar os profissionais da ESF na atenção ao usuário hipertenso, com ênfase em mudanças de estilos de vida, pois mudanças nos estilos de vida são recomendadas não só na prevenção da HAS, mas também no controle da mesma (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação para estimular estilos de vida mais saudáveis entre os hipertensos da área de abrangência da ESF Nova Esperança.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Nova Esperança. Para isso utilizou-se a Estimativa Rápida. “A Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.35).

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais, autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.36).

Após a realização do diagnóstico situacional foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Biblioteca Virtual em Saúde (bvs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) por meio dos seguintes descritores: hipertensão, fatores de risco, estilo de vida e saúde da família.

Por fim, com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação realizado através do método Planejamento Estratégico Situacional (PES).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

“A HAS 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).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Por ser uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

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 da HAS (PEDROSA; DRAGER, 2010). Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, aproximadamente 24,3% da população brasileira tem hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013).

A HAS é uma doença basicamente assintomática, pois a maioria dos casos é diagnosticada após vários anos de existência no organismo. Desta forma, torna-se muito importante a investigação clínica, identificando a etiologia da hipertensão, o grau de comprometimento dos órgãos alvo envolvidos e outros fatores de risco associados, que possam influenciar no prognóstico (CUPPARI, 2005).

Os fatores de risco para a HAS 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 e o estresse (MINAS GERAIS, 2006).

“Mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.3). “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).

Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (< 2,4 g/dia), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz para prevenir e reduzir a HAS (BRASIL, 2006). Além disso, pessoas fisicamente ativas apresentam menor probabilidade de desenvolver hipertensão quando comparadas a pessoas sedentárias (GONÇALVES *et al.*, 2007). Por isso, a mudança no estilo de vida é uma das ferramentas mais importante para a redução efetiva da PA (OLMOS; BENSENOR, 2001).

5.2 Diagnóstico e Classificação da HAS

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.4) a HAS é “diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. A PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde”.

É importante considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. Deve-se ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, não só pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, mas também pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante (BRASIL, 2006).

Os procedimentos de medida da pressão são simples e de fácil realização. Algumas condutas podem evitar erros, como o preparo apropriado do paciente, o uso de técnica padronizada e de equipamento calibrado (OGIHARA *et al.* apud 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, etc. além de deixá-lo no mínimo 5 minutos de repouso antes de efetuar a medida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A medida da PA pode ser realizada pelo método indireto, com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide, ou

com técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados, estando todos calibrados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na tabela 1 estão apresentados os valores que classificam os indivíduos acima de 18 anos.

Tabela 1 - 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 | \geq a 180 | \geq a 110 |

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

5.3 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 através 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: alimentação saudável, consumo controlado de sódio

e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.3).

Dentre as modificações do estilo de vida pode-se citar: controle do peso; redução da ingestão de sódio; aumento da ingestão de potássio; redução ou abandono da ingestão de álcool; prática de exercícios físicos e suplemento de cálcio e magnésio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1998).

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).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Nova Esperança e após análise e discussão com a equipe de saúde foi possível identificar diferentes problemas, os quais por ordem de prioridade são:

1. Elevado número de hipertensos;
2. Alta prevalência de Diabetes Mellitus (DM);
3. Alta incidência de dislipidemias;
4. Maus hábitos alimentares;
5. Elevado número de fumantes;
6. Alta incidência de doenças mentais;
7. Alta incidência de doenças respiratórias e;
8. Alta incidência de doenças dermatológicas.

6.2 Segundo passo: priorização de problemas

Após a identificação dos problemas, os mesmos foram classificados de acordo com a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na ESF Nova Esperança.

| Principais problemas | Importância | Urgência | Capacidade de Enfrentamento | Seleção |
|--------------------------------------------|--------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
| Elevado número de hipertensos | Alta | 9 | Parcial | 1 |
| Alta prevalência de Diabetes Mellitus (DM) | Alta | 9 | Parcial | 1 |
| Alta incidência de dislipidemias | Alta | 8 | Parcial | 2 |
| Maus hábitos alimentares | Alta | 7 | Parcial | 3 |
| Elevado número de fumantes | Média | 5 | Parcial | 4 |
| Alta incidência de doenças mentais | Média | 5 | Parcial | 4 |
| Alta incidência de doenças respiratórias | Média | 5 | Parcial | 4 |

| | | | | |
|-------------------------------------------|-------|---|---------|---|
| Alta incidência de doenças dermatológicas | Média | 4 | Parcial | 5 |
|-------------------------------------------|-------|---|---------|---|

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

A equipe definiu o elevado número de hipertensos como o problema prioritário depois de constatar que mais de 50% da população maior de 15 anos sofre com a doença. Além disso, constitui uma das causas mais frequentes de assistência a consulta médica.

6.4 Quarto passo: explicação do problema

A HAS constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo e é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Além disso, é responsável por pelo menos 40% das mortes por AVC e 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, é responsável por aproximadamente 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Considero muito importante avaliar este problema, pois a HAS é uma doença assintomática e tem alta prevalência na área de abrangência da ESF Nova Esperança. Em nossa área de abrangência são muito frequentes fatores de risco que tem influência na aparição da HAS como o excesso de peso, hábitos alimentares inadequados, o uso excessivo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo. Além disso, é possível verificar problemas relacionados à estrutura dos serviços de saúde e ao processo de trabalho da equipe.

6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Depois desta análise identificamos como "nós críticos" do elevado número de hipertensos:

- Falta de conhecimento da população sobre a doença;
- Hábitos de vida inadequados;
- Estrutura dos serviços de saúde ineficiente;

- Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado.

6.6 Sexto passo: desenho das operações

O plano de ação é composto de operações elaboradas 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 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.66).

O quadro 2 apresenta o desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.

| Nó Crítico | Operação / Projeto | Resultados Esperados | Produtos Esperados | Recursos Necessários |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Falta de conhecimento da população sobre a doença | Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS. | População mais informada sobre, prevenção, riscos e complicações da HAS. | Campanhas educativas através de grupos operativos; campanhas educativas na rádio local; capacitação dos ACS. | Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. |
| Hábitos de vida inadequados | +Saúde Modificar hábitos e estilos de vida. | Aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos e com alimentação equilibrada. | Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de caminhada, dança, etc.); grupos operativos para orientação nutricional. | Organizacional: organização dos grupos operativos; Cognitivo: informação sobre o tema; Político: conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial com a rede; Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos educativos. |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estrutura dos serviços de saúde ineficiente. | Cuidar Melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos hipertensos | Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos. | Profissionais de saúde capacitados para oferecer hipertensos serviços de qualidade | Organizacional: envolvimento da equipe Políticos: decisão de recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento de oferta de exames. |
| Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado | Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes Hipertensos. | Cobertura de 80% da população acima dos 15 anos. | Protocolos implantados; recursos humanos capacitados; gestão da linha de cuidado. | Cognitivo: elaboração do projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos. |

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome algum tipo de recurso. Entretanto, essa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. 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, p.66).

No quadro 3 estão apresentados os recursos críticos para a execução das operações.

Quadro 3 - Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.

| Operação/Projeto | Recursos críticos |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS. | Político: articulação inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. |
| +Saúde Modificar hábitos e estilos de vida. | Político: conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial com a rede; Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos educativos. |
| Cuidar Melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos hipertensos | Políticos: decisão de recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento de oferta de exames. |
| Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes Hipertensos. | Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; |

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

A ideia central desse passo é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Sendo assim, ele precisa identificar os atores que controlam os recursos críticos para definir as operações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.70).

O quadro 4 apresenta a proposta de ação para motivação dos atores.

Quadro 4 - Proposta de ação para motivação dos atores.

| Operações/ Projetos | Recursos críticos | Controle dos recursos críticos | | Ação estratégica |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------|-------------------------|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS. | Político: articulação inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. | Secretário de Saúde | Favorável | Não é necessária |
| +Saúde Modificar hábitos e estilos de vida. | Político: conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial com a | Secretaria de Educação | Favorável | Não é necessária |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| | rede; Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos educativos. | Secretário de Saúde | Favorável | |
| Cuidar Melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos hipertensos | Políticos: decisão de recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento de oferta de exames. | Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde. | Favorável Favorável Favorável Indiferente | Apresentar projeto de estruturação da rede. |
| Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes Hipertensos. | Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; | Secretário Municipal de Saúde | Favorável | Não é necessária |

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

O plano operativo tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. Sendo assim, após reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento ficou definido, por consenso, a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o quadro 5.

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo.

| Operações | Resultados | Produtos | Ações estratégicas | Profissionais Envolvidos | Prazo |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------------------|
| Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS. | População mais informada sobre, prevenção, riscos e complicações da HAS. | Campanhas educativas através de grupos operativos; campanhas educativas na rádio local; capacitação dos ACS. | Não é necessária | Equipe de Saúde. | Três meses para o início das atividades. |

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| +Saúde Modificar hábitos e estilos de vida. | Aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos e com alimentação equilibrada. | Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de caminhada, dança, etc.); grupos operativos para orientação nutricional. | Não é necessária | Equipe de Saúde. | Início em quatro meses; Avaliações a cada semestre; Início em dois meses |
| Cuidar Melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos hipertensos | Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos. | Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade | Apresentar projeto de estruturação da rede. | Secretaria de Saúde | Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos; quatro meses para compra dos equipamentos início em quatro meses |
| Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes Hipertensos. | Cobertura de 80% da população acima dos 15 anos. | Protocolos implantados; recursos humanos capacitados; gestão da linha de cuidado. | Não é necessária | Secretaria de Saúde | Início em três meses |

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.10 Décimo passo: gestão do plano

“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, p.75). Os quadros 6 a 9 apresentam a situação atual das

operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 6 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Saber +**.

| Operação: Saber + | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------|------------------------|----------------------|-------------------|
| Produtos esperados | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Campanhas educativas através de grupos operativos; campanhas educativas na rádio local; capacitação dos ACS. | Equipe de Saúde | Três meses para o início das atividades. | Aguardando implantação | | |

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: **+Saúde**.

| Operação: +Saúde | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|-------------------|
| Produtos esperados | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de caminhada, dança, etc.); grupos operativos para orientação nutricional. | Equipe de Saúde. | Início em quatro meses; Avaliações a cada semestre; Início em dois meses | Aguardando implantação | | |

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Cuidar Melhor**.

| Operação: Cuidar Melhor | | | | | |
|------------------------------------|---------------------|-------------------|------------------------|----------------------|-------------------|
| Produtos esperados | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Profissionais de saúde capacitados | Secretaria de Saúde | Quatro meses para | Aguardando implantação | | |

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade | | apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos; quatro meses para compra dos equipamentos início em quatro meses | | | |
|-----------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 9 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Linha de Cuidado.**

| Operação: Linha de Cuidado | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------------------|----------------------|-------------------|
| Produtos esperados | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Protocolos implantados; recursos humanos capacitados; gestão da linha de cuidado. | Secretaria de Saúde | Início em três meses | Aguardando implantação | | |

Fonte: Autoria Própria (2015)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após estudos sobre a questão da hipertensão arterial na área de abrangência da ESF Nova Esperança no município de Ipatinga foi possível concluir que o melhor controle da mesma depende de mudanças no estilo de vida da população e no processo de trabalho da equipe. Acredita-se que dentre os principais motivos para o elevado número de hipertensos estão o excesso de peso, os hábitos alimentares inadequados, o uso excessivo de álcool, o tabagismo, o sedentarismo, além do processo de trabalho inadequado da equipe.

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, assim como melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos hipertensos.

Acredita-se que o plano de ação poderá estimular estilos de vida saudáveis entre os hipertensos da área de abrangência da ESF Nova Esperança por meio de informações sobre prevenção, riscos e complicações da HAS; do aumento do número de hipertensos fisicamente ativos e com alimentação equilibrada e também por meio de um serviço de saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS

ADHB – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Perfil Municipal – Ipatinga/MG**. Disponível em http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/ipatinga_mg . Acesso em 03/09/14.

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.

BRANDÃO, A.A. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.** v.32, suppl.1, p. 1-4, 2010.

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

CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto**. 1ed, Barueri. São Paulo: Manole, 2005.

DRUMOND, A.R.S. **Uso do método “moss bag” com Sphagnum capillifolium para o biomonitoramento de metais da poluição atmosférica em Ipatinga, Minas Gerais**. 2012, Dissertação (mestrado) Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, 2012.

GONÇALVES, S. *et al.* Hipertensão arterial e a importância da atividade física. **Estud. Biol.** v.29, n.67, p.205-213, abr/jun, 2007.

IBGE - cidades. **Ipatinga, Minas Gerais, 2014**. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313130&search=minas-gerais|ipatinga> . Acesso em 03/09/14.

IBGE – **Produto Interno Bruto dos municípios 2004, 2008**. Rio de Janeiro, 2010.

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

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

OGIHARA, T. *et al.* The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *Hypertension Research*; v.32, p.11-23, 2009 citado por SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010.

OLMOS, RD; BENSENOR, IM. Dieta e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. **Revista brasileira de hipertensão**, v.8, p. 221-224, 2001.

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.

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. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 1. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. p. 1-48, 2006.

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.

WIKIPÉDIA. **Ipatinga**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Ipatinga>. Acesso em 30/09/2014.