

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

DAYAN RIBEAUX GONZALEZ

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHOR CONTROLE DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA “WALTER  
FERNANDES” NO MUNICÍPIO DE ANTONIO CARLOS/MG**

JUIZ DE FORA - MG

2015

DAYAN RIBEAUX GONZALEZ

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHOR CONTROLE DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA “WALTER  
FERNANDES” NO MUNICÍPIO DE ANTONIO CARLOS/MG**

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: Professora Daniela Coelho Zazá

JUIZ DE FORA - MG

2015

DAYAN RIBEAUX GONZALEZ

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHOR CONTROLE DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA “WALTER  
FERNANDES” NO MUNICÍPIO DE ANTONIO CARLOS/MG**

Banca Examinadora

Prof. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Flavia Casasanta Marini (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

No diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Walter Fernandes observou-se elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para melhor controle dos pacientes hipertensos da Estratégia Saúde da Família Walter Fernandes. 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: baixo nível de conhecimento da população sobre a hipertensão; hábitos de vida não saudáveis da população; falhas na abordagem dos pacientes com hipertensão arterial e; falta de capacitação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família para fornecer um atendimento mais qualificado. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “saber mais” para aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão; “mexa-se” para incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas; “cuidar melhor” para garantir a todos os pacientes um atendimento mais qualificado e; “mais cuidados” para capacitar e treinar os profissionais da Estratégia Saúde da Família para o atendimento aos hipertensos.

**Palavras chave:** hipertensão, hábitos de vida, processo de trabalho, atenção primária.

## ABSTRACT

Considering the situational diagnosis of the covered area by the Family Health Strategy Walter Fernandes was observed a high prevalence of systemic arterial hypertension. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan for better control of hypertensive patients of the Family Health Strategy Walter Fernandes. 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: low population level of knowledge about hypertension; unhealthy life habits of the population; failure to approach the patients with hypertension and; lack of training of health professionals at the Family Health Strategy to provide a more qualified service. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects "to know more" to increase the population's level of information on hypertension; "get moving" in order to encourage the modification of eating habits and physical activity; "take better care" to ensure all patients a more qualified service and; "more care" to enable and train professionals in the Family Health Strategy for the care of hypertensive.

**Keywords:** hypertension, lifestyle, work process, primary care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Classificação dos problemas identificados na ESF Walter Fernandes	15
Quadro 2	Desenho das operações para os “nós críticos” selecionados .....	17
Quadro 3	Recursos críticos para a execução das operações .....	18
Quadro 4	Proposta de ação para motivação dos atores .....	19
Quadro 5	Elaboração do plano operativo.....	20
Quadro 6	Acompanhamento do plano de ação.....	21

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>07</b>
2	JUSTIFICATIVA .....	09
3	OBJETIVO .....	10
4	METODOLOGIA .....	11
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
5.1	Hipertensão Arterial Sistêmica .....	12
5.2	Formas de controle da hipertensão .....	12
<b>6</b>	<b>PLANO DE AÇÃO</b> .....	<b>15</b>
6.1	Primeiro passo: definição dos problemas .....	15
6.2	Segundo passo: Priorização de problemas .....	15
6.3	Terceiro passo: Descrição do problema selecionado .....	16
6.4	Quarto passo: Explicação do problema .....	16
6.5	Quinto passo: Seleção dos “nós críticos” .....	17
6.6	Sexto passo: Desenho das operações .....	17
6.7	Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos .....	18
6.8	Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano .....	19
6.9	Nono passo: Elaboração do plano operativo .....	20
6.10	Décimo passo: Gestão do plano .....	21
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>22</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>23</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Antônio Carlos é um município brasileiro do estado de Minas Gerais localizado na mesorregião do Campo das Vertentes, microrregião de Barbacena. Localiza-se a 168 km da capital Belo Horizonte. Atualmente, Antônio Carlos tem uma população de aproximadamente 11.534 habitantes (IBGE, 2014). O município possui uma área de 529,915 Km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 20,97 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Antônio Carlos em 2010 era de 0,683. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699) (ADHB, 2013).

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Antônio Carlos reduziu 42%, passando de 25,9 por mil nascidos vivos em 2000 para 14,9 por mil nascidos vivos em 2010 (ADHB, 2013).

Em 2010, 38,74% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 26,58% o ensino médio (ADHB, 2013). Entre 2000 e 2010, a taxa da população de 18 anos ou mais que era economicamente ativa passou de 60,13% para 59,77%. Em 2010, das pessoas empregadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 25,03% trabalhavam no setor agropecuário (ADHB, 2013).

Em 2010 93,2% da população recebia água encanada nos domicílios, 99,5% energia elétrica e 97,9% tinham coleta de lixo (somente para a população urbana) (ADHB, 2013).

Aproximadamente 98% da população do município são completamente dependentes do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com quatro Unidades de Saúde da Família e um pequeno hospital onde são realizados os atendimentos de urgência e primeiros socorros.

O Programa Saúde da Família foi implantado no município em 2002 e conta atualmente com quatro equipes de saúde da família.

Estou inserido na ESF Walter Fernandes do município de Antônio Carlos desde dezembro de 2013. A ESF está dividida em oito microáreas que atendem 1187 famílias cadastradas, totalizando 3796 moradores. O horário de funcionamento da ESF é de segunda a sexta de 7:00 às 16:00 horas.



A equipe de saúde da família é composta por dois médicos, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, dois dentistas, três auxiliares de saúde bucal, oito agentes comunitários de saúde (ACS) e duas recepcionistas.

A unidade tem um bom espaço físico, está situada em um prédio próprio inaugurado há aproximadamente três anos. Existe sala para reuniões, recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, três salas para consulta médica, uma sala para consulta de enfermagem, pré-consulta, almoxarifado, farmácia, sala de vacinação, sala dos agentes de saúde, sala de expurgo e de esterilização. Além da estrutura física, também está muito bem equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe.

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Walter Fernandes foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos, elevado número de diabéticos, hiperlipidemia e alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

## 2 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Como a HAS exige tratamento para a vida toda (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010) e na área de abrangência da ESF Walter Fernandes existe uma alta prevalência de HAS, este trabalho justifica-se como forma de buscar um melhor controle dos hipertensos e com isso reduzir possíveis complicações cardiovasculares.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de ação para melhor controle dos pacientes hipertensos da ESF Walter Fernandes.

#### **4 METODOLOGIA**

Foi realizado, inicialmente, um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Walter Fernandes com o objetivo de identificar os principais problemas e definir ações a serem implementadas. Selecionou-se como principal problema a alta prevalência de HAS.

Posteriormente à identificação do principal problema foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACS), onde foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco, doenças cardiovasculares, atenção básica, educação em saúde.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação, executado pelo método de planejamento estratégico situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) para buscar um melhor controle dos hipertensos e com isso reduzir possíveis complicações cardiovasculares.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

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).

Ela é considerada o principal fator de risco para complicações como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

Segundo Dib, Riera e Ferraz (2010 *apud* MARINHO *et al.*, 2011) o custo anual estimado para o tratamento da hipertensão arterial no sistema público de saúde no Brasil foi de US\$ 398,9 milhões e representou 1,43% dos gastos totais do SUS. Esses dados mostram o impacto econômico da hipertensão para o SUS.

De acordo com Boing e Boing (2007) o impacto da HAS deve ser ainda maior nos próximos anos, devido ao aumento no número de casos.

De acordo com a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel 2012, 24,3% da população brasileira têm hipertensão arterial (BRASIL, 2013). Até 2025, o número de hipertensos em países como o Brasil, deverá crescer 80% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2015).

Em 95% dos casos a HAS é primária ou essencial, ou seja, a etiologia é desconhecida, mas resultante de uma complexa rede de causalidade. Esse tipo de HAS é incurável, necessitando detecção e tratamento precoces, para prevenção de lesão em órgãos alvo e consequentes complicações (BRASIL, 2001).

Dentre os fatores de risco para a HAS que devem ser abordados e controlados estão: alimentação (sobretudo quanto ao consumo de sal), sobrepeso e obesidade, sedentarismo, tabagismo e uso excessivo de álcool (BRASIL, 2006).

### 5.2 Formas de controle da hipertensão

Somente diagnosticar a HAS não é suficiente, pois além do diagnóstico o paciente deve ser convencido sobre a necessidade de adesão ao tratamento para controle da doença (CAVALARI, 2010).

O tratamento da HAS consiste basicamente na terapia medicamentosa e não medicamentosa (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009). A terapia não medicamentosa deveria ser a primeira proposta terapêutica nos casos de hipertensão arterial leve (níveis tensionais entre 140-159/90-99 mmHg). Já para valores pressóricos superiores, o tratamento medicamentoso deve ser associado ao não medicamentoso (LOPES; BARRETO-FILHO; RICCIO, 2003 *apud* BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

A terapia não medicamentosa está relacionada às mudanças de estilo de vida que incluem o controle do peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e prática regular de atividade física (BRASIL, 2006). As mudanças de estilo de vida ajudam a reduzir não só os níveis tensionais, mas também os fatores de risco cardiovasculares (FERREIRA, 2009).

“O excesso de peso é um fator predisponente para a HAS. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da HAS pode ser explicada pela presença do excesso de peso” (BRASIL, 2006, p.25). A adoção de hábitos alimentares saudáveis é um componente muito importante da prevenção primária da hipertensão arterial (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007). A redução da ingestão de sal pode atrasar ou prevenir a incidência da HAS em indivíduos normotensos, além de contribuir para a redução da pressão arterial em hipertensos que fazem uso de terapia medicamentosa (DEVEZA, 2012). Além disso, torna-se importante incluir alimentos ricos em potássio na alimentação diária (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

No caso de indivíduos com comportamento limítrofe da pressão arterial recomenda-se o tratamento medicamentoso somente em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Estratégia Saúde da Família, enquanto política pública nacional, tem se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde (BRASIL, 2001 *apud* MIRANZI *et al.*, 2008, p.673).

No Brasil, um percentual significativo de HAS pode ser tratado na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas preventivas e de promoção de saúde. A atenção primária é o primeiro nível de atenção à saúde e conta com o Programa de Saúde da Família (PSF) que reorganizou suas práticas num ambiente em equipe e participativo, dirigido a populações de territórios bem delimitados (CARVALHO *et al.*, 2012).

Os gastos em saúde são minimizados se a intervenção for feita na atenção primária, e não na secundária ou terciária (SARAIVA *et al.*, 2007).

No caso da atenção primária, que conta com equipes multiprofissionais, pode-se verificar grande vantagem no controle da HAS. As equipes multiprofissionais conseguem pela diversidade de profissionais, esclarecer melhor ao paciente não só sobre a doença, mas também sobre seu papel no tratamento. Esse melhor entendimento faz o paciente analisar a situação, organizar estratégia própria (em relação à dieta, atividade física, etc.) e, eventualmente, iniciá-la (GUSMÃO *et al.*, 2009). Essas orientações e esclarecimentos podem acontecer através de grupos de hipertensos que além de proporcionar o atendimento de um maior número de pacientes, promove a socialização, a troca de experiências e o apoio mútuo entre os participantes (MENEZES; GOBBI, 2010).

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Primeiro passo: Identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade na ESF Walter Fernandes foi possível perceber que algumas melhorias são necessárias tanto estruturalmente, quanto em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Walter Fernandes foi possível identificar diferentes problemas:

- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos;
- Elevado número de diabéticos;
- Hiperlipidemia;
- Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

### 6.2 Segundo passo: Priorização dos problemas

O quadro 1 apresenta a classificação dos problemas identificados no diagnóstico situacional de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento de cada um.

Quadro 1- Classificação dos problemas identificados na ESF Walter Fernandes.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS)	Alta	7	Parcial	1
Elevado número de diabéticos	Alta	6	Parcial	2
Hiperlipidemia	Alta	5	Parcial	3
Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos	Alta	4	Parcial	4

Fonte: Autoria Própria (2015)



### **6.3 Terceiro passo: Descrição do problema**

O tema escolhido para o desenvolvimento deste plano de ação foi a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre os moradores da área de abrangência da ESF Walter Fernandes. Dos 3796 moradores da área de abrangência, 804 são portadores de hipertensão arterial. Torna-se importante enfatizar que a maioria deles leva um estilo de vida inadequado, envolvendo sedentarismo, tabagismo, excesso de sal na dieta, etilismo e obesidade. Para descrição do problema utilizou-se alguns dados do SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe.

### **6.4 Quarto passo: Explicação do problema**

“Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. Este quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.63).

As possíveis causas da elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre os moradores da área de abrangência da ESF Walter Fernandes foram divididas em causas relacionadas ao paciente e causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe de saúde.

Causas relacionadas com o paciente:

- Idade;
- Escolaridade;
- Baixo nível socioeconômico;
- Crenças de saúde;
- Hábitos de vida não saudáveis (tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, etc.);
- Baixo nível de conhecimento sobre a HAS;
- Resistência a mudanças nos hábitos de vida;
- Não seguimento das orientações terapêuticas;
- Pouco apoio familiar.

Causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe de saúde.

- Falhas na abordagem dos pacientes com hipertensão arterial;
- Sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde com consequente redução de tempo nas consultas;
- Falta de treinamento de funcionários administrativos e de saúde.

### 6.5 Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados à alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre a população da área de abrangência da ESF Walter Fernandes.

- Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS;
- Hábitos de vida não saudáveis da população;
- Falhas na abordagem dos pacientes com hipertensão arterial;
- Falta de capacitação dos profissionais da ESF para fornecer um atendimento mais qualificado.

### 6.6 Sexto passo: Desenho das operações

“Com o problema bem explicado e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.66).

O quadro 2 apresenta as operações/projetos necessários para a solução dos nós críticos, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

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

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação / Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS	<b>“Saber mais”</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS	População mais informada sobre a HAS Participação ativa do paciente para melhorar estado de saúde, adesão ao tratamento.	Campanhas educativas através de grupos operativos, incentivando a adesão ao tratamento.	<b>Organizacional:</b> organização da agenda. <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.

				<b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema
Hábitos de vida não saudáveis da população	<b>“Mexa-se”</b> Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas	Aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos e com melhores hábitos alimentares.	Campanhas educativas através de grupos operativos, incentivando a incorporação de hábitos de vida saudáveis.	<b>Organizacional:</b> organização dos grupos operativos <b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema
Falhas na abordagem dos pacientes com hipertensão arterial	<b>“Cuidar melhor”</b> Garantir a todos os pacientes um atendimento mais qualificado e integral	Maior acesso aos serviços de saúde Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos.	Acolhimento eficaz Contratação de compra de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	<b>Financeiro:</b> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos. <b>Político:</b> adesão dos profissionais.
Falta de capacitação dos profissionais da ESF para fornecer um atendimento mais qualificado	<b>“Mais cuidados”</b> Capacitar e treinar os profissionais da ESF para o atendimento aos hipertensos. Melhorar os mecanismos de referência e contra referência.	Atividades realizadas de forma planejada e organizada	Recursos humanos capacitados	<b>Político:</b> adesão dos profissionais. <b>Organizacionais:</b> organização dos cursos de capacitação. Adequação de fluxos (referência e contra referência)

Fonte: Autoria Própria (2015)

### 6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

No quadro 3 estão apresentados os recursos críticos para a execução das operações. “São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.69).

Quadro 3 - Recursos críticos para a execução das operações.

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<b>“Saber mais”</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS	<b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.
<b>“Mexa-se”</b> Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas	<b>Organizacional:</b> organização dos grupos operativos
<b>“Cuidar melhor”</b>	<b>Financeiro:</b> aumento da oferta de exames,

Garantir a todos os pacientes um atendimento mais qualificado e integral	consultas e medicamentos.
<b>“Mais cuidados”</b> Capacitar e treinar os profissionais da ESF para o atendimento aos hipertensos. Melhorar os mecanismos de referência e contra referência.	<b>Organizacionais:</b> organização dos cursos de capacitação. Adequação de fluxos (referência e contra referência)

Fonte: Aatoria Própria (2015)

## 6.8 Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano

Neste passo são necessárias três etapas: a primeira é identificar os atores que controlam os recursos críticos, a segunda é analisar a motivação desses atores e a terceira é traçar as ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). No quadro 4 está apresentada 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
		Quem Controla	Motivação	
<b>“Saber mais”</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS	<b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
<b>“Mexa-se”</b> Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas	<b>Organizacional:</b> organização dos grupos operativos	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
<b>“Cuidar melhor”</b> Garantir a todos os pacientes um atendimento mais qualificado e integral	<b>Financeiro:</b> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.	Prefeito municipal	Indiferente	Reunião com a gerência do município
<b>“Mais cuidados”</b> Capacitar e treinar os profissionais da ESF para o atendimento aos hipertensos. Melhorar os mecanismos de referência e contra	<b>Organizacionais:</b> organização dos cursos de capacitação. Adequação de fluxos (referência e contra referência)	Secretaria de saúde Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária

referência.				
-------------	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2015)

## 6.9 Nono passo: Elaboração do plano operativo

No plano operativo são designados os responsáveis e profissionais envolvidos em cada operação, além da definição dos prazos para a realização dos projetos. O quadro 5 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo.

<b>Operações / Projetos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ação estratégica</b>	<b>Profissionais Envolvidos</b>	<b>Prazo</b>
<b>“Saber mais”</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS	População mais informada sobre a HAS Participação ativa do paciente para melhorar estado de saúde, adesão ao tratamento.	Campanhas educativas através de grupos operativos, incentivando a adesão ao tratamento.	Não é necessária	Toda a equipe	Dois meses para início do projeto
<b>“Mexa-se”</b> Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas	Aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos e com melhores hábitos alimentares.	Campanhas educativas através de grupos operativos, incentivando a incorporação de hábitos de vida saudáveis.	Não é necessária	Toda a equipe	Três meses para início do projeto
<b>“Cuidar melhor”</b> Garantir a todos os pacientes um atendimento mais qualificado e integral	Maior acesso aos serviços de saúde Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos.	Acolhimento eficaz Contratação de compra de exames e consultas especializadas compra de medicamentos	Reunião com a gerência do município	Secretaria de saúde	Aguardando agendamento de reunião
<b>“Mais cuidados”</b> Capacitar e treinar os profissionais da ESF para o atendimento	Atividades realizadas de forma planejada e organizada	Recursos humanos capacitados	Não é necessária	Médico e enfermeira	Seis meses para início do projeto

aos hipertensos. Melhorar os mecanismos de referência e contra referência.					
--	--	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2015)

### 6.10 Décimo passo: Gestão do plano

A gestão do plano auxilia na definição do processo de acompanhamento do plano. O quadro 6 apresenta a planilha de acompanhamento dos projetos.

Quadro 6 - Acompanhamento do plano de ação.

Operações	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
<b>“Saber mais”</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS	Campanhas educativas através de grupos operativos, incentivando a adesão ao tratamento.	Dayan (médico)	Dois meses para início do projeto	Em desenvolvimento
<b>“Mexa-se”</b> Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas	Campanhas educativas através de grupos operativos, incentivando a incorporação de hábitos de vida saudáveis.	Dayan (médico)	Três meses para início do projeto	Em desenvolvimento
<b>“Cuidar melhor”</b> Garantir a todos os pacientes um atendimento mais qualificado e integral	Acolhimento eficaz Contratação de compra de exames e consultas especializadas compra de medicamentos	Dayan (médico)	Aguardando agendamento de reunião	Em desenvolvimento
<b>“Mais cuidados”</b> Capacitar e treinar os profissionais da ESF para o atendimento aos hipertensos. Melhorar os mecanismos de referência e contra referência.	Recursos humanos capacitados	Dayan (médico)	Seis meses para início do projeto	Em desenvolvimento

Fonte: Autoria Própria (2015)

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após estudos na área de abrangência da ESF Walter Fernandes foi possível verificar uma alta prevalência de HAS. Sendo assim, este trabalho buscou desenvolver um plano de ação para melhor controle dos hipertensos e também prevenção de complicações associadas à HAS.

Os projetos têm como objetivos aumentar o nível de informação da população sobre a HAS, incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas, garantir um atendimento mais qualificado e integral e também capacitar e treinar os profissionais da ESF para o atendimento aos hipertensos.

Mudanças no estilo de vida são recomendadas para a prevenção primária da HAS e para melhorar o controle dos pacientes com HAS. As principais recomendações incluem alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, combate ao sedentarismo, ao excesso de peso e também ao tabagismo.

Acreditamos que este plano de ação tenha condições de aumentar o nível de informação da população sobre HAS e também estimular e incentivar as mudanças no estilo de vida. Além disso, acreditamos também que este plano contribuirá para oferecer aos hipertensos um serviço de melhor qualidade.

## REFERÊNCIAS

ADHB – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Perfil Municipal – Antonio Carlos/MG**. Disponível em [http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/antonio-carlos\\_mg](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/antonio-carlos_mg). Acesso em 03/09/14.

BALDISSERA; V.D.A.; CARVALHO, M.D.B., PELLOSO, S.M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n.1, p.27-32, 2009.

BOING, A.C.; BOING, A.F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.14, n.2, p.84-88, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 78p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Ministério da Saúde, 2001 *apud* MIRANZI, S.S.C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto - enferm.** v.17, n.4, p.62-679, 2008.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 136 p.

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

CARVALHO, A.L.M. *et al.*, Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1885-1892, 2012.



CAVALARI, E. **Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial**. 2010. 107 f. Dissertação (mestrado) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

DEVEZA, F. Ingestão de sal na hipertensão arterial: quem e quanto deve reduzir?. **Rev Port Med Geral Fam [online]**. v.28, n.3, p. 229-231, 2012.

DIB, M.W.; RIERA, R.; FERRAZ, M.B. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. V.27, n.2, p.125-131, 2010 Apud MARINHO, M.G.S. *et al*. Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife – Brasil 2011. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.55, n.6, p.406-411, 2011.

FERREIRA, M.T.L. **Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento não-medicamentoso pelos portadores de hipertensão arterial sistêmica da Caponga da Bernarda**. 2009. 18 f. Projeto de intervenção (especialização) – Escola de Saúde Pública do Ceará. Ceará, 2009.

FIGUEIREDO, N.N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.23, n.6, p.782-787, 2010.

GUSMÃO, J.L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.16, n.1, p.38-43, 2009.

IBGE-cidades. **Antonio Carlos, Minas Gerais**. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310290&search=minas-gerais|antonio-carlos> acesso em 05/09/14.

LOPES HF, BARRETO-FILHO JAS, RICCIO GMG. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo*. v.13. n.1, p.148-155, 2003 *apud* BALDISSERA; V.D.A.; CARVALHO, M.D.B., PELLOSO, S.M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n.1, p.27-32, 2009.

MENEZES, A.G.M.P.; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde**, v.34, n.1, p.97-102, 2010.

SARAIVA, K.R.O. *et al.* Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.16, n.2, p.263-270, 2007.

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. Notícias - **Brasil pode ter 80% a mais de hipertensos até 2025**, diz pesquisa. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=69>. Acesso em: 06/02/2015.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** v.89, n.3, p. e24-e79, 2007.