

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CAMILA RAMOS SILVA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA E
COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2017

CAMILA RAMOS SILVA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA E
COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2017

CAMILA RAMOS SILVA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA E
COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em 20 de outubro de 2017.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida
Ao meu filho, Davi, fonte de inspiração.

Ao meu esposo, pelo apoio e incentivo ao trabalho e aos estudos.

A equipe da ESF-Currálinho que contribuíram em minha rotina de trabalho e compartilharam comigo o cuidado em saúde.

A minha orientadora Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete,
pela dedicação.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um grave problema de saúde pública global, devido a sua alta prevalência e baixas taxas de controle. É uma doença multifatorial, sendo caracterizada por uma pressão sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90mmHg. A HAS associa-se a várias complicações como: acidente vascular encefálico, doença arterial periférica, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio e doença arterial coronariana, causando milhões de mortes a cada ano em todo o mundo. Neste sentido, o presente trabalho objetivou elaborar uma proposta de intervenção para redução da incidência e complicações da hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família de Curralinho, Município de Salinas, do Estado de Minas Gerais. Esta proposta se baseou no Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados da SciELO, com os descritores: hipertensão, complicações e educação em saúde além de edições do Ministério da Saúde. Espera-se, com a implantação da proposta de intervenção melhorar o conhecimento dos pacientes em relação à HAS e suas consequências e buscar a realização de um processo de trabalho mais organizado baseado nos princípios de eficiência, equidade, integralidade, participação da comunidade e atendimento humanizado.

Palavras chave: Hipertensão. Complicações. Educação em saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is considered a serious global public health problem due to its high prevalence and low control rates. It is a multifactorial disease, characterized by a systolic pressure greater than or equal to 140mmhg and a diastolic pressure greater or equal to 90mmhg. It has been associated with several complications such as: stroke, peripheral artery disease, heart failure, chronic kidney disease, acute myocardial infarction and coronary artery disease, causing 9.4 million deaths each year worldwide. In this sense, the present study aimed to elaborate a proposal of intervention to reduce the incidence and complications of arterial hypertension in the Family Health Strategy of Curalinho, Salinas Municipality, State of Minas Gerais. This proposal was based on the Situational Strategic Planning and bibliographic research in the Virtual Health Library, in the SciELO database, with the descriptors: hypertension, complications and health education, as well as editions of the Ministry of Health. implementation of the intervention proposal to improve the knowledge of patients regarding SAH and its consequences and seek to carry out a more organized work process based on the principles of efficiency, equity, integrality, community participation and humanized care.

Keywords: Hypertension. Complications. Health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Salinas

Salinas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na mesorregião do Norte de Minas. Compõe com outros municípios da região o Alto Rio Pardo. Está distante 670 km da capital do Estado. É conhecido pela qualidade do requeijão e da carne de sol, pelas tradições, pelo folclore e pela produção agropecuária. Mas nada lhe dá mais notoriedade do que as suas famosas cachaças. Outras atrações da cidade são as Festas Juninas, a Corrida e Caminhada de Salinas realizada anualmente, o Festival Mundial da Cachaça, as jazidas minerais e o artesanato (IBGE, 2015).

Em relação à produção de cachaça, pela sua fama, foi inaugurado em dezembro de 2012, o Museu da Cachaça:

[...] a instituição retrata todo ciclo de produção da aguardente, desde o cultivo de cana de açúcar, a produção artesanal da cachaça de alambique até sua comercialização. As salas expositivas reúnem painéis fotográficos, áudios, vídeos, uma enorme instalação com garrafas de cachaça produzidas em Salinas (1.750 garrafas, numa instalação de 9 metros de altura), equipamentos utilizados nos alambiques e nichos para experiência sensorial das características da bebida. Imagens de Debret e Post ajudam a contar a história da introdução da cana de açúcar no Brasil (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALINAS, 2016, s/p).

Outros pontos turísticos de Salinas são o Mercado Municipal, a Passarela da Alegria, avaliada como um dos maiores espaços de lazer, ofertando à população praças, arborização e parques. É, também, local onde ocorrem os grandes eventos da cidade como o Festival Mundial da Cachaça, o concurso de quadrilhas, a Micareta, dentre outros. Tem, ainda, a Cadeia Velha, transformada em Centro Cultural e em Praça com estrutura para teatro aberto, arquibancadas e palco (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALINAS, 2016).

Em relação à população de Salinas, o município tem 41.091 habitantes conforme as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2016. (IBGE, 2015).

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e cuidado hospitalar, abrangendo 16 cidades da microrregião do alto Rio Pardo, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar. Há cerca de 10 anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 10 equipes na zona urbana e quatro equipes na zona rural. Um grande problema no desenvolvimento da ESF é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

Na Atenção Primária, as 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) são assim denominadas: UBS de Curralinho, UBS de Nova Fátima, UBS de Ferreirópolis e de Nova Matrona, todas localizadas na zona rural.

Na zona urbana tem-se as UBS: UBS São José – Panorama, UBS Nova Esperança – Nova Esperança , UBS Vila Aparecida – Centro, UBS Dr Osvaldo Fernandes Pereira – Floresta, UBS Mario da Costa Guedes – Sao Fidelis, UBS Santo Antônio – Santo Antônio, UBS Vila Canaa – Vila Canaa , UBS Ebenezer – Ebenezer – Salinas. As Unidades contam, ainda, com o Núcleo de Atenção Saúde da Família (NASF) composto por assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e farmacêuticos.

Na Atenção Especializada, temos o atendimento de Cardiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Ortopedia, Neurologia, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Reabilitação CAPS I (Centro de Atencao Psicossocial Infanto Juvenil), CAPS II (Centro de Apoio Psicossocial), Centro de Hemodiálise Dr.Cândido José da Costa, o primeiro da microrregião. A unidade, instalada dentro do Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana, em Salinas, tem capacidade para atender cerca de 80pacientes diariamente.

Quanto à Atenção de Urgência e Emergência, Salinas conta com uma Unidade de Pronto Atendimento denominada Arquiteclino Guimarães (UPA) e um Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Na Atenção hospitalar, tem o Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana e uma Policlínica Salinense (instituição privada).

No que se refere ao Apoio Diagnóstico, Salinas tem o Biomed, Cardiolab,

Laboratório 2 Irmãos, Laboratório de Análises Clínicas Nobel, Laboratório de Próteses Odontológicas Salinas Ltda, Laboratório Gava, Laboratório o Positivo e Laboratório Pinho Ltda. Tem, também, uma Farmácia Básica e o serviço de Vigilância da Saúde.

1.3 A Equipe de Saúde da Família do PSF de Curralinho, seu território e sua população

A Equipe da UBS Curralinho é formada por 13 profissionais, sendo seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma médica, uma cirurgião-dentista, uma auxiliar em saúde bucal, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista e uma pessoa de serviços gerais

O tempo da Equipe Curralinho está ocupado em 60% com atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de consultas agendadas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e agudização de doenças. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, horta comunitária e grupos de hipertensos e diabéticos, que, com o tempo, se mostraram pouco eficazes. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho deixava de ser eficiente. A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

A Unidade Básica de Saúde Curralinho foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada na zona rural do município de Salinas. Seu espaço físico é adequado para realizar os atendimentos aos usuários. Deixa, contudo, a desejar pela falta de sala de reuniões para realizar grupos operativos. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salão da escola, que fica ao lado do centro de saúde.

A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém com número insuficiente de medicamentos ofertados aos usuários, bem como, dificuldade para agendamento de exames e de consultadas com o serviço especializado.

A comunidade de Curralinho possui uma população estimada em 450 famílias. As principais atividades econômicas são a agricultura, extrativismo vegetal (Eucalipto). No que diz respeito ao abastecimento de água a comunidade de Curralinho conta uma Estação de Tratamento de Água (ETA), administrada pela COPANOR. A captação é feita na barragem no rio Bananal, sendo recalçada até a ETA onde ocorre o tratamento e distribuição.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Mediante o trabalho em equipe, foi levantado um grupo de problemas que afetam a população, os quais implicam no estado de saúde da mesma. Em cinco meses de atuação no ESF-Curralinho, localizado na zona rural pude determinar uma série de problemas enfrentados pela comunidade. Entre os principais problemas podemos destacar: dificuldade de acesso na zona rural, baixo nível sócio econômico da população, baixo índice de escolaridade, ausência de saneamento básico, água sem tratamento adequado, elevada incidência de parasitose, alta incidência de doenças mentais, elevada incidência de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes e cujos usuários não assistem regularmente às consultas e não cumprem o tratamento, não funcionamento do sistema de contra referência nos hospitais e de serviços especializados, demora nas referências a algumas especialidades, demora na realização de exames complementares.

No Quadro 1 encontram-se elencados os problemas e respectiva priorização deles de acordo com sua importância, capacidade de enfrentamento e urgência.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Curralinho, Unidade Básica de Saúde de Curralinho, município de Salinas, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
------------------	--------------------	-----------------	------------------------------------	---------------------------------

A alta incidência de pacientes hipertensos descompensados que não cumprem com o tratamento médico	Alta	7	Parcial	1
Infraestrutura deficiente	Alta	4	Fora	6
Nível baixo de escolaridade da população idosa	Alta	3	Fora	7
Dificuldade para entender a prescrição	Alta	3	Parcial	4
Não segue estilo de vida saudável, sedentarismos e dieta inadequada	Alta	5	Parcial	3
Dificuldade de acesso a zona rural	Alta	4	Fora	6
Demora na realização de exames complementares	Alta	6	Parcial	2
Ausência de saneamento básico	Alta	6	Fora	5
Baixo nível sócio econômico	Alta	4	Fora	6
Elevada incidência de parasitose	Alta	5	Parcial	3

Em reunião da equipe de saúde, definiu-se que o problema ser investido no momento e que temos capacidade de enfrentamento é a alta incidência de pacientes hipertensos descompensados que não cumprem o tratamento médico indicado.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) configura-se como uma epidemia mundial, sendo um grande desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo. Esta doença tem uma alta incidência na área de abrangência da ESF-Curralinho, sendo que tal demanda de atendimento tem aumentado diariamente como demonstram os dados do cadastro das famílias e das fichas individuais.

Existem na área de abrangência 330 hipertensos cadastrados de um total de 2180 pacientes, a maioria não cumpre corretamente o tratamento e as orientações sobre alimentação e hábitos de vida, motivo pelo qual requerem atendimento médico frequente e, em geral, apresentam muitas complicações.

Vale ressaltar que alguns pacientes que apresentam elevados índices pressóricos não estão cadastrados como hipertensos e muitos se automedicam sem procurar o profissional da área da saúde.

Na área de abrangência, a doença está relacionada com a falta de conhecimento sobre a mesma e educação insuficiente sobre HAS, inadequados hábitos alimentares, uso incorreto de medicamentos, pouca adesão dos pacientes ao tratamento dietético e mudanças de hábitos e estilos de vida, processo de trabalho inadequado da ESF para enfrentar o problema, sendo necessárias ações educativas que orientem os pacientes, superando tal questão emblemática.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para redução da incidência e complicações da hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família de Curralinho, Município de Salinas, do Estado de Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da Proposta de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

Para subsidiar a proposta, fez-se pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e edições do Ministério da Saúde ,utilizando os seguintes descritores:

Hipertensão

Complicações

Educação em saúde.

5 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a Hipertensão arterial é caracterizada por uma condição clínica com múltiplos fatores caracterizados por níveis elevados de pressão. Frequentemente esses fatores estão associados à alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e, ainda, à alterações metabólicas, tendo como consequências o aumento dos riscos cardiovasculares fatais ou não.

“A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, e considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública [...]” (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006, p.9).

Sabe-se que o controle clínico da HAS, assim como outras doenças crônicas, encontra diversas dificuldades dentre as quais destacamos os problemas estruturais, ou seja, o acesso restrito às consultas, aos exames e medicamentos; dificuldades relativas aos profissionais que, além da falta deles em vários locais, muitos estão desmotivados e insatisfeitos com o próprio trabalho e as dificuldades dos próprios que referem as más condições socioeconômicas e influências culturais interferindo no processo da adesão ao tratamento e à qualidade da assistência prestada (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010).

Existem hábitos que contribuem diretamente para o surgimento da doença, como a ingestão excessiva de sal, uso abusivo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, estresse, tabagismo, diabetes e a obesidade. No entanto, na grande maioria das vezes, a HAS pode ser prevenida, sendo adotado um estilo de vida saudável, podendo manter os níveis pressóricos normais e, conseqüentemente, reduzir a chance de problemas cardiovasculares e cerebrovasculares (NOBRE *et al.*, 2013).

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco CV. As lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 7).

Também Nobre *et al.* (2013, p.263) alertam que a maioria dos pacientes hipertensos é assintomática e que a medida da pressão arterial é fundamental para o diagnóstico bem como a escolha do manguito adequado. Alertam, também, que o diagnóstico deve considerar a “necessidade do conhecimento de outros fatores associados à pressão arterial o que exigirá exames complementares e história clínica dirigida” para se fazer a estratificação de risco e programar o tratamento e as metas a serem atingidas de acordo com o obtido na consulta e que pode variar de paciente para paciente.

Para se alcançar as metas propostas, na Atenção Primária, o cuidado às pessoas com hipertensão busca inserir

[...] mudanças quanto às dificuldades enfrentadas para conseguir atendimento, receber informação adequada por parte do serviço de saúde, conseguir consulta e, mediante agendamento, garantir retorno a estes usuários. Essas mudanças evitam, além de constrangimentos, o abandono do tratamento (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2016, p.515).

Lima, Moreira e Jorge (2016) ressaltam que o cuidado às pessoas com hipertensão arterial deve se pautar, além da clínica e tratamentos instituídos, na criação de vínculo, no acolhimento e na corresponsabilização, com vistas a que as pessoas tenham autonomia e tenham, portanto, redução de possíveis intercorrências advindas da HAS. Estas autoras afirmam, com base em pesquisas realizadas, que a adesão ao tratamento é maior na vigência desses dispositivos.

Para Reiners *et al.* (2012) tendo em vista que a hipertensão é uma doença crônica, seu controle demanda tratamento por toda a vida tanto com medidas farmacológicas quanto não farmacológicas.

O tratamento não farmacológico deve ser feito por equipe multiprofissional e requer: controle de peso, dieta com fibras e menor consumo de sal e de álcool, prática de exercícios físicos, cessação do tabagismo e controle do estresse, dentre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tratamento medicamentoso, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia(,2016, p.35)

deve observar:

Desde que exista indicação de tratamento com medicamentos, o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de

medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos.

Ainda com base nessas diretrizes, a indicação do medicamento pauta-se em buscar reduzir a morbimortalidade cardiovascular, ingestão por via oral e ser bem tolerado; menos doses por dia e doses pequenas e efetivas, ser usado em associação e ser usado no período mínimo de um mês antes de qualquer necessidade de mudanças.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema priorizado “A alta incidência de pacientes hipertensos descompensados que não cumprem com o tratamento médico”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5.1 Descrição do problema selecionado

Entre os usuários do PSF Curralinho, é significativo o número de pacientes hipertensos, porém destaca-se a questão da precária adesão ao tratamento, tendo em vista que, muito embora haja a assistência médica com objetivo de evitar que a incidência e complicações da hipertensão arterial se elevem, nota-se que não está sendo efetivamente controlada a pressão arterial dos pacientes já portadores de HAS e até mesmo entre os pacientes com fatores de risco para desenvolver HAS.

É comum encontrar pacientes portadores dessa doença crônica com maior risco de agudização, uma vez que não há controle adequado. Os pacientes têm dificuldade para entender a prescrição, muitos vivem sozinhos e não sabem ler, outros por acharem que como não sentem nada não precisam de medicação. Além disso, a grande maioria não segue estilo de vida saudável, não faz exercício físico ou segue uma dieta balanceada.

5.2 Explicação do problema selecionado

As explicações para este problema estão relacionadas com a falta de compreensão das prescrições e orientações dadas devido ao baixo índice de escolaridade ou analfabetismo do hipertenso, seu familiar ou cuidador com conseqüente dificuldade para lerem as receitas, devido ao analfabetismo. Também cita-se a dificuldade para seguir as orientações em função da falta de conhecimentos adequados e, ainda, mudança ou abandono do tratamento sem consultar o médico.

Em síntese, havendo fatores genéticos, associados ao envelhecimento populacional, fatores de risco (obesidade, sedentarismo, padrão alimentar) HAS, Falta de aderência ao tratamento e Estilo de vida inapropriado, haverá maior

probabilidade de ocorrência da HAS não controlada, conseqüentemente, resulta em:

- Aumento de risco cardiovasculares (AVC/IAM/HVE)
- Insuficiência Renal
- Perda de produtividade
- Aumento de custos para o sistema de saúde

5.3 Seleção dos nós críticos

A equipe do PSF de Curralinho (Salinas-MG) selecionou os seguintes nós críticos:

- Estilo inadequado de vida dos pacientes;
- Educação deficiente da comunidade e equipe;
- Trabalho em equipe não integrado
- Assistência deficitária em equipe.

5.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2 - Desenho das operações adotadas pela equipe do PSF de Curralinho.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Estilo inadequado de vida dos pacientes	Viver Bem Incentivo para alteração dos hábitos e estilo de vida dos pacientes hipertensos.	Adesão dos pacientes à realização de atividades física regular, além de uma dieta adequada e redução do consumo de sal, tabagismo e álcool.	Educação permanente no HIPERDIA, centro comunitário e escolas. Grupos operativos na UBS	Organizacional: Espaço para desenvolvimento das ações. Política: Ajuda política para os espaços nos centros comunitários. Financeiro: para confecção do material educativo
Educação		Consolidar a informação	Ações educacionais no	Financeiro: para confecção do material

deficiente da comunidade e da equipe do PSF de Curralinho	Mais Saúde Capacitação continuada da HAS e suas complicações e não controle	sobre HAS. Desmistificar os pensamentos incorretos do paciente acerca da doença. Equipe de saúde coesa nas ações de assistência	espaço do PSF Curralinho e no Centro comunitário. Grupo de discussão da equipe de saúde sobre a HAS e como atender os usuários.	Educativo. Cognitivo: planejamento das ações educativas. Organizacional: Convocação da equipe do PSF.
Trabalho em equipe não integrado	Trabalho pleno Reorganizar e efetivar o trabalho da equipe de saúde.	Elevar a cobertura do atendimento. Alcançar os objetivos planejados.	Reuniões e debates quinzenais	Político: colaboração para efetivar o trabalho da unidade. Organizacional: Espaço físico com recursos adequados. Financeiro: para os materiais utilizados nas reuniões
Assistência deficitária em equipe	Assistência integral Implementar uma melhor abordagem dos usuários HAS. Cuidados integrais realizados por todos os membros da equipe de saúde.	Estabelecer um melhor atendimento com ações integradas, educativas e efetivas	Pacientes satisfeitos com o atendimento de saúde e conhecedores da doença e dos cuidados com o próprio corpo. Equipe contente com os resultados alcançados.	Político: equipe coesa Cognitivo: equipe integrada e realizando ações resolutivas.

5.5 Identificação dos recursos críticos

No Quadro 3 são descritos os recursos críticos necessários para implementação da proposta de intervenção

Quadro 3 - Recursos críticos identificados.

Projetos	Cognitivo	Organizacional	Político	Financeiro
Viver bem	Abordagem comportamental com a finalidade de alterar o estilo de vida do paciente, conscientizando-o	Espaço para desenvolvimento das ações.	Ajuda política para os espaços nos centros comunitários	Confecção do material educativo
Mais Saúde	Mudanças de paradigmas e conceitos	Convocação da equipe do PSF.	Apoio financeiro	Confecção do material educativo.
Trabalho pleno	Análise crítica das ações desenvolvidas	Espaço para as reuniões com recursos necessários	Colaboração para efetivar o trabalho da unidade.	Confecção do material para as reuniões
Assistência integral	Comportamental, incentivo a interação entre equipe comunidade	Recrutamento de pessoas para palestras.	Colaboração para efetivar o trabalho da unidade.	Confecção do material educativo.

5.6 Análise da viabilidade do plano

Nesse passo do PES foram destacados os recursos críticos necessários, a pessoa responsável pelas ações e a motivação para execução das atividades propostas, conforme destacado no Quadro 4

Quadro 4 - Pontos de análise da viabilidade do plano de ação.

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Ator controlador	Motivação	Ações estratégicas
Viver bem	Organizacional: Espaço para desenvolvimento das ações. Política: Ajuda política para os espaços nos centros	Gerente da Unidade Secretário de saúde Equipe de saúde	Favorável Indiferente	Elaborar e demonstrar o projeto Apoio da UBS

	comunitários. Financeiro: para confecção do material educativo	Prefeitura	Favorável	Apresentação do projeto
Mais saúde	Financeiro: para confecção do material educativo.	Prefeitura	Indiferente	Apresentar o projeto
	Organizacional: Convocação da equipe do PSF.	Médico e/ou enfermeiro	Favorável	Convites para a equipe para discussão do projeto e suas ações
Trabalho pleno	Político: Colaboração para efetivar o trabalho da unidade.	Equipe de saúde	Favorável	Reuniões de mobilização e sensibilização da equipe
	Organizacional: Espaço físico com recursos adequados. Mobilização da equipe Financeiro: Para os materiais utilizados nas reuniões		Indiferente	
Assistência integral	Organizacional: Recrutamento de pessoas para palestras.	Médico e enfermeiro	Favorável	Preparar o espaço para reunião e discussão após palestras Convites para os usuários pessoalmente e em pontos estratégicos na UBS

5.7 Elaboração do plano operativo

Quadro 5 - Aspectos do plano operativo.

Operações	Resultados	Pró-endemias e epidemia adulta	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Viver bem</p> <p>Incentivo para alteração dos hábitos e estilo de vida dos pacientes hipertensos.</p>	<p>Adesão dos pacientes a realização de atividades físicas regular, além de uma dieta adequada e redução do consumo de sal, tabaco e álcool.</p>	<p>Obesidade e sedentarismo</p>	<p>Apresentação do projeto</p> <p>Apoio da UBS</p>	<p>Enfermeira e médica</p>	<p>6 a 12 meses</p>
<p>Mais Saúde</p> <p>Capacitação continuada das complicações da HAS não controlada</p>	<p>Consolidar a informação sobre HAS.</p> <p>Desmistificar os pensamentos incorretos acerca da doença.</p>	<p>Conhecimento precário</p>	<p>Apresentar o projeto</p> <p>Convites para a equipe para discussão do projeto e suas ações</p>	<p>Enfermeira</p>	<p>6 a 12 meses</p>
<p>Trabalho pleno</p> <p>Reorganizar e efetivar o trabalho do processo de saúde da equipe.</p>	<p>Elevar a cobertura do atendimento.</p> <p>Alcançar os objetivos planejados</p>	<p>Incentivar a organização</p>	<p>Reuniões de mobilização e sensibilização da equipe</p>	<p>Equipe da unidade</p>	<p>6 a 12 meses</p>
<p>Assistência integral</p> <p>Implementar uma melhor abordagem</p>	<p>Estabelecer um melhor atendimento.</p>	<p>Necessidade dos cuidados da equipe</p>	<p>Preparar o espaço para reunião e discussão após palestras</p> <p>Convites para os usuários pessoalmente e em pontos estratégicos na UBS</p>	<p>Equipe da unidade</p>	<p>6 a 12 meses</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo entendemos que a HAS e o seu tratamento adequado envolvem uma multiplicidade de fatores extremamente complexos que exigem de todos os envolvidos o emprego de estratégias combinadas que deem conta dessa complexidade. A HAS, assim como outras doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, apresenta altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado na atenção básica à saúde. Por ser passível de diagnóstico precoce e controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, propostas como a do plano de intervenção em questão são importantes, por contribuir otimizando o controle das afecções crônicas e diminuindo a ocorrência de eventos cardiovasculares na população acometida pela HAS.

Com a implantação desta proposta de intervenção espera-se melhorar o conhecimento dos pacientes em relação à HAS e suas consequências, assim como diminuir os fatores de risco da mesma.

Pretende-se também buscar a realização de um processo de trabalho mais organizado baseado nos princípios de eficiência, equidade, integralidade, participação da comunidade e atendimento humanizado, bem como estimular a modificação dos estilos de vida e aumentar as ações de saúde com a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde e qualificar a informação de toda a população, o cuidado dos usuários e da equipe, disparado pela estratégia educativa.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Perfil Epidemiológico**, Coité do Nóia, AL, 2010. Disponível em < <http://www.atlasbrasil.org.br/2010/>>. Acesso em: 10 de out. 2016

BRASIL, Ministério da Saúde. Brasília Perfil. Municipal. Brasília, 2013. Disponível em: Acesso:12 mar. 2017.

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

DATASUS, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF> Data de acesso: 20 Nov. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **IBGE Cidades@**. Minas Gerais. Salinas Brasília,[online], 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 01. nov. 2016

LIMA, L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 4, p. 514-522, Aug. 2013

NOBRE, F.; COELHO, E. B.; LOPES, P.C.; GELEILETE, T. J. M. Hipertensão arterial sistêmica primária. *Medicina (Ribeirão Preto)*.v.46, n.3, p. 256-72, 2013

REINERS, A.A.O.; SEABRA, F.M.F.; AZEVEDO, R.C.S.; SUDRÉ, M.R.S.; DUARTE S.J.H. Adesão ao tratamento de hipertensos da Atenção Básica. **Cienc Cuidado Saúde**. v.11, n. 3, p. 581-587, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras Cardiol** 2006, Fev: 1–48. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>> Acesso em: 10 out. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 95, n.1(supl.1), p.1-51. 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7 Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial **Arq. Bras Cardiol**. v. 107, n. 3, Suplemento 3,p. 1-83, 2016

SANTA-HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; ELUF-NETO, J. Fatores associados à

não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**. v.26, n.12, p. 2389-98, 2010