

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

SERGIO ROSARIO VEGA DIAZ

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “VIVER COM SAÚDE”,
MUNICÍPIO DE ITAMBACURI, MINAS GERAIS.**

ITAMBACURI /MINAS GERAIS

2015

SERGIO ROSARIO VEGA DIAZ

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “VIVER COM SAÚDE”,
MUNICÍPIO DE ITAMBACURI, MINAS GERAIS.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez.

ITAMBACURI/MINAS GERAIS

2015

SERGIO ROSARIO VEGA DIAZ.

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “VIVER COM SAÚDE”,
MUNICÍPIO DE ITAMBACURI, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora:

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório (examinador)

Aprovada em Belo Horizonte em / /

DEDICATÓRIA

À minha família pelo amor, dedicação e apoio incondicional que sempre me oferece

Aos meus pacientes por haver acreditado desde o primeiro momento em nosso trabalho e pelas imensas demonstrações de respeito, amor e carinho que recebo diariamente de eles que nunca vou esquecer.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente às minhas colegas de trabalho de nossa Unidade Básicas de Saúde UBS “Viver Com Saúde” no qual teria sido impossível desenvolver este trabalho.

A nosso Prof. Heriberto Fiuza Sanchez por sua ajuda, sábias orientações e profundos conhecimentos transmitidos na realização do trabalho.

Aos trabalhadores da secretaria municipal de Saúde de Itambacuri pela ajuda prestada em todo momento.

A meus colegas de estúdio e professores brasileiros que participamos na especialização.

A todos meus amigos brasileiros e que terão minha amizade para toda a vida.

Aos governos de Brasil e Cuba por permitir-me viver esta experiência maravilhosa a lado do povo brasileiro.

“A grandeza da vida não consiste em não cair nunca, mas em nos levantarmos cada vez que caímos”.

Nelson Mandela.

(Da autobiografia "O longo caminho para a liberdade", 1994).

RESUMO

O estado de saúde da população brasileira é caracterizado por uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis dominando o quadro epidemiológico do país, onde a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde pública por sua magnitude, apresentando uma alta morbimortalidade, alto custo econômico, e o principal fator de risco para complicações como os acidentes vasculares cerebrais, doenças cardiovasculares e insuficiência renal crônica. Na Atenção Primária de Saúde (APS) existe uma alta prevalência e baixas taxas de controle dos pacientes hipertensos e precisam-se realizar maiores ações de saúde, dirigidas a elevar o conhecimento da população sobre a doença. O objetivo deste projeto é elaborar um projeto de intervenção para aumentar o controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) na área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”, no município Itambacuri, Minas Gerais. A metodologia utilizada está baseada no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), executando-se o diagnóstico situacional, a revisão bibliográfica sobre o tema e a elaboração da proposta do plano de ação para o acompanhamento nas ações de saúde para o aumento do controle da HAS na área de abrangência. Serão desenvolvidas várias ações de saúde destinadas, primeiramente, a mensurar o nível de conhecimentos dos pacientes hipertensos sobre sua doença, orientações sanitárias dirigidas a elevar este conhecimento e, posteriormente, através de visitas domiciliares e consultas médicas, avaliar o mesmo e o controle das cifras pressóricas. Este projeto contribuirá com a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com HAS, por adquirirem um maior conhecimento de sua doença, facilitando um adequado controle e estimulando a realização de mudanças em seus modo e estilos de vida.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica; Estratégia de Saúde da Família; Educação em saúde.

ABSTRACT

The health status of the population is characterized by a high prevalence of chronic diseases, dominating the epidemiological situation of the country, where the Blood Pressure (HBP) is a serious public health problem because of its magnitude, representing a high morbidity and mortality, high cost economic, and the main risk factor for complications such as brain vascular accidents, heart disease, peripheral arteries and chronic renal failure, and these complications arising, and the leading cause of death in Brazil. In primary health care (PHC) contact is a high prevalence and low rates of control because need is greatest health actions aimed at raising awareness of the population about the disease. The objective of this project is to develop an intervention project to increase the control of systemic arterial hypertension (SAH) in the area covered by the family health unit "Living Healthy" in the municipality Itambacuri, Minas Gerais. The methodology is based on the method of Situational Strategic Planning (PES), running the situational diagnosis, the literature review on the topic and the preparation of the proposed action plan for monitoring in health actions to control increasing SAH in the catchment area. Several health actions will be developed aimed, first, to measure the level of knowledge of hypertensive patients about their illness, health hearings aimed to raise this knowledge and then through home visits and medical consultations, evaluate it and control of figures blood pressure. This project will contribute to improving the quality of life of patients with SAH, by acquiring greater knowledge of their disease, facilitating an adequate control and stimulating making changes in your mood and lifestyles.

Keywords: Hypertension; Family Health Strategy; Health education.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- População –Perfil demográfico da população estimada dos 2013, por gêneros e faixas etárias, município de Itambacuri, MG.....	17
Tabela 2- Território do PSF “Viver Com Saúde”, Itambacuri, MG, segundo número de famílias e habitantes por áreas.....	21
Tabela 3- Caracterização da população cadastrada do PSF “Viver Com Saúde” durante ano 2015, município de Itambacuri, MG, segundo idade e gênero.....	22
Tabela 4 - Classificação das prioridades dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”. Itambacuri, MG. 2014.....	33
Tabela 5- Descritores do problema selecionado no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”. Itambacuri, MG. 2014.....	34
Tabela 6- Desenho das operações para os “nós” críticos do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”. Itambacuri. MG. 2014.....	36
Tabela 7- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”. Itambacuri. MG. 2014.....	41
Tabela 8 - Propostas de ações para a motivação dos atores do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”. Itambacuri. MG. 2014.....	43
Tabela 9: Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”. Itambacuri. MG. 2014.....	45
Tabela 10. Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS “Viver Com Saúde”, Itambacuri, MG, 2014.....	49

Figura 1 - Explicação do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”. 201.....58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de Saúde.

APS- Atenção Primária de Saúde.

AVC-Acidente Vascular Encefálico.

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde.

DCV - Doenças Cardiovasculares.

DCNT- Doenças crônicas não transmissíveis.

EBS- Equipe Básico De Saúde.

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FR - Fatores de risco

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estadística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano.

IMC - Índice de Massa Corporal

INFOMED- Sistema informação de Ciências Médicas de Cuba.

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde.

MG- Minas Gerais.

NESCON-Biblioteca virtual.

OMS- Organização Mundial de Saúde.

PA - Pronto Atendimento.

PA-Pressão arterial

PES- Planejamento Estratégico Situacional.

PIB-Produto Interno Bruto.

PSF- Programa de Saúde da Família.

SAMU- Serviço De Atendimento Móvel de Urgência.

SUS- Sistema Único de Saude.

SCIELO - Scientific Electronic Library Online.

SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica.

SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	13
1.1. Histórico de Criação do Município e formação administrativa	14
1.2. Aspectos geográficos e socioeconômicos.....	16
1.3. Aspectos Demográficos.....	17
1.4. Sistema Local de Saúde.....	18
1.5. Território/área de abrangência do PSF “Viver Com Saúde”	20
1.6. Recursos da Comunidade.....	22
2. JUSTIFICATIVA	24
3. OBJETIVO	25
3.1. Geral.....	25
3.2. Especificos.....	25
4. METODOLOGIA	26
5. RESULTADOS	27
5.1 Revisão de literatura.....	27
6. PLANO DE INTERVENCAO	31
6.1.1 Identificação dos problemas.....	31
6.1.2 Priorização dos problemas.....	32
6.1.3 Descrição do problema.....	33
6.1.4 Explicação do problema.....	35
6.1.5 Identificação dos nos critico.....	36
6.1.6 Desenho das operações.....	37
6.1.7 Identificação dos recursos críticos.....	41
6.1.8 Analise de viabilidade.....	43
6.1.9 Elaboração do plano operativo.....	45
6.1.10 Gestão do plano.....	49
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERENCIAS	54
ANEXOS	58

1. INTRODUÇÃO.

O estado de saúde na população brasileira está caracterizado por uma alta prevalência de doenças crônicas no transmissível (DCNT) dominando o quadro epidemiológico do país onde a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde pública por sua magnitude, ocasionando uma alta morbimortalidade, risco e dificuldades em seu controle (MANO; PIERIN, 2005).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) sendo definida como uma morbidade quando a PA atinge níveis a partir de 140/90 mmHg. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A HAS, por ser muitas vezes assintomática, origina dificuldades para que os indivíduos procurem os serviços de saúde para o diagnóstico e adesão adequada ao tratamento. Somam-se ainda a falta de estrutura dos sistemas de saúde para atender a essa população e as escassas ações preventivas para reduzir os fatores de risco (MENDES, et al, 2014).

Pelo fato de ser uma doença silenciosa, sendo frequentemente descoberta quando já se encontra em um grau avançado, essa patologia pode gerar algumas outras complicações que podem ser de grande relevância para a saúde do indivíduo, levando a complicações cerebrovasculares, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana e vascular periférica gerando, portanto, um alto custo em tratamentos (AIRES, 2011; PIMENTA, 2012).

É um fato reconhecido que o nível de saúde está determinado pelas condições de vida das pessoas, famílias e comunidades à qual estão vinculadas, ao mesmo tempo com o grau de conhecimento e de participação dos atores da sociedade.

No contexto da saúde, o conhecimento que as pessoas possuem sobre uma doença emerge como fator relevante para determinar como irão se relacionar com ela e conseqüentemente com seu tratamento, seguimento e controle.

A área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde” não está livre deste problema; apresenta uma população, onde a demanda diária de atendimentos está centrada em sua maioria nos pacientes com doenças crônicas e HAS constitui a primeira causa de atendimento diário de nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) e dada à importância do controle adequado dos pacientes com esta doença por sua repercussão na saúde individual, comunidade e na sociedade em geral, assim como para os serviços de saúde constitui uma prioridade da equipe de saúde e precisa-se de ações imediatas que contribuam a um melhor controle dos pacientes hipertensos.

1.1 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO E FORMAÇÃO ADMINISTRATIVA.

O 19 de fevereiro de 1873, no local onde hoje se encontra a sede do Município de Itambacuri, chega com os primeiros brancos, os capuchos Freis Serafim de Gorizia e seu auxiliar imediato, Frei Ângelo de Sassoferrato, com pequena comitiva de trabalhadores e alguns índios mansos. Frei Serafim de Gorizia partira poucos meses antes, ao expirar de 1872, do Rio de Janeiro, com destino a Filadélfia (hoje, Teófilo Otoni), com a incumbência de formar um aldeamento para a catequese de índios dos vales do Mucuri e São Mateus. Após a estafante caminhada pela extensa região em busca de local apropriado, extasiou-se com a magnífica visão panorâmica da área, alcançada desde o divisor de águas do rio Itambacuri até o córrego d'Areia, e por esta se decidiu. Em fins de fevereiro, um dos primeiros cuidados do desbravador foi à abertura de uma estrada, ao estilo da época, simples picada, que facultasse

receber e enviar tropas a Filadélfia. Logo a seguir outros moradores da região, atraídos pela fama de comuna ordeira e progressista que se estava formando foram acorrendo e se fixando, consolidando as obras do dinâmico Frei Serafim. (IBGE. 2014.)

Quatro anos após, contava o povoado com algumas dezenas de casas, uma igreja e quatrocentos a quinhentos índios nos trabalhos da lavoura. Em 1873, o aldeamento possuía um patrimônio de cinquenta e cinco mil cruzeiros, segundo relatório de seu fundador ao Governo do Estado. A preocupação pela educação dos indígenas e "nacionais" era grande por parte dos fundadores. Perceberam que o aldeamento só poderia prosperar através da educação de seus moradores. Dado a dificuldade em conseguir professores bem preparados cogitaram na fundação de um colégio, que não só atendesse à educação dos menores, como à formação de professores. Assim, em 3 de julho de 1907, chegaram da Itália quatro religiosas Franciscanas para assumir a direção da Escola. O progresso conseguido foi tão grande, que em 1912 foi inaugurado o curso secundário e em 1926, por decreto estadual, o colégio Santo Claro adquiriu as regalias da Escola Normal. (IBGE. Cidades. 2014.)

Em relação à formação administrativa o distrito de Itambacuri foi criado pela Lei estadual nº 556, de 30 de agosto de 1911, subordinado ao município de Teófilo Otoni. Por força da Lei estadual nº 843, de 7 de setembro de 1923, instituiu-se o Município de Itambacuri, formado por 4 distritos: o de Itambacuri, desmembrado do município de Teófilo Otoni, e os de Aranã, Frei Serafim e Igreja Nova, criados com territórios desmembrados do distrito-sede. A Lei nº 336, de 27 de dezembro de 1948, criou o distrito de São José do Divino. Por Lei estadual nº 1.039, de 12 de dezembro de 1953, foram criados os distritos de Frei Inocêncio, Guaratãia e Nova Módica, aparecendo Itambacuri, em 1954, com 9 distritos. Por Lei estadual nº 2.764, de 30 de dezembro de 1962, foram desmembrados, passando a municípios, os distritos de Campanário, Frei Gaspar, Frei Inocêncio, Pescador, Nova Módica e São José do Divino, ficando o município reduzido a 3 distritos: Itambacuri, Frei Serafim e Guaratãia. Esta situação permanece até a presente data. O município de Itambacuri integrava, até 1949, o Termo e a Comarca de Teófilo Otoni (IBGE. Cidades. 2014.)

1.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS.

O município Itambacuri está localizado no Vale do Mucuri, nordeste da capital do estado de Minas Gerais (MG). O município fica a 334 metros de altitude. As coordenadas geográficas são: Latitude: 18° 2' 40" Sul; Longitude: 41° 39' 41" Oeste. Seu território é banhado pelo Rio Itambacuri, formado pelos ribeirões da Fortuna, Pouquim e Engenho. Possui clima agradável e temperatura média anual de 24,6 C. É composto pelos distritos: Guaratãia, São José Fortuna, Frei Serafim, Cafelândia e Baixaão. Sua área geográfica é de 1.419,209 km², com uma concentração habitacional de 16,07 habitantes por Km², e aproximadamente 6.165 domicílios, sendo que 98,76% dos mesmos são de tijolos/adobe. (BRASIL, 2014).

Vizinho dos municípios de Campanário, Teófilo Otoni e Frei Gaspar, Itambacuri se situa a 26 km a Sul-Oeste de Teófilo Otoni a maior cidade nos arredores. Tem limites também com Pote, Franciscópolis, Agua de Boa, São Jose da Safira, Frei Inocência, Jampruca, Marilac, Campanário e Frei Gaspar (BRASIL, 2014).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) de Itambacuri é de 0,634 segundo a Atlas de desenvolvimento humano/PNUD (2010). O Produto Interno Bruto (PIB) per capita a preços correntes durante o ano 2012 foi de R\$ 8.008,57 segundo os últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As principais atividades econômicas são a pecuária e a agricultura, tendo um tímido desenvolvimento industrial. Na pecuária destaca-se a criação bovina (produção leiteira), equino e suíno, e na agricultura, a fruticultura (banana e laranja), cultura de feijão, café, milho, mandioca e cana de açúcar. Na indústria, a base é o laticínio, podendo ser observado também a existência de olarias, pronta entrega de roupas, serralherias e carpintarias. Os setores onde mais nível de emprego tem por atividade são: os agropecuários, extração vegetal e pesca com 4332 pessoas; no setor

industrial trabalham 1230 pessoas e comércio e mercadorias 858. Em diferentes serviços trabalham 3223 pessoas. (BRASIL, 2014).

Ressaltam-se também a renda que vem de serviços informais e também os programas sociais do governo federal como Bolsa Família (2.829 famílias atendidas), benefícios do INSS e indústrias de cerâmica. O comércio local é pequeno e não têm indústrias, isso causa a saída dos jovens à procura de emprego, que ainda é grande problema no município. A renda per capita por domicílio é de aproximadamente de R\$ 361,19.

1.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.

Durante o ano 2012 a população estimada do município foi de 22809 pessoas, em 2013 foi de 23528. Em o ano 2014, foi de 23557 habitantes, não existindo crescimento populacional nos últimos anos. Neste ano a taxa de crescimento anual estimada foi de 0,5%, com uma taxa de mulheres em idade fértil (10-49 anos) de 6.950% e uma proporção de população feminina em idade fértil de 57,9%. (IBGE. 2014).

Segundo dados de Itambacuri (2014) no ano 2013 a população foi predominantemente jovem com maior número de habitantes nas idades compreendidas de 20-29 anos com 4.223 (17.9%), seguido da faixa etária de 15 a 19 anos com 2.457 (10,4%) e de 30-39 anos com 2.449 habitantes (10,4%). A população maior de 60 anos está constituída por 3061 habitantes (13,1% da população total do município). Existe um maior número de habitantes do sexo feminino com 12.145 pessoas representando 51.6% e 11.383 habitantes masculinos, representando 48.4% de população.

Tabela 1: Perfil demográfico da população estimada em 2013, por gênero e faixas etárias, município de Itambacuri, MG.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
00-04	232	222	454
1-4	960	932	1.892
05-09	1.207	1.197	2.404
10-14	1.141	1.094	2.235
15-19	1.238	1.219	2.457
20-29	1.977	2.246	4.223
30-39	1.186	1.263	2.449
40-49	1.145	1.278	2.423
50-59	929	1.001	1.930
60-69	633	782	1.415
70-79	503	609	1.112
80+	232	302	534
Ignorado	0	0	0
Total	11.383	12.145	23.528

Fonte: SIAB. Secretaria municipal de saúde, Município Itambacuri.

O município tem uma população predominantemente urbana com 14.587 habitantes (61,7%) e na zona rural residem 8.941 representando 38.3%. (BRASIL, 2014).

A taxa de analfabetismo em todas as idades é de 21,5%. A esperança a de vida da população do município é de 73 anos de idade, com um incremento deste índice nos últimos anos, com um incremento da população idosa ainda maior até o ano de 2025.

1.4 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE.

O município tem um conselho municipal de saúde paritário e atuante que é responsável por fiscalizar os recursos de saúde, acompanhar as verbas que chegam para o Sistema Único de Saúde (SUS) e repasses de programas federais, participar da elaboração das metas para saúde, controlar a execução das ações na saúde o

conselho se reúne pelo menos uma vez por mês, para que exista o controle da cidadania.

As unidades de saúde do município por tipo prestador são 33: 16 públicas, 14 privadas, 2 filantrópicas e 1 sindicato.

A população coberta pela atenção primária de saúde (APS) corresponde a cerca de 100% de cobertura total do município. A primeira UBS iniciou seus trabalhos em 1999 existindo na atualidade 8 unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) ; de elas 4 estão na zona urbana, e 4 em zonas rurais. Cada equipe do PSF esta composta por 6 a 10 agentes comunitários de saúde (ACS), um equipe de saúde bucal, uma ou mais auxiliares de enfermagem, um médico, um enfermeiro, Esta composição pode variar em número em dependência da população que tenha cada PSF.

O município conta com um Pronto Atendimento (PA) onde se prestam assistências médicas em algumas especialidades, uma sala de vacina central, um atendimento odontológico e serviço de eletrocardiografia. O município também conta com um centro de reabilitação e de saúde mental.

Existem 2 hospitais privados que prestam serviços ao SUS, contando 98 leitos entre os dois, tendo uma taxa de leitos x 1000 habitantes de 4,3. Os valores médios anuais de internações por 100 habitantes (local de internação) é de 8,6% e internações local por residência é de 6,5%.

Os pacientes que precisam de uma avaliação ou atendimento mais especializados são encaminhados para as cidades de Teófilo Otoni, Governador de Valadares ou Belo Horizonte.

O município conta também com o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e uma Central de Regulação Médica das Urgências, além das bases

avançadas permitindo o acesso precoce à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde.

1.5 TERRITÓRIO/ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF “VIVER COM SAÚDE”.

A área Guaratãia é um distrito do município e foi criado pela lei No. 1039 de 12 de dezembro de 1953 tem uma extensa área rural que compreende três comunidades pequenas (Guaratãia, São João e Chaves) com cerca de 60 vivendas cada uma. A população da área tem como fonte de trabalho a criação bovina e produção leiteira.

O PSF “Viver Com Saúde” encontra-se situado na comunidade de Guaratãia e tem dois pontos de apoio nos assentamentos de São João e Chaves. O território do PSF tem uma extensão territorial de 284,4 km², com uma densidade de 9.1 habitantes por km² e posse de 714 famílias e 2355 habitantes cadastrados e abrange as seguintes áreas: Guaratãia, Córrego Alto Feliz, Cabeceira Barreirinho, Córrego Cupim, Córrego Urupuquina, Fazenda Alto Esperança, Córrego Pedra Vermelha, Córrego Laranjeira, Córrego Boa Ventura, Córrego Choca, Córrego Aranã, Cabeceira de Aranã, Córrego Pimenteira, Córrego Três Barras, Córrego Soares, João Chávez, Córrego Agua Preta, Aranã, Jenipapo, Gavião, Taboquina, Brejão, Aqua Amarela, Boa Vista, São João, Córrego Natal, Barro Vermelho.

O releve da região é montanhoso sendo o espaço territorial muito extenso e este fato dificulta o acesso da equipe de saúde às áreas de atendimento, seja durante a realização das consultas médicas ou visitas domiciliares. As consultas médicas são feitas um dia por semanas em cada um dos três locais (PSF e dois pontos de apoio) e nos dias restantes dias são destinados a consultas ou atendimento domiciliar nas áreas mais remotas com prévio planejamento mensal, sendo geralmente em igrejas ou escolas ou casas cedidas por fazendeiros da área. Muitos pacientes utilizam os serviços médicos dos municípios de Frei Inocência e Campanário no atendimento de urgência, realização de exames médicos, vacinação, ou atendimento especializado porque a população mora a mais de 60 km de distância dos serviços

de saúde prestados pelo município sede e não tem um transporte adequado para o deslocamento até o mesmo. Normalmente utilizam meios individuais (a través de animais e motocicletas) ou apoiando-se nos transportes das escolas existentes nos três assentamentos da população.

O PSF e os dois pontos de apoio não oferecem uma infraestrutura adequada para atuação dos profissionais. Os locais são pequenos, não tem sala de espera e área de reuniões, o ponto de apoio não tem área de enfermagem, sala de curativos e vacinas. Os espaços não têm telefones e serviço de internet, não conta com recursos e medicamentos para o atendimento da urgência e emergência médica, assim como não tem transporte sanitário, dependendo este da disponibilidade que tenha a secretaria de saúde no momento de solicitação do serviço.

A equipe de saúde está constituída por 8 ACS distribuídas nas três micro áreas (3 em Guaratãia, 3 em Chaves e 2 em São João), um equipo de saúde mental (composto pelo dentista e a técnica de dentista), dois técnica de enfermagem, um enfermeira e um médicos. O transporte diário para o médico, enfermeira e a técnica de enfermagem é realizado por um ônibus pertencente à secretaria de saúde saindo às 07h00min horas da secretaria municipal de saúde cobrindo a viagem de mais de 50 km dependendo do local do Atendimento. A equipe de saúde bucal se desloca três vezes na semana trabalhando um dia em cada local. As agentes comunitárias e auxiliar de enfermagem moram perto de sua área de atendimento. O horário de trabalho é de 08: 00 às 16: 00 hora.

O território sobre responsabilidade do PSF “Viver Com Saúde”, conta com três áreas com as seguintes composições:

Tabela 2: Território do PSF “Viver Com Saúde”, Itambacuri, MG, segundo número de famílias e habitantes por áreas.

Áreas	Famílias	Habitantes
Chávez	343	1239

Guaratãia	219	618
São Joao	152	498
Total	714	2.355

Fonte: Dados PSF “Viver com Saúde”. 2014.

Tabela 3: Caracterização da população cadastrada do PSF “Viver Com Saúde” durante ano 2015, município de Itambacuri, MG, segundo idade e gênero.

Faixa etária (anos)	Homens	Mulheres	Total
Menor 1 ano	0	0	0
1 a 4	27	34	61
5 a 6	36	30	66
7 a 9	70	69	139
10 a 14	148	110	258
15 a 19	149	107	256
20 a 39	331	318	649
40 a 49	142	122	264
50 a 59	124	124	248
Maior de 60	217	197	414
Total	1.244	1.111	2.355

Fonte: SIAB- Secretaria municipal de saúde de Itambacuri. MG. 2014.

1.6 RECURSOS DA COMUNIDADE.

As condições sociais da população não diferem de outras áreas rurais do estado de Minas Gerais. Os três assentamentos contam com os serviços básicos mínimos como escolas, igreja, serviço de correios, abastecimento de água, coleta de lixos, ademais só existem alguns botecos que se dedicam principalmente as vendas de bebidas alcoólicas.

Existem dois campos de futebol e esporte é praticado isoladamente por alguns grupos de pessoas jovens os fins de semana, constituindo a única atividade de recreação que existe na zona.

Em a área existem só cinco escolas para a realização de atividades da ensino primário, sendo efetuado o ensino secundário em Frei Inocência e Itambacuri, trabalhando-se os escolares em ônibus alugados pela prefeitura.

2. JUSTIFICATIVA.

Na atenção primária de saúde o PSF tem como objetivo de desenvolver ações de promoção e prevenção e reabilitação a saúde do indivíduo, da família e da comunidade melhorando a qualidade de vida dos pacientes tendo uma importância fundamental nas estratégias de controle da HAS.

O presente trabalho justifica-se pela elevada importância que tem a HAS em nossa área de saúde ao constituir a um importante problema de saúde por sua magnitude, risco e dificuldades em seu controle sendo a primeira causa de morbidade e atendimento médico diário, apreciando-se um deficiente controle dos pacientes hipertensos a pesar das orientações que desenvolve a equipe de saúde as qual é não tenha sido eficazes, repercutindo ademais em o serviço de saúde do PSF gerando um aumento das demandas das consultas, visitas domiciliares e aumento nos custos dos serviços de saúde; Além da repercussão na saúde individual, da familiar e comunidade em geral por as complicações que pode provocar tendo incidência também na organização e realização do processo de trabalho diário da Equipe Básico de Saúde (EBS).

Existem múltiplos fatores que interferem no controle adequado dos pacientes com HAS, por isso a realização de ações e estratégias de saúde a desenvolver em esta proposta contribuirá a melhoria do controle da doença ao alcançar um maior conhecimento dos pacientes portadores de HAS, estimulando ademais o desenvolvimento de mudanças e melhorando a qualidade de vida dos mesmos e evitando ou diminuindo as complicações.

Também contribuirá a melhorar o planejamento e processo de trabalho diário da EBS e os serviços de saúde que presta o PSF ao existir um melhor controle dos pacientes com a doença diminuindo a sobrecarga do atendimento médico diários e visitas domiciliares por esta doença.

3. OBJETIVOS.

3.1. OBJETIVO GERAL

- Elaborar um projeto de intervenção para aumentar o controle da HAS pelo PSF “Viver com Saúde”, do município Itambacuri, MG.

3. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar o nível de conhecimento que os pacientes com HAS têm sobre sua doença.
- Elevar o conhecimento dos pacientes com HAS sobre sua doença mediante a realização de atividades educativas.
- Estimular a melhoria dos hábitos, estilos e modo de vida em os pacientes portadores com HAS.
- Avaliar os conhecimentos adquiridos e as cifras pressóricas dos pacientes com HAS durante o período estudado.

4. METODOLOGIA.

Baseado no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi executado o diagnóstico situacional, a revisão de literatura sobre o tema e a elaboração da proposta do plano de ação para o acompanhamento nas ações de saúde e aumento do controle da HAS na área de abrangência da “Viver Com Saúde”, município Itambacuri, MG.

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS “Viver com Saúde” durante o ano 2014. A revisão de literatura sobre o tema foi feita junto à base de dados de registros eletrônicos sobre o tema específico de Hipertensão Arterial Sistêmica durante o período compreendido entre os anos 2004 e 2014, em especial as páginas da rede mundial de computadores, os dados eletrônicos das bibliotecas virtuais Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de saúde (BVS), Biblioteca virtual NESCON e Biblioteca cubana virtual INFOMED. As informações coletadas nos permitiram ter acesso a informações atualizadas sobre o tema, que foram utilizados na realização do presente trabalho. A elaboração da proposta do plano de ação foi desenvolvida descrevendo cada etapa desenvolvida (CAMPOS, 2010). Em este trabalho foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão arterial sistêmica; estratégia de saúde da família; educação em saúde.

5. RESULTADOS.

5.1 Revisão de literatura

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países do mundo incluindo o Brasil. Este fenômeno, denominado “transição epidemiológica”, ocorre devido à mudança do padrão de mortalidade que afeta a população. Anteriormente, no início do século passado, às doenças infecciosas eram as que mais levavam ao óbito (~ 50%) enquanto que hoje, com as melhorias de condições sócio-econômico-culturais, a mortalidade é preponderantemente consequência das doenças crônicas não transmissíveis (OPS, 2014).

Em este contexto as Doenças Cardiovasculares (DCV) passaram a ser as causas mais comuns de morbimortalidade em todo o mundo, sendo Considerada ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, a HAS representa um dos maiores desafios em saúde pública, particularmente pela complexidade dos recursos necessários para seu controle como doença (serviços médicos), pessoal treinado, medicamentos, bem como as implicações negativas e o impacto à saúde das populações em seu papel de fator de risco para outros problemas de saúde, particularmente em sinergia com outras DCNT (Diabetes, Cardiopatias, etc.) (GUEDES, et al., 2011).

A HAS é uma doença crônica que acomete uma parcela importante da população brasileira. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (prevalência média de 32% em dependência da região no país), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Quando se observa a prevalência por gênero tem-se 35.8% de homens e 30% mulheres. Quando se analisa por idades, 15 % a 20% envolve a população adulta, 1% a 11% a população infantil e adolescente e 50% da população idosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; CUNHA et al, 2012).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta e que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vêm aumentando a cada dia (ABC MÉDICO, 2015).

Um em cada três adultos sofre de HAS, uma condição que causa cerca de metade de todas as mortes por Acidente Vascular Encefálico (AVC) e problemas cardíacos no mundo, destacou em 2014 a Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu relatório anual sobre estatísticas sanitárias. No Brasil ela é responsável por 40% dos casos de infarto, 80% de AVC e 25% de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2015).

Além da alta prevalência, a HAS tem baixas taxas de controle e é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis para a DCV. Trezentos mil brasileiros morrem anualmente devido às DCV sendo quase 50% deles em decorrência da HAS. As DCV são também responsáveis por alta frequência de uso do sistema de saúde e de internações hospitalares, ocasionando custos socioeconômicos e em saúde elevados. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (NOBRE et al, 2010; MINAS GERAIS, 2006).

A HAS pode ser dividida em primária (essencial) ou secundária, de acordo com sua etiologia. Sabe-se que a HAS primária corresponde a cerca de 90% a 95% dos casos em adultos, tendo como desencadeantes fatores genéticos e/ou fatores que promovam desequilíbrio entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica (KODA; NAKAMOTO, 2012).

A HAS é fator de risco para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, AVC, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando esta associada a outros fatores de risco como Diabetes Mellitus, obesidade,

sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as consequentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (BRASIL, 2013); Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; APARECIDA, TERUKO et al, 2011).

Um diagnóstico precoce e o tratamento adequado e contínuo, seja farmacológico ou não farmacológico, são fundamentais para o controle de HAS e redução de suas complicações. No Brasil existe um número razoável de hipertensos que desconhecem sua doença, que abandonam o tratamento ou o fazem de maneira irregular ou não fazem um controle adequado por falta de condições financeiras, desinformação e dificuldades assistenciais (LOPES, 2012).

O tratamento da HAS baseia-se em medidas não farmacológicas e farmacológicas. Em relação aos cuidados não farmacológicos, os objetivos referem-se a mudanças no estilo de vida, incluindo os cuidados com dieta com restrição de sal, redução de peso, atividade física regular, abandono do tabagismo e do álcool. Dentre as medidas farmacológicas, há inúmeras classes de anti-hipertensivos disponíveis, variando o seu mecanismo de ação, a sua potência, posologia e efeitos adversos (MANFROI, DOLIVEIRA, 2006; NOBRE, et al., 2003).

Segundo Lyra Yuniór et al., (2006), A não adesão a um tratamento médico adequado pode dever-se a muitos fatores como a idade (jovens e idosos), sexo (homens ou mulheres), doença (crônica ou aguda), os relacionados com o paciente (esquecimento, diminuição do sensorial e problemas econômicos, os relacionados com os medicamentos (custos, efeitos adversos reais ou percebidos, horário de uso), os relacionados com a EBS (envolvimento ou relacionamento inadequado e as dificuldades com o seguimento ou monitoramento periódico). Outros autores

destacam a baixa escolaridade, deficiências físicas ou mentais, falta de acompanhamento pela família ou cuidador, realização de uma dieta não adequada, sedentarismo ou falta de realização de exercício físico, aspectos culturais, hábitos de vida, desinformação do paciente (SANTA-ELENA; ELUN, 2010 e GILSOGAMO et. Al., 2008).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, da EBS os quais durante o processo de trabalho diário pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrito, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

Dentro das ações de saúde que pode desenvolver na UBS para o controle da HAS a educação em saúde constitui uma valiosa e importante ferramenta de trabalho para atingir uma melhor qualidade de vida dos pacientes com HAS ou outras doenças crônicas contribuindo ao desenvolvimento de mudanças de comportamento nos pacientes, estimulando ademais a adesão ao tratamento adequado e a criação de vínculo da equipe de saúde com os pacientes e a comunidade. Entre essas medidas estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco. A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações (OLIVEIRA, 2013).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO.

6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF “ VIVER COM SAÚDE”

Para a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde” foram utilizados vários instrumentos para a identificação dos problemas como a observação ativa da equipe no próprio processo de trabalho diário, as reuniões internas e externas efetuadas mensalmente, a realização de entrevistas a informantes-chaves da comunidade, o uso de informações utilizando o sistema de atenção básica de saúde (SIAB 2013), o consolidado da Vigilância Epidemiológica da secretaria municipal de saúde de Itambacuri, os registros da equipe de saúde e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Este diagnóstico foi baseado no método da estimativa rápida a qual é uma importante ferramenta do trabalho e constitui um jeito de obter informações sobre um conjunto de problemas e recursos potenciais para seu enfrentamento, em um curto período de tempo, sem gastos.

6.1.1 Identificação dos problemas.

Uma vez realizado o diagnóstico de saúde foi possível identificar os seguintes problemas de saúde da área:

- Deficiente controle dos pacientes com HAS.
- A HAS é a principal morbidade da área sendo a principal causa de atendimento médico diário.
- Região endêmica da esquistossomose com alta incidência de casos na área.

- Dificuldade para realização de visitas domiciliares e de acesso da população aos serviços de saúde, devido à grande extensão territorial da área, predominando a demanda de atenção espontânea.
- Falta de áreas de recreação e atividades esportivas no território.
- Alta prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão.
- Pouca assistência dos lactentes e crianças menores de dois anos nas consultas programadas de puericultura.
- Destino final inadequado do lixo e dejetos humanos.
- Abastecimento e tratamento insuficiente de água com alto risco de consumo de água contaminada.
- Realização de poucas atividades educativas em grupos desenvolvidos pela equipe de saúde.
- Poucos recursos e medicamentos para o atendimento das urgências, assim como seu encaminhamento e transporte.
- Dificuldades com o atendimento odontológico na área.
- Resistência das mulheres para realizar o exame citopatológico de colo de útero.

6.1.2 Priorização dos Problemas.

O segundo passo consistiu na priorização dos problemas tendo em conta os critérios de importância do problema, sua urgência e capacidade de enfrentamento da EBS.

A importância do problema foi classificada como alta média e baixa. Utilizou-se o critério de pontuação segundo a urgência, sendo possível nota de um a dez. Em relação à capacidade de enfrentamento da equipe ao problema foi classificado como fora ou parcial de acordo com as possibilidades da solução do problema por parte da equipe, conforme descrito na tabela 4.

Tabela 4: Classificação das prioridades dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”. Itambacuri, MG. 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Deficiente controle dos pacientes com HAS.	Alta	9	Parcial	01
A HAS é a principal morbidade da área.	Alta	8	Parcial	02
A região é endêmica da Esquistossomose com incidência dos casos na área.	Alta	7	Parcial	03
Alta prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão.	Alta	7	Parcial	04
Abastecimento e tratamento insuficiente de água com alto risco de consumo de água contaminada.	Alta	6	Fora	05
Destino final inadequado dos lixos e dejetos humanos	Alta	6	Fora	05

Fonte: Dados PSF “Viver com Saúde”. 2014.

6.1.3 Descrição do Problema.

O terceiro passo desenvolvido foi à descrição do problema selecionado, deficiência no controle dos pacientes com HAS, para o qual foram selecionados os seguintes descritores, conforme Tabela 5.

Tabela 5: Descritores do problema selecionado no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”. Itambacuri, MG. 2014.

Indicadores	Valores	Fonte
Total de população	2.355	SIAB
Total de Pacientes com HAS	361	SIAB
Total de população maior de 20 anos	1.541	SIAB
Total de Pacientes HAS maiores de 20 anos	360	SIAB
% de pacientes maiores de 20 anos hipertensos	23.36	SIAB
Total de consultas realizadas durante o ano	2.797	SIAB
Total de consultas por HAS realizadas durante ano	1.026	SIAB
% de consultas anual realizadas aos pacientes com HAS maiores de 20 anos	36.6	SIAB
% de pacientes maiores de 20 anos hipertensos	414	SIAB

Fonte: Dados PSF “Viver com Saúde”. 2014.

A HAS representa um grave problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades em seu controle, estima-se que esta atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros. (CUNHA et al, 2012).

A área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde” apresenta uma população de 2.355 pessoas onde as demanda diária de atendimentos está centrada nas doenças crônicas. Durante o ano 2013 foi realizadas um total de 2.797 consultas médicas, com uma média de 1,17 consultas por pacientes, dessas 1.026 foram pacientes com HAS, representando 36,6% do total das consultas realizadas. A área tem diagnosticado 361 hipertensos com uma prevalência geral da doença de 15.3% e 18.75% na população maior de 20 anos, predominando esta em 70.7% dos pacientes idosos e observando-se um controle inadequado nos pacientes hipertensos a pesar das orientações desenvolvidas pelo EBS.

6.1.4 Explicação do problema.

O Quarto passo desenvolvido consistiu na explicação do problema, o qual tem como objetivo entender a gênese do problema que se quer enfrentar a partir da identificação das suas causas.

O controle inadequado dos pacientes com HAS pode dever-se a muitas causas, as quais incidem em maior ou menor grau. Em nossa área de abrangência existem vários fatores que incidem neste controle dos pacientes portadores desta doença entre os quais estão os seguintes:

- Resistência dos pacientes às consultas programadas, acudindo geralmente as demandas espontâneas afetando seu seguimento e avaliações adequadas a pesar de existir um bom vínculo por parte da EBS com a comunidade.
- A extensa área rural que tem o PSF (mais de 40 km de extensão) que dificulta o traslado dos pacientes às consultas e a realização das visitas domiciliares por parte da equipe de saúde.
- O seguimento irregular dos pacientes com HAS provoca um baixo nível de informação sobre a doença nos pacientes, gerando pouco conhecimento sobre a importância do tratamento adequado contribuindo também ao desenvolvimento de hábitos e modos de vida inadequados que incidem negativamente em seu estado de saúde.
- Realização de poucas atividades educativas sobre a HAS por parte da equipe de saúde repercutindo em que os pacientes e a comunidade tenham poucos conhecimentos sobre sua doença.
- Dificuldade com a acessibilidade aos medicamentos interrompendo o tratamento estável seja por falta de medicamentos ao não proporcioná-lo o

SUS de jeito estável a uma população onde predomina o baixo nível econômico; outras vezes existem os medicamentos, mas os pacientes não aceitam receber seu tratamento.

6.1.5 Identificação dos nós críticos:

A Identificação dos "nós críticos" do problema caracterizado pelo deficiente controle dos pacientes com HAS foi o quinto passo. O "nó crítico" é um tipo de causa de um problema que, quando "atacada" é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O "nó crítico" traz também a idéia de algo sobre o qual pode-se intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe de saúde identificou os seguintes nós críticos:

- Tratamento farmacológico inadequado.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Dificuldades em seguimento dos pacientes com HAS.
- Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS.
- Baixo nível de realização de atividades educativas pela equipe de saúde.

6.1.6 Desenho das operações.

O sexto passo do trabalho caracteriza-se pelo desenho das operações, o qual tem o objetivo de descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como "nós críticos"; identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Tabela 6: Desenho das operações para os "nós" críticos do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família "Viver com Saúde". Itambacuri. MG. 2014.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixo nível de conhecimento dos pacientes sobre a HAS.	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade sobre HAS.	População com maiores conhecimento sobre HAS.	Avaliação do conhecimento dos pacientes sobre HAS. Paciente com conhecimento sobre HAS.	Cognitivos: Conhecimento sobre a doença. Financeiros: Folhetos educativos e mídias audiovisuais. Políticos: Participação da população. Organizacional: Organização da agenda e de espaço físico para a atividade.
Tratamento farmacológico inadequado.	Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	Manter um tratamento diário estável e de jeito adequada.	Paciente informado sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado.	Cognitivos: Informações sobre a importância do tratamento farmacológico adequado. Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS para

				<p>os pacientes.</p> <p>Materiais educativos e médios audiovisuais.</p> <p>Políticos: Mais vontade pelos gestores de garantir os recursos para manter estabilidade nos subministros de medicamento.</p> <p>Organizacional: Organização da agenda e de espaço físico para a atividade e controle dos medicamentos.</p>
Hábitos e estilos de vida inadequados.	Fornecer mudanças de hábitos e estilos de vida.	Diminuir consumo do alcoolismo, tabaquismo, ingestão de gorduras,	População informada sobre como fazer mudanças em seu modo e	<p>Cognitivos: Informações sobre mudar os hábitos e estilos de vida.</p> <p>Financeiros:</p>

		restrição de sódio. sedentarismo. Desenvolver uma dieta balanceada e adequada. Diminuir a obesidade e estimular a prática sistemática do exercício físico.	estilo de vida.	Folhetos educativos e mídias audiovisuais. Políticos: Fornecer uma maior participação social entre todos os gestores da sociedade. Organizacional: Organização da agenda e de espaço físico para a atividade.
Dificuldades no seguimento dos pacientes com HAS	Estabelecer um melhor acompanhamento aos pacientes com HAS.	Maior assistência dos pacientes as consultas programadas. Melhor planejamento e desenvolvimento das visitas domiciliares.	Pacientes com HAS informado sobre a importância de assistir às consultas programadas e seguimento para seu controle. Equipe de saúde com	Cognitivos: Informações sobre a importância das consultas programadas e seguimento. Financeiros: Transporte dos pacientes e equipe de saúde. Políticos:

			<p>melhor planejamento e mais eficiência na realização das consultas programadas e visitas domiciliares.</p>	<p>Participação da comunidade e garantia dos recursos por parte da secretaria de saúde e da prefeitura.</p> <p>Organizacion al: Organizar as consultas programadas e atendimento domiciliário.</p>
<p>Baixo nível de realização de atividades educativas pela equipe de saúde sobre HAS</p>	<p>Incrementar a realização sistemática de atividades educativas na área sobre o tema.</p> <p>Proporcionar a equipe os conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades.</p> <p>Estimular a participação</p>	<p>Desenvolvimento de mais ações de saúde preventivas na área.</p> <p>Equipe de saúde mais capacitada com ferramentas necessárias para a realização das atividades educativas.</p> <p>Participação ativa de</p>	<p>Maior número de atividades educativas realizadas na área.</p> <p>Equipe de saúde com conhecimentos sobre o tema.</p> <p>Maior número de assistências da população às atividades.</p>	<p>Cognitivos: Informação sobre técnicas educativas a equipe de saúde e outros profissionais.</p> <p>Financeiros: Materiais e recursos para o desenvolvimento das atividades.</p> <p>Políticos: Articulação</p>

	social nas mesmas.	população nas atividades educativas.		entre todos os componentes da sociedade. Organizacional: Organização da agenda e de espaço físico para a atividade.
--	--------------------	--------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Dados PSF “Viver com Saúde”. 2014.

6.1.7 Identificação dos recursos críticos.

O sétimo passo consiste em identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação e constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

Tabela 7: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”. Itambacuri. MG. 2014.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade sobre HAS.	Financeiros: Realização de folhetos educativos e aquisição de equipamento audiovisual para a realização das atividades.
Elevar o conhecimento sobre a importância do	Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS para os pacientes. Realização de materiais educativos e aquisição de equipamento audiovisual. Políticos: Mais vontade pelos gestores de garantir os

tratamento farmacológico adequado.	medicamentos anti-hipertensivos. Articulação Inter setorial.
Fornecer mudanças de hábitos e estilos de vida.	Financeiros: Elaboração e distribuição de folhetos educativos e aquisição equipamentos audiovisuais. Políticos: Fornecer uma maior participação social entre todos os gestores da sociedade (articulação Inter setorial).
Estabelecer um melhor acompanhamento aos pacientes com HAS.	Financeiros: Transporte dos pacientes e equipe de saúde. Políticos: Participação da comunidade e garantia dos recursos por parte da secretaria de saúde.
Incrementar a realização sistemática de atividades educativas na área sobre o tema. Proporcionar a equipe os conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades. Estimular a participação social nas mesmas.	Financeiros: Materiais e recursos para o desenvolvimento das atividades. Políticos: Articulação entre todos os componentes da sociedade.

Fonte: Dados PSF “Viver com Saúde”. 2014.

6.1.8 Análise da Viabilidade.

O oitavo passo está dirigido à análise de viabilidade do plano: Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para o desenvolvimento de cada operação, fazer a análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Tabela 8: Propostas de ações para a motivação dos atores do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”. Itambacuri. MG. 2014.

Operações/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade sobre HAS	Financeiros: Folhetos educativos e equipamentos audiovisuais para a realização atividades.	Secretário de saúde.	Favorável	Apresentar demanda.
Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS para os pacientes. Materiais educativos e equipamentos audiovisuais.	Secretário de saúde. Prefeitura municipal. Fundo nacional de saúde.	Favorável	Apresentação projeto.

	Políticos: Mais vontade pelos gestores de garantir os recursos para manter os medicamentos.			
Fornecer mudanças de hábitos e estilos de vida.	Financeiros: Folhetos educativos e equipamentos audiovisuais. Políticos: Fornecer uma maior participação social entre todos os gestores da sociedade.	Secretário de saúde. Prefeitura municipal.	Favorável	Não é necessário.
Estabelecer um melhor seguimento aos pacientes com HAS.	Financeiros: Transporte dos pacientes e equipe de saúde. Políticos: Participação da comunidade e garantia dos recursos por parte da secretaria de saúde e	Secretário de saúde. Prefeitura municipal.	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico

	prefeitura.			
Incrementar a realização sistemática de atividades educativas na área sobre o tema.	Financeiros: Materiais e recursos para o desenvolvimento das atividades. Políticos:	Secretário de saúde.	Favorável	Não é necessário.
Proporcionar a equipe os conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades.	Articulação entre todos os componentes da sociedade.			
Estimular a participação social nas mesmas.				

Fonte: Dados PSF “Viver com Saúde”. 2014.

6.1.9 Elaboração do Plano Operativo.

No nono passo realiza-se a elaboração do plano operativo e tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação, o gerente da operação e definir os prazos para a execução das operações para o cumprimento das ações necessárias.

Tabela 9: Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde”. Itambacuri. MG. 2014.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Aumentar o nível de	População com	Avaliação do	Apresentar demanda de	ACS Médico	Apresentar o projeto em 2

conhecimento dos pacientes e comunidade sobre HAS.	maiores conhecimentos sobre HAS.	conhecimento dos pacientes sobre HAS. Paciente com conhecimento sobre HAS.	aquisição de materiais audiovisuais e folhetos.	Enfermeira Líderes comunitários.	meses. Início 2 meses depois aprovado (Fevereiro 2015) e término em 4 meses (Maio 2015).
Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	Manter um tratamento diário estável	Paciente informado sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado.	Apresentação projeto.	Equipe saúde da área	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado (Fevereiro 2015) e término em 4 meses (Maio 2015).
Fornecer mudanças de hábitos e estilos de vida.	Diminuir consumo dos hábitos tóxicos. Desenvolver uma dieta balanceada e adequada. Diminuir a obesidade e	População informada sobre como fazer mudanças em seu modo e estilo de vida.	Apresentação de projeto de ação específico.	Equipe saúde da área. Líderes comunitários.	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado (Fevereiro 2015) e término em 4 meses (Maio 2015).

	estimular a prática sistemática do exercício físico.				
Estabelecer um melhor seguimento aos pacientes com HAS.	<p>Maior assistência dos pacientes as consultas programa.</p> <p>Melhor planejamento e desenvolvimento das visitas domiciliares.</p>	<p>Pacientes com HAS informado sobre a importância de assistir as consultas programadas para seu controle.</p> <p>Equipe de saúde com melhor planejamento e mais eficiência na realização das visitas domiciliares.</p>	Apresentação de projeto de ação específico.	<p>ACS.</p> <p>Médico.</p> <p>Enfermeira.</p> <p>Secretario saúde</p>	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado (Fevereiro 2015) e término em 4 meses (Maio 2015).
Incrementar a realização sistemática de atividades educativas	Desenvolvimento de mais ações de saúde preventivas na área.	Maior número de atividades educativas realizadas na área.		<p>Secretario saúde.</p> <p>Líderes comunitários.</p>	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado

na área sobre o tema. Proporcionar a equipe os conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades. Estimular a participação social nas mesmas.	Equipe de saúde mais capacitada com ferramentas necessárias para a realização das atividades educativas. Participação ativa da população nas atividades educativas.	Equipe de saúde com conhecimentos sobre o tema. Maior número de assistências da população as atividades.		Equipe saúde da área.	(Fevereiro 2015) e termino em 4 meses (Maio 2015).
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------	----------------------------------------------------

Fonte: Dados PSF “Viver com Saúde”. 2014.

6.1.10 Gestão do plano.

O décimo e último passo é a Gestão do Plano e está centrada em desenhar um modelo de gestão do plano de ação e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos indicando as correções necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS *et al.*, 2010).

Tabela 10. Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS “Viver Com Saúde”, Itambacuri, MG, 2014.

Operação Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade sobre HAS.	Avaliação do conhecimento dos pacientes sobre HAS. Paciente com conhecimento sobre HAS.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades			
Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	Paciente informado sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades			
Fornecer mudanças de hábitos e estilos de vida.	População informada sobre como fazer mudanças em seu modo e estilo de vida.	ACS, médico, Enfermeira.	2 meses para início das atividades			
Estabelecer um melhor seguimento aos pacientes com HAS.	Pacientes com HAS informado sobre a importância de assistir as consultas programadas	ACS, médico, Enfermeira.	2 meses para início das atividades.			

	<p>para seu controle.</p> <p>Equipe de saúde com melhor planejamento e mais eficiência na realização das visitas domiciliares.</p>					
<p>Incrementar a realização sistemática de atividades educativas na área sobre o tema.</p> <p>Proporcionar a equipe os conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades.</p> <p>Estimular a participação</p>	<p>Maior número de atividades educativas realizadas na área.</p> <p>Equipe de saúde com conhecimentos sobre o tema.</p> <p>Maior número de assistências da população as</p>	<p>ACS, médico, Enfermeira.</p>	<p>2 meses para início das atividades.</p>			

social nas mesmas.						
-----------------------	--	--	--	--	--	--

Fonte: Dados PSF "Viver com Saúde". 2014.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A HAS configura um importante problema de saúde no mundo e Brasil, pelas suas elevadas prevalências, complicações agudas e crônicas e por representarem fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, a qual constitui a principal causa de morte por doença no mundo. Além de condicionar elevadas taxas de morbidade e mortalidade e custos sociais e econômicos decorrentes do uso de serviços de saúde, aposentadoria precoce e incapacidade para o trabalho.

O deficiente controle dos pacientes com HAS produzido por uma inadequada adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e a não realização de mudanças de modo e estilos de vida no comportamento dos pacientes constitui um sério problema na atenção primária a saúde onde os EBS constituem o pilar fundamental no diagnóstico, tratamento, reabilitação e diminuição das complicações da HAS para o qual se precisa o desenvolvimento de múltiplas ações de prevenção e promoção de saúdes dirigidas a melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores desta doença.

A educação em saúde constitui uma valiosa e importante ferramenta de trabalho dentro das ações de saúde como forma de um melhor controle dos pacientes com HAS e estímulo ao desenvolvimento dessas mudanças. Em nossa área de abrangência a HAS constitui a principal morbidade de saúde e primeira causa de atendimento médica no processo de trabalho diário da EBS, existindo uma proporção elevada de pacientes com cifras pressóricas não controladas, o qual nos motivou a desenvolver o trabalho final do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família sobre este tema.

A utilização no presente trabalho do PES para a elaboração da proposta de intervenção para desenvolver o aumento do controle da hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da unidade de saúde da família “viver com saúde”,

município Itambacuri, MG, nos permitiu ter um maior conhecimento integral da doença nos pacientes e elaborar propostas para melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS.

APARECIDA TERUKO, Y; LAVRAS, C.; DEMUNER, S. São Paulo. Secretaria de Saúde. Gabinete do secretário. Assessoria técnica. Manual orientação clínica: Hipertensão Arterial Sistêmica São Paulo;SEs/SP, 2011.68 p.;tab; graf. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/hipertensao-arterial-sistemica/manual-de-orientacao-clinica-de-hipertensao-arterial/lc_hipertensao_manual_2011.pdf Acesso: 23/11/2014.

AIRES, M. M. (Cols.) **Fisiologia**, 3. ed. Rio de Janeiro/RJ, Editora Guanabara Koogan, 2011.

BRASIL. Abc. Med. Informações sobre sua saúde. Hipertensão Arterial. 8 de Agosto 2015. Disponível em : <http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm> . Acesso: 8/08/2015.

BRASIL. Cursos Online. **Hipertensão arterial sistêmica**: veja as causas e sintomas. Disponível em : <http://cursosonline.uol.com.br/assinatura/artigos/medicina-e-saude/hipertensao-arterial-sistemica-veja-as-causas-e-sintomas/#rmcl> Acesso: 2/04/2014.

BRASIL. **Município Itambacuri**. Disponível em: <http://www.cidade-brasil.com.br/municipio-itambacuri.html>. Acesso: 2/04/2014.

BRASIL. IBGE. Cidades. **Dados gerais município Itambacuri. MG**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=313270&search=minas-gerais|itambacuri|infograficos:-dados-gerais-do-municipio> . Acesso: 17/11/2014

BRASIL. IBE. **Estimativa da população do município Itambacuri, MG**. Ano 2014. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tc_u.shtm > . Acesso: 17/11/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p. : il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 37**) .Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso: 17/11/2014.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

Acesso: 11/16/2014.

BRASIL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de hipertensao. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Online, v. 17, n, 1, p. 1-69, jan./mar. 2010. Disponível em:

http://www.publicacoes.Cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associado_s.pdf. Acesso: 21/03/2014.

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

CUNHA, P.R.M.S. et al. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Revista Pesquisa Saúde**, v.13, n.3, p11-16, set/dez, 2012.

CUNHA, C. A visita domiciliar a estratégia saúde da família: desafios de se mover no território. **Interface. Comunic.; Saúde. Educ.** v17,n44,p61-77, jan/mar, 2013. Disponível em: <http://www.Scielo.br/pdf/icse/v17n44/a06v17n44.pdf>. Acesso: 15/11/2014.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. **Porto Alegre: Artmed, 2006**.

GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, V. 64, n. 6, p. 1038-1042. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-716720110006000008&ing=en&nrm. Acesso: 15/11/2014.

GILSOGAMO, C. A. et. Al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da HAS em pacientes atendidos no Núcleo de atendimento ao Hipertenso (NAHI) e no Programa de Saude da Família (PSF), no município de Barbacena. **Rev. Bras. Med. Fam.** Rio de Janeiro, v 4, n 15, Out/ Dez. 2008).

KODA NAKAMOTO, A. Y. Como diagnosticar e tratar a Hipertensão Arterial Sistêmica. Revista brasileira de medicina. Abri /12. vo. 9, n. 14. pág. 78-86. Disponível em:

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009.

Acesso:

09/10/2014.

LIRA JUNIOR. D. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da HAS. **Revista Latino-Ame. Enfermagem** v 14, n 3, Ribeirão Preto May/June. 2006.

LOPES, R.D; **Baixa Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo**: uma revisão teórica, 2010. Disponível em : <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso: 23/11/2014.

MANFROI, A; A DOLIVEIRA, F. Dificuldades da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Ver Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio Janeiro. V 2, n. 7, out/dez, 2006. Disponível em :<<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/52/42>

MANO. G.M.P. PIERIN, A.M.G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde de Família em um Centro de Saúde Escolar. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v18. N3 ju/set, 2005.

MENDES GS, MORAES CF, GOMES L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2014; 9(32): 273-278. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)795](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)795). Acesso: 10/10/2014.

NOBRE, F. et al. Diretrizes Brasileira de Hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*. Rio De Janeiro, vol, 17, n. 5, jan/mar. 2010, 57 p.

NOBRE, F. et al. Hipertensão Arterial Primária. *Revista fmrp.usp.br*(Ribeirão Preto).2013. v 46, n.3, p..56-72. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EAmica%20prim%E1ria.pdf > Acesso: 19/02/2014.

OLIVEIRA, T. L. et. al., Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, V. 26, n. 2, p.179-184. 2013.

Organização Pan-americana da Saúde (OPS). Doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. 2015. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:-conceito&catid=901:bra-03-a-doencas-nao-transmissiveis&Itemid=539 Acesso: 17/11/2014.

PIMENTA, E. Hypertension in women. **Hypertension research**, Toyonaka, v. 35, n. 2, p. 148-152, Feb 2012.

VITOR, A. F; MONTEIRO, F. P. M.; MORAIS, H.C.C; VASCONCELO,J.P.D.; LOPES, M.V.O.; ARAUJO, T. Perfil das condições de seguimento terapêutico em

portadores de hipertensão arterial. **Esc Anna Nery (impr.)**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 251-260, abr./jun.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2a06.pdf>. Acesso: 17/11/2014.

ANEXOS.

Figura 1 - Explicação do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família "Viver com Saúde". 2014.



