

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

**DIEGO ORESTES JIMÉNEZ MARTÍNEZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS  
PACIENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA “AIMOREZINHO” NO  
MUNICÍPIO DE SERRA DOS AIMORÉS/MG**

**TEOFILO OTONI - MINAS GERAIS**

**2015**

**DIEGO ORESTES JIMÉNEZ MARTÍNEZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS  
PACIENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA “AIMOREZINHO” NO  
MUNICÍPIO DE SERRA DOS AIMORÉS/MG**

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Selme Silqueira de Matos

**TEOFILO OTONI - MINAS GERAIS**

2015

**DIEGO ORESTES JIMÉNEZ MARTÍNEZ**

Banca examinadora

Profª Drª

Profª Drª

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

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus em primeiro lugar, pela vida, saúde, proteção e amor.

À minha família pelo apoio e compressão.

Às professoras que tive durante o curso pela dedicação.

Aos amigos e colegas, companheiros de trabalho pela ajuda durante o curso e elaboração deste projeto.

A todos aqueles que de uma forma ou outra, fizeram possível a realização deste estudo.

## RESUMO

No diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família “Aimorezinho” observou-se elevado número de hipertensos. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para que os hipertensos da Estratégia Saúde da Família Saúde no Campo realizem mudanças no estilo de vida a fim de melhorar os resultados do tratamento. A metodologia foi executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: hábitos alimentares inadequados; sedentarismo e; processo de trabalho da equipe. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “alimentação saudável” para modificar hábitos alimentares; “combater a obesidade” para aumentar a prática de atividades físicas e; “trabalho em equipe ” para implantar a linha de cuidado para hipertensão.

**Palavras chave:** hipertensão, estilo de vida, atenção primária.

## **ABSTRACT**

Considering the situational diagnosis of the covered area by the Family Health Strategy "Aimorezinho" was observed a high number of hypertensive patients. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan for that hypertensive patients of Family Health Strategy "Aimorezinho" in order to perform changes in lifestyle and improve treatment outcomes. The methodology is carried out in three stages: realization of situational diagnosis; literature review and the development of action plan. In this study we selected the following critical node: poor eating habits, sedentary lifestyle, and inadequate staff work process. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects "healthy eating" in order to modify suitable eating habits; "fight obesity" in order to increase physical activity and; "teamwork" in order to deploy the type of care for hypertension.

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

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
2	JUSTIFICATIVA.....	10
3	OBJETIVO.....	11
4	METODOLOGIA.....	12
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
5.1	Hipertensão Arterial Sistêmica.....	13
5.2	Diagnóstico e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	15
5.3	A abordagem da HAS pela atenção primária à saúde.....	16
<b>6</b>	<b>PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>19</b>
6.1	Definição dos problemas.....	19
6.2	Priorização de problemas.....	19
6.3	Descrição do problema selecionado.....	20
6.4	Explicação do problema.....	20
6.5	Seleção dos “nós críticos” .....	20
6.6	Desenho das operações.....	21
6.7	Identificação dos recursos críticos.....	22
6.8	Análise de viabilidade do plano.....	22
6.9	Elaboração do plano operativo.....	24
6.10	Gestão do plano.....	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Identificação do município**

O município Serra dos Aimorés está localizado no Vale do Mucuri na região Nordeste de Minas Gerais. Tem uma área de 213,564 Km<sup>2</sup>. Sua economia está baseada na agropecuária. Caracterizado como município Pleno de Atenção Básica, comporta 8.447 habitantes, densidade populacional 39,39, teve um crescimento populacional em 2012 de 0,20%(IBGE 2014). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do município em 2010 era de 0,651. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,5 e 0, 598). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi educação (com crescimento de 0, 254), seguida por renda e por longevidade (ADHB, 2013).

Em 2013 69,3% da população recebia água encanada nos domicílios, 89,6% energia elétrica e 97,1% tinham coleta de lixo 83,47%. O Programa Saúde da Família foi implantado no município em 1998 e conta atualmente com quatro equipes de saúde da família, dois equipes de saúde bucal e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Possui a rede de atenção à saúde organizada seguindo os princípios da hierarquização e regionalização, prestando serviços de assistência à saúde em (90%) noventa por cento voltados à Atenção Primária à Saúde, sendo (10%) dez por centos restantes a serviços da média complexidade. Uma vez que a oferta de serviços especializados em âmbito municipal é restrita, esta demanda é encaminhada aos municípios de referência. O município não dispõe de Plano Municipal de Saúde, mas conta com ferramentas importantes para organização da prestação de serviços de saúde, sendo o Plano Anual de Saúde, o Termo de Compromisso de Gestão, o SISPACTO, e os indicadores da Saúde em Casa instrumentos imprescindíveis para elaboração e planejamento de ações, bem como para gestão da rede de assistência.



Estou inserido na ESF Serra Verde desde janeiro de 2014. A ESF está dividida em seis microáreas que atendem 478 famílias cadastradas, o que representa uma população de 3351 pessoas. Está situada na periferia do município de Serra Dos Aimorés. O acesso pode ser realizado por ônibus, carro ou moto. O horário de funcionamento da ESF é de 07:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00.

A equipe de saúde da família é composta Na Unidade de Saúde trabalham um total de quinze pessoas distribuídas de a seguinte forma: dois médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis ACS, uma dentista saúde da família, um dentista clínico, uma auxiliar dentista, uma auxiliar limpeza, uma recepcionista. A estrutura física da unidade é nova e composta por dois consultórios médico/ginecológico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma copa, recepção, banheiro discriminado por sexo para o público e para os funcionários, sala dos ACS, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de vacina e do teste de pezinho e sala de curativo.

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Aimorezinho foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: elevado número de hipertensos não controlados, alto índice de obesos e fumantes, número elevado de sedentarismo.

## **2. JUSTIFICATIVA**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde no Brasil, não só pela elevada prevalência — cerca de 20% da população adulta como também pela acentuada parcela de hipertensos e diabéticos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos duas aferições subsequentes obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. Esta enfermidade quase sempre acompanha esses achados de forma progressiva, com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Principalmente são doenças silenciosas: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Em nossa área de abrangência constitui o principal problema de saúde priorizado, não só pela quantidade de hipertensos que temos, além disso muitos não encontrassem controlados e têm associados outras doenças, fatores de risco e complicações. No município de Serra dos Aimorés a principal causa de óbito são as doenças do aparelho cardiovascular tanto em homens como em mulheres, sendo igual em o PSF Aimorezinho associadas em a maioria dos casos a HAS. Como é conhecido esta doença pode causar danos irreparáveis na saúde de uma pessoa. Seus fatores de risco multiplicam as chances de problemas cardiovasculares, o que pode incrementar as taxas de morbimortalidade e os custos sócios econômicos. Diante da alta prevalência da doença na população brasileira, além das importantes complicações ocasionadas pela mesma, torna-se importante a realização de estudos que abordem os diversos fatores de risco associados a Hipertensão Arterial.

### **3. OBJETIVOS**

**Geral:** Elaborar um plano de ação para que os hipertensos da Estratégia Saúde da Família Aimorezinho realizem mudanças no estilo de vida visando melhoria nos resultados do tratamento.

**Objetivos específicos:**

- Identificar os fatores determinantes no incorreto controle dos pacientes hipertensos.
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.

#### 4. METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Saúde Aimorezinho. O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Posteriormente foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (**MEDLINE**) por meio dos seguintes descritores: hipertensão, fatores de risco, estilo de vida, prevenção e estratégia saúde da família.

Por fim, com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação realizado através do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) para que os usuários da ESF Saúde no Aimorezinho realizem mudanças no estilo de vida a fim de melhorar os resultados do tratamento.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Ela é diagnosticada quando a pressão arterial sistólica for  $\geq 140$  mmHg e/ou a diastólica for  $\geq 90$  mmHg (AZEVEDO *et al.*, 2010). Atualmente a Hipertensão Arterial (HA) tem sido apresentada como principal causa de morte em todo o mundo (CORNELISSEN; FAGARD, 2005). Pode-se resultar em graves complicações, se não for tratada e controlada, por isso se evidencia que a mesma é um grande problema de saúde pública, merecendo especial relevância em todos os níveis de atenção à saúde (XIMENES NETO; MELO, 2005). Estima-se que 90% dos casos de HAS sejam de origem desconhecida, sendo estas pessoas classificadas com hipertensão primária ou idiopática. O restante dos casos é classificado como hipertensão secundária, a qual decorre de alguma patologia (POWERS; HOWLEY, 2000). Passos, Assis e Barreto (2006) realizaram um estudo com objetivo de revisar, de forma crítica, os estudos de base populacional que estimaram a prevalência de hipertensão em adultos brasileiros. Considerando o critério de hipertensão arterial como pressão sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou pressão diastólica  $\geq 90$  mmHg e/ou uso corrente de anti-hipertensivo, os estudos analisados mostraram taxas de prevalência em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade. De acordo com os autores esses índices variam em função da população estudada, mais são semelhantes à prevalência encontrada em outros países da América Latina. Além disso, são valores importantes para o planejamento de ações de Saúde Pública.

A evolução clínica da HAS é lenta e possui uma multiplicidade de fatores. Quando não tratada adequadamente pode trazer graves complicações, que podem ser temporárias ou permanentes. Sua característica crônica e

silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema e pode acabar comprometendo a qualidade de vida dos mesmos (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007). Dentre os fatores de risco para a HAS pode-se citar: a idade, o sexo e a etnia, o consumo excessivo de sal, a obesidade, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). É comum que os fatores de risco da HAS sejam classificados em dois grupos: aqueles que podem ser controlados e aqueles que não podem ser controlados. No primeiro grupo pode-se citar a obesidade, a ingestão excessiva de sódio e álcool, além da inatividade física. Já no segundo grupo destaca-se a hereditariedade, a idade avançada e a raça (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; MAGRINI; MARTINI, 2012). A prevalência da HAS aumenta com a idade (SOUZA *et al.*, 2007) e é mais frequente entre indivíduos da raça negra (DÓREA; LOTUFO, 2004). A hereditariedade desempenha papel fundamental na gênese da hipertensão, entretanto é inquestionável que a ambiente influencia de forma significativa, visto que mudanças de hábitos alteram o comportamento da pressão arterial (NOBRE *et al.*, 2013). Outros fatores de risco importantes são o tabagismo e o estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Modificações de estilo de vida podem refletir no retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe (PLAVNIK *et al.*, 2010). Além disso, têm também impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravo da hipertensão (ZHANG *et al.*, 2006 apud PLAVNIK *et al.*, 2010). Todos os hipertensos com peso acima do ideal (IMC acima de 25kg/m<sup>2</sup>) devem ser encorajados a perder peso. A redução do peso reduz o nível da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Além disso, recomenda-se a prática de atividade física aeróbica moderada por pelo menos 30 minutos por dia, na maioria dos dias da semana, se não houver limitação. De acordo com Nogueira *et al.* (2012) alguns estudos confirmaram redução significativa da pressão arterial ao esforço. Em relação à dieta alimentar, os hipertensos devem ser orientados a reduzir o sal e moderar no consumo de álcool.

## 5.2 Diagnóstico e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

Um grande desafio no diagnóstico e controle da HAS é conhecer o impacto da doença e seu tratamento sobre a vida do paciente. O curso assintomático da doença até sua descoberta ou até que ocorram lesões em órgãos-alvo são fatores importantes que dificultam ainda mais esse aspecto (GUSMÃO; PIERIN, 2004).

A medida da pressão arterial (PA) é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). O paciente deve estar sentado, em ambiente calmo, por cinco minutos antes da medida, com as costas apoiadas e o braço no nível do coração. Devem-se utilizar manguitos adequados à circunferência do braço (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

A medida da PA pode ser realizada pelo método indireto, com técnica auscultatória e com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide devidamente calibrados. Além disso, pode-se utilizar também a técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados e calibrados (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Um mínimo de três leituras deve ser feito em intervalos de pelo menos um minuto, e a média das duas últimas medições deve ser utilizada, caso a diferença seja inferior ou igual a 4mmHg entre estas últimas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, utiliza-se como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas futuras (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente

(EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2005 apud VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). A linha demarcatória que define a HAS considera valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

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

Tabela 1 - Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos

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

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

### **5.3 A abordagem da HAS pela atenção primária à saúde**

A HAS representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente pela ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renais crônicas e também doença vascular de extremidades (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007). Além disso, de acordo com os mesmos autores, ela pode trazer como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis.

A maioria dos hipertensos consegue controlar-se na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo assim a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) se insere neste contexto de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes (BRASIL, 2002 apud TEIXEIRA;



EIRAS, 2014). Os gastos em saúde são minimizados se a intervenção for feita na atenção primária, e não na secundária ou terciária. Além disso, como a HAS é uma doença de difícil controle apenas no âmbito ambulatorial, há a necessidade de uma mudança de estilo de vida dos pacientes (hábitos alimentares, prática de exercícios) (SARAIVA *et al.*, 2007) e alguns instrumentos da prática da APS são importantes para a mudança desse estilo de vida, como por exemplo, os grupos operativos e as visitas domiciliares (BRASIL, 2002 apud TEIXEIRA; EIRAS, 2014). Os grupos operativos permitem uma maior orientação à população acerca da doença e de como preveni-la, e as visitas domiciliares podem ajudar na avaliação “in loco” da relação entre autocuidado e fatores de risco de cada indivíduo (BRASIL, 2002 apud TEIXEIRA; EIRAS, 2014).

Nos anos 70, os grupos operativos ganharam destaque devido ao grande potencial de aplicabilidade e à sistematização maior que traziam para o processo de trabalho (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, o trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, sendo, inclusive, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). O grupo operativo é, antes de tudo, uma abordagem teórica, fundamentada na psicologia social de Pichon Rivière, centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). Pichon Rivière conceituou que o grupo operativo é o grupo centralizado na tarefa, com o propósito de obter conhecimentos (grupo de aprendizagem) e/ou cura (grupos terapêuticos) (MOREIRA; OLIVEIRA; COSTA, 2005).

Para que um grupo seja operativo é necessário: motivação para a tarefa; mobilidade nos papéis a serem desempenhados e disponibilidade para mudanças que se evidenciem necessárias (MOREIRA; OLIVEIRA; COSTA, 2005).

A visita domiciliar, que já havia sido utilizada em outros momentos no Brasil pelos visitantes sanitários, foi reintroduzida no sistema de saúde brasileiro no panoram do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

(VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). O Programa Saúde da Família, desde sua origem, em 1994, incorporou o ACS à Equipe Básica, agregando a visita domiciliar às suas ações. A sua utilização favorece, por exemplo, a possibilidade de conhecer a realidade do território (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Para a ESF, a visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade (CUNHA; GAMA, 2012). As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares (BORBA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2007 apud CUNHA; GAMA, 2012).

## 6. PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Definições dos problemas

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Aimorezinho foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: elevado número de hipertensos não controlados, alto índice de obesos, número elevado de sedentarismo e fumantes.

### 6.2 Priorização dos problemas

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

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na ESF Aimorezinho.

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Elevado número de hipertensos no controlados	Alta	6	Parcial	1
Alto índice de obesos	Alta	4	Parcial	2
Hábitos alimentares inadequados	Alta	3	Parcial	3
Número elevado de alcoólatras	Alta	3	Parcial	4

Fonte: Aatoria Própria (2015)

### **6.3 Descrição do problema selecionado**

Das 3351 pessoas residentes na área de abrangência da equipe, 484 são hipertensas, o que corresponde a 14,4% da população (SIAB, 2013). De acordo com os registros da equipe, a maioria dos hipertensos é do sexo feminino, tem mais de 50 anos e tem hábitos e estilos de vidas inadequados.

### **6.4 Explicação do problema**

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Saúde Aimorezinho, foi possível identificar diferentes problemas, dentre os quais a equipe priorizou o elevado número de hipertensos. Além disso, foi possível verificar que uma quantidade significativa dos hipertensos apresenta fatores de risco associados como a obesidade, as dislipidemias, o tabagismo, o sedentarismo e outros. Outro fator relevante observado foi o elevado número de usuários que procuram o serviço por demanda espontânea sem ter o diagnóstico de hipertensão arterial, e quando são examinados apresentam cifras elevadas de pressão arterial. Isto se torna preocupante, pois provavelmente vários usuários do sistema de saúde não tem a doença diagnosticada, o que pode estar causando danos irreparáveis na saúde dos mesmos, além de não estar registrado no prontuário dos pacientes.

Acredita-se que esses fatos estejam relacionados à cultura da população, com baixa renda. A alimentação é desequilibrada, com excessos de gordura e sal. Além disso, acredita-se também que parte dos problemas esteja relacionada à má classificação dos hipertensos e seus fatores de risco.

### **6.5 Seleção dos “nos críticos”**

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao elevado número de hipertensos na ESF Saúde Aimorezinho.

- Hábitos alimentares inadequados

- Obesidade
- Processo de trabalho da equipe inadequado.

## 6.6 Desenho das operações

Com o problema bem explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito. São objetivos desse passo: 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 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 2 mostra o desenho das operações para os nós críticos selecionados.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “ nós críticos” do problema “elevado número de hipertensos”.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operações / Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Hábitos alimentares inadequados	<p><b>“Alimentação saudável”</b></p> <p>Promover hábitos alimentares adequados</p>	Aumentar o número de hipertensos com alimentação mais saudável	Grupos operativos juntamente com nutricionistas	<p><b>Organizacional-</b> formar grupos operativos</p> <p><b>Cognitivo-</b> informação sobre o tema</p> <p><b>Político-</b> parceria com NASF (colaboração do nutricionista)</p> <p><b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos necessários.</p>
Obesidade	<p><b>“Combater a obesidade”</b></p> <p>Aumentar a prática de atividades físicas</p>	Aumentar o número de hipertensos com prática regular de atividade física	Grupo de caminhada Grupo de dança	<p><b>Organizacional-</b> para organizar as atividades</p> <p><b>Cognitivo-</b> informação sobre o tema</p> <p><b>Político-</b> parceria com NASF (colaboração do Profissional de Educação Física)</p> <p><b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos necessários.</p>
Processo de trabalho da equipe inadequado	<p><b>“Trabalho em equipe”</b></p> <p>Implementar as diretrizes de cuidado para</p>	Cobertura de 90% dos hipertensos	<p>Linha de cuidado implantada</p> <p>Recursos humanos capacitados</p>	<p><b>Cognitivo:</b> elaboração da linha de cuidado</p> <p><b>Político:</b> adesão dos profissionais</p> <p><b>Financeiros:</b> para a aquisição de materiais</p> <p><b>Organizacional</b></p>

	hipertensão			organização dos fluxos de referência e contra referência
--	-------------	--	--	--

Fonte: Autoria própria (2015)

### 6.7 Identificação dos recursos críticos

Os **recursos críticos** são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. Sendo assim, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 3 apresenta os recursos críticos necessários para a execução do plano.

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos para o enfrentamento do problema “elevado número de hipertensos”.

Operação/ Projeto	Recursos críticos
<b>“Alimentação saudável”</b> Modificar hábitos alimentares	<b>Político-</b> parceria com NASF (colaboração do nutricionista) <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos necessários.
<b>“Combater a obesidade”</b> Incrementar a prática de atividades físicas	<b>Político-</b> parceria com NASF (colaboração do Profissional de Educação Física) <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos necessários.
<b>“Trabalho em equipe”</b> Implementar as diretrizes de cuidado para hipertensão	<b>Cognitivo:</b> elaboração da linha de cuidado <b>Financeiros:</b> para a aquisição de materiais

Fonte: Autoria própria (2015)

### 6.8 Análise de viabilidade do plano

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

Quadro 4 - Proposta de ação para a motivação dos atores.

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações Estratégicas
		Quem Controla	Motivação	

<p><b>“Alimentação saudável”</b></p> <p>Modificar hábitos alimentares</p>	<p><b>Político-</b> parceria com NASF (colaboração do nutricionista)</p> <p><b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos necessários.</p>	<p>Equipe da ESF juntamente com NASF</p> <p>Secretaria de saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>
<p><b>“Combater a obesidade”</b></p> <p>Incrementar a prática de atividades físicas</p>	<p><b>Político-</b> parceria com NASF (colaboração do Profissional de Educação Física)</p> <p><b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos necessários.</p>	<p>Equipe da ESF juntamente com NASF</p> <p>Secretaria de saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>
<p><b>“Trabalho em equipe”</b></p> <p>Implementar as diretrizes de cuidado para hipertensão</p>	<p><b>Cognitivo:</b> elaboração da linha de cuidado</p> <p><b>Financeiros:</b> para a aquisição de materiais</p>	<p>Equipe de saúde</p> <p>Secretaria de saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>

Fonte: Autoria própria (2015)

## 6.9 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 5 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo.

Ação estratégica	Responsável	Resultado Esperado	Prazo
Pesquisar o 90% da população hipertensa	Médico, Enfermeira e Agentes comunitárias	Conhecimento de toda a população hipertensa	3 meses
Classificar corretamente aos	Médico, Enfermeira	Obter adequada classificação dos	3 meses

pacientes hipertensos		pacientes	
Promover hábitos alimentares saudáveis	Médico. Enfermeira e Agentes comunitárias	Melhorar o controle. Evitar crise da doença	3 meses
Promover mudanças no estilo de vida relacionado com obesidade, sedentarismo.	Médico. Enfermeira e Agentes comunitárias	Aumento do número de hipertensos que participam em atividades físicas	3 meses

Fonte: Autoria própria (2015)

## 6.10 Gestão do plano

A gestão do plano é crucial para o êxito do processo de planejamento, pois é preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Os quadros 6 a 8 apresentam a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 6 - Planilha de acompanhamento do projeto: Alimentação saudável.

<b>Operação: Alimentação saudável</b>					
<b>Produtos esperados</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Grupos operativos juntamente com nutricionistas	Equipe de saúde da ESF Nutricionista do NASF	03 meses para o início das atividades	Em desenvolvimento		

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: Combater a obesidade.

<b>Operação: Combater a obesidade</b>					
<b>Produtos esperados</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>



Grupo de caminhada Grupo de dança	Equipe de saúde da ESF  Profissional de Educação Física do NASF	03 meses para o início das atividades	Em desenvolvimento		
--------------------------------------	---	---------------------------------------	--------------------	--	--

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: Trabalho em equipe.

<b>Operação: Trabalho em equipe</b>					
<b>Produtos esperados</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Linha de cuidado implantada  Recursos humanos capacitados	Equipe de saúde da ESF	Início em 03 meses e ação contínua.	Em desenvolvimento		

Fonte: Autoria Própria (2015)

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na conclusão do estudo da hipertensão arterial na área de abrangência da ESF Aimorezinho no município de Serra Dos Aimorés observou-se que um controle adequado da doença, depende fundamentalmente de mudanças de hábitos e estilo de vida, pois em muitos hipertensos são inadequados, o que compromete de forma importante à saúde destes pacientes.

O plano de ação teve o objetivo de criar projetos que possibilitem a promoção à saúde, ações educativas com ênfase nas mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco como alimentação inadequada, obesidade; encaminhamento a outros profissionais, quando indicado; ações assistenciais individuais e em grupo; participação em projetos de pesquisa; gerenciamento do programa. Tudo acima descrito contribui para um melhor processo de trabalho da equipe, resultando num melhor atendimento à população hipertensa.

Este trabalho reflete a importância não só do tratamento, mas no seguimento do paciente hipertenso, reafirmando o importante papel da equipe de saúde para aumentar a qualidade de vida desses pacientes.

## REFERÊNCIAS

ADHB – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Perfil Municipal – **Serra Dos Aimores/MG**. Disponível em [http://ibge.gov.br/home/estatistica/população/estimativa/2014/serra\\_dos\\_aimores\\_mg](http://ibge.gov.br/home/estatistica/população/estimativa/2014/serra_dos_aimores_mg). Acesso em 08/10/14.

AZEVEDO, L.F.; *et al.* Recomendações Sobre Conduas e Procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica a Saúde. **Conselho Federal de Educação Física**, Rio de Janeiro, p. 31, 2010.

BORBA, P.C.; OLIVEIRA, R.S.; SAMPAIO, Y.P.C.C. O PSF na prática: organizando o serviço. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007. apud CUNHA, C.L.F.; GAMA. M.E.A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: MALAGUTTI, W. (organizador). **Assistência Domiciliar** – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, 336 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência à saúde – NOAS-SUS - 01/02. Brasília, 2002 apud TEIXEIRA, J.B.P.; EIRAS, N.S.V. **A Hipertensão Arterial e sua abordagem pela Atenção Primária à Saúde e pelos Grupos de Extensão Universitária**, 2014. Disponível em: <http://www.ufjf.br/proplamed/files/2011/04/A-Hipertens%C3%A3o-Arterial-e-sua-abordagem-pela-APS.pdf>. Acesso em 28/11/14.

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

CORNELISSEN, V. A.; FAGARD, R. H. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension*, v. 46, p. 667-675, 2005.

CUNHA, C.L.F.; GAMA. M.E.A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: MALAGUTTI, W. (organizador). **Assistência Domiciliar**

– Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, 336 p.

DÓREA, E.L.; LOTUFO, P.A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Revista da sociedade brasileira de hipertensão**. v.7, n.3, p.86-89, 2004.

EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION. Practice guidelines of the European Society of Hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement. *J Hypertens*. v.23, p.697-701, 2005 apud VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 17, n. 1, p.1-64, 2010 .

GUSMÃO, J.L.; PIERIN, A.M.G. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. **Revista da sociedade brasileira de hipertensão**. v.7, n.3, p.104-108, 2004.

IBGE-cidades. **Urucuia, Minas Gerais**. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317052&search=minas-gerais|urucuia>. Acesso em 03/09/14.

MAGRINI, D.W.; MARTINI, J.G. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enferm. glob**. v.11, n.26, p. 344-353, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. – 2. Ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MOREIRA, A.C.; OLIVEIRA, A.A.F.; COSTA, L.V.F. **A percepção do usuário em relação a grupos operativos na atenção básica à saúde**. [Monografia – Especialização em Saúde da Família]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

NOBRE, F. *et al*. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina**. v.46, n.3, p.256-272, 2013.

NOGUEIRA, I.C. *et al*. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**. v.15, n.3, p.587-601, 2012.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.15, n.1, p.35-45, 2006.

PLAVNIK, F.L. *et al.* **Decisão terapêutica e metas**. **J. Bras. Nefrol.** v.32, supl.1, p.19-21, 2010.

POWERS, S.K.; HOWLEY, E.T. **Fisiologia do exercício**: teoria e aplicação ao condicionamento físico e ao desempenho. 3° ed. São Paulo: Manole, 2000.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2006 Fev: 1–48.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Posicionamento Brasileiro Sobre Hipertensão Arterial Resistente. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 99, n. 1, p. 576-585, 2012

SOUZA, A.R.A. *et al.* Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol**. v.88, n.4, p.441-446, 2007.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. **Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema**. **Texto contexto - enferm**. v.16, n.2, p. 233-238, 2007.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 17, n. 1, p.1-64, 2010 .

XIMENES NETO, F. R.; MELO, J. R. Controle da hipertensão arterial na atenção Primária em saúde - uma análise das práticas do Enfermeiro. *Enfermería Global*, v. 1, n. 6, p. 1-16, 2005.

ZHANG, Y. *et al.* Prehypertension, diabetes, and cardiovascular disease risk in a population based sample: the Strong Heart Study. *Hypertension* v.47, p. 410-414, 2006 apud PLAVNIK, F.L. *et al.* **Decisão terapêutica e metas.** **J. Bras. Nefrol.** v.32, supl.1, p.19-21, 2010.