

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

LAYREN MONZON AGUIAR

PLANO DE AÇÕES DE SAÚDE PARA DISMINUIR A INCIDENCIA
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PSF SÃO ROQUE 2
,DIVINÓPOLIS ,MG,BRASIL.

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

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Divinópolis ,MG

2015

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Examinador 2:

Aprovado em Belo Horizonte/MG 2015.

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) incluem uma série de patologias, dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica e representam uma ameaça para a saúde em todas as nações. O Brasil não está fora dessa realidade. O objetivo desse trabalho é elaborar um plano de intervenção para diminuir os fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica, assim como a incidência na população maior de 18 anos atendida pela equipe de saúde do Programa de Saúde da Família São Roque 2, em Divinópolis, Minas Gerais. A proposta de intervenção é educativa com a finalidade de realizar um conjunto de ações sistematizadas para capacitação, acompanhamento e avaliação das pessoas maiores de 18 anos com hipertensão arterial. O trabalho com educação em saúde evita possíveis complicações futuras mantendo ou até melhorando a qualidade de vida de destes indivíduos. Foram abordadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Acredita-se que a proposta elaborada representará uma possibilidade de melhoria da qualidade de vida da população assistida.

Descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica, Projeto de Intervenção, Fatores de Risco.

ABSTRACT

The Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) include a number of conditions, among them the Hypertension and pose a threat to health in all nations. The Brazil is not out of this reality. The aim of this study is to develop an action plan to reduce the hypertension risk factors, as well as the incidence in the population over 18 years served by the health team of the Health Program of São Roque Family 2 in Divinópolis, Minas General. The proposed intervention is educational in order to perform a set of systematic actions for capacity building, monitoring and evaluation of people over 18 years with high blood pressure. Working with health education prevents possible future complications while maintaining or even improving the quality of life of these individuals. Three stages were discussed: situation analysis, literature review and drafting of the intervention plan. It is believed that would constitute an elaborated possibility of improving the quality of life assisted population.

Key words: Hypertension, Intervention Project, Risk Factors.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 JUSTIFICATIVA.....	8
3 OBJETIVOS.....	9
4 METODOLOGIA.....	10
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
6 PLANO DE AÇÃO.....	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade o Brasil tem sofrido intensas transformações em seu sistema de saúde, sobretudo a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual deu origem ao Sistema Único de Saúde, e da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que colaborou para a formulação de princípios e diretrizes norteadores do aludido sistema (BECK; MINUZZI, 2008).

Com a criação do Sistema Único de Saúde foram apresentadas proposições que definiram a saúde como direito de todos e dever do Estado, a universalidade e igualdade do acesso à saúde, a procura da superação da dicotomia entre prevenção e cura, a visão da integralidade na assistência ao indivíduo, a descentralização do sistema de saúde, a participação complementar dos grupos privados na saúde, a evidência nas áreas de saúde do trabalhador, a vigilância epidemiológica e sanitária, o estímulo à participação comunitária efetiva e o financiamento do sistema de saúde brasileiro de forma tripartite entre União, Estados e Municípios (ARAÚJO; FELIX; SILVA; SILVEIRA, 2007).

O Programa Saúde da Família foi implantado em Divinópolis, MG no ano 2002, município que localiza-se na Região Oeste do Estado de Minas Gerais, com população de 202.220 habitantes até o ano 2010, cuja principal fonte de renda é a Indústria de Confeccões .

Com extensão territorial de 708,909 KM², o município está dividido em bairros O bairro São Roque e TIETE onde fica a ESF tem um grande número de atendimentos diários, faz com que as equipes de saúde tenham trabalhos excessivos, visto que trata-se de um bairro populoso e dos mais carentes do município, porém com uma maior demanda, sendo priorizados os problemas referente aos casos que envolvem doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dentre outras.

O PSF São Roque 2 possui 1391 famílias e 1580 pessoas cadastradas até setembro 2014 sendo que 680 do sexo masculino e 900 do sexo feminino, residindo na área urbana. O número de pessoas maiores de 18 anos é de 1380, sendo 580 homens e 800 mulheres. Os dados obtidos até outubro deste ano demonstram que o PSF São Roque 2 tem 186 pacientes hipertensos com idade maior q 18 anos.

2.JUSTIFICATIVA

A implantação do Programa Saúde da Família fez com que houvesse uma relação mais humanizada entre profissionais de saúde e pacientes. Desse modo, é importante verificar os fatores que predispõem os adultos com idade maior que 18 anos à hipertensão arterial sistêmica, bem como quais os métodos a serem aplicados para sua melhoria, considerando ser a medicina preventiva o foco de todo o sistema de saúde, sobretudo nos programas básicos de atenção à família.

Com isso, a pesquisa encontra justificativa para a sua realização, já que a temática é de grande relevância, uma vez que a hipertensão arterial sistêmica é uma doença considerada grave, capaz de aumentar o risco de eventos cardiovasculares, como cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca, e nefropatias crônicas (*PICCINI e VICTORA, 2009*).

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para a redução dos fatores de risco e o controle da hipertensão arterial sistêmica em adultos atendidos no Programa Saúde da Família SAO ROQUE 2, no município Divinópolis ,MG

Objetivos Específicos

Mencionar os principais fatores de risco da hipertensão encontrados na população dessa idade.

Demonstrar o que compromete a realização de ações nessa unidade de saúde para a melhoria do quadro;

Analisar as principais causas que estão influenciando nesse aumento.

4 METODOLOGIA

Nosso projeto de intervenção terá como finalidade realizar um conjunto de ações sistematizadas para capacitação, acompanhamento e avaliação das pessoas maiores de 18 anos com hipertensão, para trabalhar a educação em saúde dos mesmos e evitar possíveis complicações futuras. Foram abordadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

O diagnóstico situacional foi realizado com a colaboração da equipe de saúde de São Roque 2, pelo método de estimativa rápida. Este método permite evidenciar os problemas que afetam as comunidades, sendo um método simples, rápido e de baixo custo que permite adicionar o conhecimento teórico com o saber prático e apoia o planejamento participativo. Além disso, envolve a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais, a comunidade em geral etc. *(Elaborado pelo o autor, 2015.)*

Os princípios que apoiam a estimativa rápida são: a construção de um planejamento local, a coleta de dados de uma área geográfica determinada, a obtenção de informações sobre um conjunto de problemas em tempo curto e rápido, sem a necessidade de coletar dados excessivos, envolvendo a comunidade por tanto este método fortalece os princípios de equidade, de participação e de cooperação, permitindo maior aceitação numa intervenção futura. Os dados levantados por meio deste método foram coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e na observação ativa da área *(Elaborado pelo o autor, 2015.)*

No passo seguinte foi feita revisão narrativa da literatura, análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor. Essa categoria de revisão tem um papel fundamental para a educação continuada, pois permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto

espaço de tempo; porém não possuem metodologia que permitam a reprodução dos dados e nem fornecem respostas quantitativas para questões específicas. Já para a elaboração do plano de intervenção, observou-se o que propõe o autor.

Foram avaliadas as publicações dos últimos 10 anos, em português, obtidas através da Biblioteca Virtual em Saúde, do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, da Literatura Internacional em Ciências da Saúde, do Scientific Electronic Library Online e do Programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Foram desconsideradas da análise as publicações sem correlação com tema proposto ou que não eram passíveis de obtenção na íntegra (critérios de exclusão).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Histórico e Evolução da Hipertensão Arterial Sistêmica

Os antigos egípcios já tinham conhecimento sobre a origem da pulsação e da função de bombeamento do coração. A observação do pulso vascular é muito antiga enquanto que a obtenção da pressão arterial só ocorreu séculos mais tarde. O pulso foi mencionado pelos egípcios no papiro de Edwin Smith em 1600 AC, no papiro terapêutico de Thebes em 1552 AC e no papiro de Ebers em 1550 AC o qual nos passa a informação de que colocando-se os dedos sobre várias partes do corpo, verifica-se que o coração “fala” através dos vasos. A descrição do pulso arterial coube a dois médicos de Alexandria, que tiveram forte influência da medicina grega de Hipócrates. Herófilo, fundador da “doutrina do pulso”, descreveu com exatidão as pulsações, correlacionou a sístole e a diástole com os sons musicais e considerou ser o pulso um fenômeno que ocorre dentro dos vasos. Seu contemporâneo, Erasistrato, o fundador da fisiologia, considerou que o coração dá origem ao espírito vital que é levado pelas artérias a todas as partes do corpo. É atribuído ao médico veneziano Santorio a primeira tentativa de se registrar o pulso através de seu invento, o pulsilogium, aparelho que servia para medir a frequência e a variação do pulso. Foi também atribuído a Galileo Galilei a invenção do pulsilogium, mas foi Santorio quem deu aplicabilidade clínica. *(SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO) Revista hipertensão, 2011)*

Nessa época iniciou-se a determinação adequada da pressão nas artérias. William Harvey, o “descobridor da circulação”, publicou seus estudos sobre a circulação, mas foi tão contestado que somente um século depois a primeira medição da pressão arterial foi realizada em um animal pelo reverendo Stephen Hales, através da introdução de um tubo de vidro na carótida de uma jumenta onde verificou que a coluna de sangue subia por volta de 2,90 m, oscilando conforme os batimentos cardíacos do animal. Apesar de Hales ter ganho todas as honrarias na Inglaterra e na Europa com a descoberta da pressão sanguínea e de não ter sido contestado, seus estudos caíram no

esquecimento. POSTEL-VINAY afirmou que enquanto uns reconheceram o trabalho de Hales como ponto inicial ao desenvolvimento da hipertensão, outros argumentaram que o marco de referência foi o conceito emitido na primeira década do século XX, onde se destacou a pressão arterial alta como fator de risco. O médico físico Jean Léonard Marie Poiseuille, melhorou o manômetro de Hales, substituindo o tubo de vidro por um tubo em “U”, com 20 cm, e parcialmente cheio de mercúrio, o qual chamou de “hemodinamômetro”. Esse aparelho era conectado a uma cânula cheia de carbonato de potássio (anticoagulante) que era diretamente inserida na artéria do animal, medindo sua pressão arterial de maneira invasiva, através da diferença em milímetros, observada ao nível do mercúrio, no tubo em “U”. Esse instrumento foi essencialmente de laboratório, sem uso clínico, mas que serviu de base para todos os aparelhos de medir Pressão Arterial (PA) que vieram posteriormente. (SBH) SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO) *Revista hipertensão, São Paulo, 2011)*

Promoção e Prevenção de Saúde

No início do século XX, os médicos para exercerem seu trabalho contavam com recursos limitados para tratar seus pacientes, encontrando apoio apenas no saber e experiência pessoais, voltando-se ao cuidado dos doentes como forma de desenvolver uma relação de contiguidade e confiança (GONÇALVES; NEMES; SCHRAIBER, 1996).

Por sua vez, as tecnologias e as técnicas desenvolvidas na segunda metade do século XX criaram um período novo na história da medicina, que se tornou dinâmico para um grande número de circunstâncias antes inacessíveis à cura. A atuação médica passou a ser desenvolvida de modo fragmentado, impessoal e com valorização de habilidades técnicas em prejuízo da relação médico-paciente, havendo um paradoxo pelo fato de a confiança na medicina ter aumentado durante este período, enquanto a confiança nos médicos foi

progressivamente diminuída, instalando-se uma crise de confiança (GONÇALVES; NEMES; SCHRAIBER, 1996).

A partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde se revestiu de grande relevância, até mesmo por se tratar de uma estratégia de desenvolvimento dos sistemas de saúde, sendo implementadas várias propostas, como a medicina comunitária, em resposta aos altos custos do modelo de atenção médica e ao desajustamento da cobertura populacional desse modelo (MARCONDES, 2002).

A Organização Mundial da Saúde passou, então, a disseminar a precisão de reforma do modelo de prestação de serviços das nações, procurando enfatizar a integração dos serviços locais num sistema nacional, a participação comunitária, ações Inter -setoriais e uma maior “relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social” (CONILL, 2008).

No Brasil, o modelo proposto pela Atenção Primária à Saúde teve grande impacto na organização do Sistema Único de Saúde. A década de 1980 pode ser entendida como um momento de ressurgimento de movimentos pela democratização da sociedade, em diversas esferas, com intensos reflexos na saúde. Na década seguinte, o Ministério da Saúde sugeriu a reorganização da prática assistencial, dando ênfase ao atendimento integral à saúde da família. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, implantado em 1991 com boa atuação no Nordeste, colaborou para que em 1994, passasse a existir o Programa Saúde da Família e na sequência, como estratégia de reorientação assistencial como substituição às práticas convencionais a Estratégia de Saúde da Família, a fim de reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde e dar prioridade à Atenção Primária à Saúde (CONILL, 2008).

Assim sendo, o Programa Saúde da Família iniciou-se em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma tática do Ministério da Saúde na busca pela mudança da forma tradicional de prestação de assistência, objetivando excitar a implantação de um novo modelo de Atenção

Primária à Saúde que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde (*BLASCO (et al.), 2003*).

Os denominados agentes comunitários de saúde constituíram as primeiras equipes do Programa Saúde da Família, sendo formadas em janeiro de 1994. Dando prioridade às ações de proteção e promoção da saúde, o atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Tem por principal objetivo fazer com que cada equipe seja levada a apreciar a realidade das famílias pelas quais é responsável, através de cadastramento e diagnóstico de suas características, tornando-se mais compassivo às necessidades dos indivíduos atendidos. Tem-se a recomendação de que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas, para que esses profissionais e a população assistida possam criar vínculos de corresponsabilidade, o que promove a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade com mais facilidade. A reorganização da Atenção Básica conjetura, também, o funcionamento de um sistema de referência e contra referência competente que certifica a integralidade das ações de saúde (*CARVALHO; SOUZA, 2006*).

O Programa Saúde da Família aponta ao trabalho na lógica da promoção da saúde, ambicionando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito conexo à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para que se obtenha o objetivo proposto, é indispensável a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a expectativa de promoção de ações Inter setoriais (*BLASCO(et al.), 2003*).

O Programa Saúde da Família, ao se estabelecer como estratégia de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil têm por objetivo precípua alavancar o Sistema Único de Saúde que, não obstante dos progressos jurídico-políticos, não foi capaz de reverter o quadro sócio sanitário nacional, regional ou local, conservando-se como hegemônico o modelo assistencial individual, curativo, cujo centro é o hospital (*ARAÚJO (et al.), 2007*).

Um pilar fundamental na construção do novo modelo de Atenção Básica é a humanização que a proposta do Programa Saúde da Família tem por finalidade apreciar, através do estabelecimento de conexão entre profissionais, usuários e famílias, por meio da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade (ARAÚJO *et al.*, 2007).

Hipertensão arterial sistêmica

O coração é uma bomba eficiente que bate de 60 a 80 vezes por minuto durante toda a nossa vida e impulsiona de 5 a 6 litros de sangue por minuto para todo o corpo. Pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo. A Hipertensão Arterial é mais conhecida como Pressão Alta, é resultante de uma alteração do controle da pressão que o sangue exerce sobre a parede dos vasos sanguíneos. Considerada hipertensão, a pressão arterial acima de 140x90 mmHg (milímetros de mercúrio) em adultos com mais de 18 anos. (Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia Alimentar para a População Brasileira*, 2005.)

Elevações ocasionais da pressão podem ocorrer com exercícios físicos, nervosismo, preocupações, alimentos, fumo, álcool e café. Pode ser modificada pela variação do volume de sangue e sua viscosidade, da frequência cardíaca (batimentos cardíacos por minuto) e da elasticidade dos vasos. Os estímulos hormonais e nervosos que regulam a resistência sanguínea sofrem a influência pessoal e ambiental.

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial, frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, ao aumento do risco de eventos cardiovasculares, como cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca, e nefropatias crônicas. Decorre de fatores genéticos, em geral ligados a alterações de estilo de vida e condições socioeconômicas (PICCINI; VICTORA, 2009).

A incidência de hipertensão arterial sistêmica aumenta linearmente com o envelhecimento, atingindo percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos, sendo duas vezes mais predominante em indivíduos brancos, especialmente nas mulheres (MINAS GERAIS, 2013).

O excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica desde idades jovens, ao passo que a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral, devendo ser desestimulada, sem falar nos indivíduos normotensos com elevada sensibilidade a ingestão de sal que apresentam incidência cinco vezes maior da doença em 15 anos, quando comparados aqueles com baixa sensibilidade (MINAS GERAIS, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica é também ocasionada pelo sedentarismo e incide com maior frequência em indivíduos com pouca ou nenhuma escolaridade (MINAS GERAIS, 2013).

Estudos de base populacionais realizados em nosso país e no mundo têm registrado a hipertensão arterial sistêmica como uma doença corriqueira, encontrando-se prevalências com variações em torno de 20%. Na atualidade, tem-se nas doenças cardiovasculares grande destaque como fundamentais causas de morte, atingindo cerca de um terço do total da mortalidade adulta brasileira (PORTO, 2005).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Definição do problema

A identificação e priorização do problema não são suficientes para definir as intervenções na perspectiva de solucioná-lo. É preciso avançar na explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor, para entender sua dimensão e como ele se apresenta em uma determinada realidade. A quantificação do problema é um passo importante (Elaborado pelo o autor,2015.)

Para facilitar o processo de descrição, o quadro 01 reúne descritores relacionados ao problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família São Roque 2, Divinópolis ,MG

Quadro 01: Descritores, valores relacionados ao problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família SÃO ROQUE 2

Descritores	Valores	Fonte
Total de cadastrados na Unidade	1978	Programa Saúde da Família
Hipertensos cadastrados	268	Diagnostico de Saúde ESF São Roque 2
Hipertensos com idade maior que 18 anos	262	Diagnostico de Saúde ESF São Roque 2

Fontes : (Elaborado pelo o autor,2015)

Explicação do problema

A desigualdade social e as políticas públicas de saúde influenciam no hábito de vida saudável e no acesso às informações e serviços de saúde, as políticas públicas influenciam o modelo assistencial, que interfere na organização, estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde que, por sua vez, interferem no encaminhamento, diagnóstico, protocolo, assistência médica e farmacêutica e educação em saúde. O modelo assistencial ainda interfere em fatores como hábito de beber e fumar, estresse, excesso de sal e gordura na dieta, obesidade, sobrepeso e sedentarismo, que provocam alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica na nossa população. Ditos fatores agravantes, podem levar a outras complicações maiores como doenças do coração, a exemplo do infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, cegueira, amputação de membros (Diagnóstico de Saúde, ESF SÃO ROQUE 2) .Muita dessas doenças podem provocar a morte do paciente ou piorar sua qualidade de vida. É necessário combater esse grande problema de saúde que é a HAS em nosso PSF e no mundo todo.

“Nós Críticos”

“Para a elaboração do plano de intervenção temos que fazer uma seleção dos Nós Críticos“, causas de um problema que, quando atacado, é capaz impactar o problema principal e transformá-lo definitivamente. Eles são representados por algo sobre o qual é possível intervir, que possa ser solucionado pela equipe *(Elaborado pelo autor, 2015.)*

Foram considerados como Nós Críticos os seguintes problemas: falhas na organização da equipe falta de profissionais capacitados para a elaboração de

grupos de Hipertensos; hábitos e estilos de vida não saudáveis; falta de acesso às informações e falta de apoio dos médios Inter setoriais.

Quando ocorrem falhas e estas envolvem os usuários, eles não recebem a devida assistência médica. Além disso, a falta de acesso às informações, os hábitos e estilo de vida não saudáveis, potencializam a vulnerabilidade dos usuários do Programa Saúde da Família em relação às doenças, aumentando assim os fatores de risco que são fumar, beber, estresse, excesso de sal e gordura da dieta, obesidade, sobrepeso e sedentarismo que aumentam os casos de hipertensos na nossa localidade.

Operações dos Nós Críticos

A partir dos critérios identificados, propõem-se operações para a sua solução, resultados e produtos esperados e recursos necessários à sua execução *(Elaborado pelo o autor,2015.)*

Quadro 02: Desenho de operações para os critérios de inclusão críticos do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no PSF São Roque 2,Divinópolis ,MG.

Nós críticos	Operação	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Modos e estilos de vida não saudáveis	Vida saudável: adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis pelos hipertensos.	Redução do alcoolismo, tabagismo, estresse, obesidade, sobrepeso, sedentarismo.	Palestras em grupos de hipertensos Atividades participativas, campanhas educativas através de folhetos .Ajuda audiovisual	Econômico Aquisição de folhetos explicativos. Organizacional Organizar os grupos de hipertensos. Cognitivo Transmissão das informações dos folhetos explicativos
Falta de estrutura nos serviços de saúde (falta de recursos humanos qualificados)	para dita tarefa, Técnico de Enfermagem, Agente de Saúde apoiando ao médico no cuidado dos usuários Reforçar e aumentar a contratação de profissionais qualificados	População mais consciente .Aumento do numero de profissionais .Funcionamento conforme o protocolo dos grupos de hipertensos	Realização contínua de grupos operacionais de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos.	Econômico Aquisição de profissionais qualificados Organizacional Organização da agenda. Político Mobilização social e Inter setorial para a contratação do pessoal. Cognitivo Conhecimento sobre a falta de ditos profissionais na ESF São Roque 2.
Falta de informações e apoio intersetores	Central saúde: melhoria da estrutura do serviço para atender melhor os hipertensos com ajuda dos setores pertinentes, maior quantidades de folhetos e programas de televisão com informações sobre o tema.	Garantia de mais conhecimento dos usuários sobre o tema da HAS.	Aquisição e estocagem de material educativo sobre o tema.	Econômico Aumentar a compra de folhetos sobre HAS e Apoio das televisoras da região. Político Aumentar a verba para incrementar a compra do material necessário Cognitivo Conhecimento sobre a falta de material sobre HAS, escasso conhecimento dos usuários sobre o tema de HAS..

Fontes:(Elaborado pelo o autor,2015)

Identificação dos Recursos Críticos

Esta etapa tem por finalidade identificar os recursos críticos, os quais são tidos como indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para que se possa viabilizá-los (*Elaborado pelo o autor,2015.*)

Quadro 03: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no PSF São Roque 2 ,MG.

Operação	Recursos Necessários
Vida saudável	Econômico: aquisição de folhetos explicativos.
Falta de profissionais qualificados	Econômico: aquisição dos profissionais Político: mobilização social e Inter setorial.
Falta de informação sobre HAS e apoio Inter setorial	Econômico: aumentar a compra do material necessário, folhetos. Político: aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a estrutura voltada para os hipertensos.

Fontes: (Elaborado pelo o autor ,2015.)

Análise de Viabilidade

A ideia de construir ou criar a viabilidade para o plano de intervenção tem por finalidade a identificação dos atores que controlam os recursos críticos. De posse dessas informações, faz-se um estudo para saber o grau de motivação desses atores em relação aos objetivos visados, buscando descrever ações estratégicas para mobilizá-los (*Elaborado pelo o autor, 2015.*)

Nesse contexto, o quadro 04 mostra as propostas de ações estratégicas para motivação dos atores do plano de intervenção.

Quadro 04: Análise de viabilidade do plano de intervenção para enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica da população no PSF São Roque 2, MG.

Operação	Recursos Críticos	Controle de Recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Vida saudável: adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis pelos hipertensos.	Econômico: aquisição de folhetos explicativos.	Secretário Municipal de Saúde.	Indiferente.	Apresentar projeto.
Falta de profissionais qualificados	Econômico: Contratação do pessoal qualificado para cada ESF. Político: mobilização social e Inter setorial.	Secretário Municipal de Saúde.	Indiferente.	Apresentar projeto.
Central saúde: Falta de informação sobre HAS e apoio Inter setorial	Econômico: aumentar a compra de material explicativo ,folhetos sobre a HAS, apoio das televisoras para divulgação sobre tema da HAS. Político: aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a estrutura voltada para os hipertensos.	Secretário Municipal de Saúde e Prefeito Municipal.	Indiferentes.	Apresentar projeto.

Fontes:(Elaborado pelo o autor,2015)

Elaboração do Plano de Ação.

A finalidade do plano de ação é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. *(Elaborado pelo autor ,2015.)*

O quadro 05 define a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Quadro 05: Plano de ação para enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no PSF São Roque 2 ,MG.

Operação	Resultados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Vida saudável: adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis pelos hipertensos.	Redução do alcoolismo, tabagismo, estresse, obesidade, sobrepeso e sedentarismo.	Orientações e informações nos grupos de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos.	Apresentação de projeto.	ESF São Roque 2	03 meses para apresentação de projeto, 06 meses para início das atividades.
Reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário e maior apoio Inter setorial	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica.	Realização contínua de grupos operacionais de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos.	Apresentação de projeto.	ESF ,Secretaria de Saúde	03 meses para apresentação de projeto, 06 meses para início das atividades.
Central saúde: Maior contratação de profissionais qualificados para as ESF.	Garantia de mais assistência médica e funcionamento dos grupos de hipertensos conforme protocolo	Aquisição de, profissionais mais capacitados,.	Apresentação de projeto.	Estratégia Saúde da família (ESF)	03 meses para apresentação de projeto, 06 meses para aprovação e Contratação do pessoal qualificado.

Fontes: (Elaborado pelo o autor, 2015.).

Gestão do Plano

A efetivação de um plano de ação depende de acompanhamento e monitoramento, de modo que os objetivos, resultados e impactos sejam avaliados e orientados, bem como que os recursos disponíveis sejam utilizados racionalmente, a fim de evitar um indesejado fracasso ou gasto desnecessário.

Assim, é preciso um sistema de gestão para coordenar e supervisionar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão *(Elaborado pelo autor, 2015.)*

Quadro 06: Planilha de acompanhamento e monitoramento do plano de ação para enfrentamento do problema da hipertensão da população cadastrada no PSF São Roque 2 .

Prevalência hipertensão arterial sistêmica
Planilha de acompanhamento e monitoramento

Indicadores	Momento atual		Em 06 meses		Em 02 ano	
	Números	%	Números	%	Números	%
Total de Hipertensos						
Quantidade de Hipertensos cadastrados no sistema						
Hipertensos acompanhados em grupos ou consulta periódica						
Hipertensos controlados com tratamento						
Hipertensos com obesidade ou sedentarismo						
Hipertensos usuários de drogas ou álcool						
Hipertensos fumadores						
Hipertensos com Glaucoma						
Hipertensos com insuficiência cardíaca						
Hipertensos que sofreram acidente vascular cerebral						
Hipertensos com insuficiência renal aguda ou crônica						

Fontes:(Elaborado pelo o autor,2015)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o projeto educativo busca contribuir para diminuir a frequência de HAS por causa de múltiplos fatores de risco nos pacientes da UBS tais como, obesidade, sedentarismo, tabagismo, dislipidemias, alcoolismo, tudo isso podendo ser produto de hábitos inadequados, baixo nível de informação da população e trabalho inadequado da equipe para enfrentar o problema.

Espera-se uma maior e efetiva participação dos familiar e maior apoio Inter - setorial na vida do paciente hipertenso, que deve fazer uso correto dos medicamentos prescritos, eliminando, por consequência, as recaídas decorrentes da baixa adesão ao tratamento da doença. Com base no conteúdo da revisão de literatura e no plano de ação, conclui-se que a redução e o controle da hipertensão arterial sistêmica demandam o incentivo para a modificação do estilo de vida.

REFERENCIAS

ARAÚJO, Daísy, Vieira de; FELIX, Lidiany Galdino; SILVA, Iane carvalho da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. **Acolhimento no Programa Saúde da Família**: um caminho para humanização da Atenção à Saúde. Campo Grande, 2007.

BECK, Carmem Lúcia Colomé; MINUZZI, Danieli. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. Santa Maria, 2008.

BLASCO, Pablo Gonzáles; JANAUDIS, Marco Aurelio; LEOTO, Roberto Ferreira; LEVITES, Marcelo Rozenfeld; MORETO, Graziela; RONCOLETTA, Adriana Fernanda Tamassia. Princípios da medicina de família. São Paulo: Sombramfa, 2003.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

COORDINAÇÃO GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Guia Alimentar para a População Brasileira**, 2005.)

CARVALHO, Alysson ,Massote ;SOUZA ,Rafaela Assis de Programa de Saude da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia In: **Estudos de Psicologia** .Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais,2006

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. In: **Caderno de Saúde Pública**. Vol. 24. Rio de Janeiro, 2008.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSAO ARTERIAL. **Tratamento não medicamentoso ou modificações do estilo de vida** ,2006.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes; NEMES, Maria Ines Baptistella; SCHRAIBER, Lilia Blimer. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

MARCONDES, Eduardo. A conferência de Alma-Ata e as Ações Básicas de Saúde. In: *Pediatria na Atenção Primária*. São Paulo: Savier, 2002. (5):487-97.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Atenção à saúde do adulto. In: *Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

PICCINI, Roberto Xavier; VICTORA, Cesar Gomes. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. In: **Revista Saúde Pública**. Pelotas, 2009.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

(SBH) SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, (**Revista hipertensão**), São Paulo, 2011.