

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

JUANA DE LA CONCEPCIÓN LLERENA RODRÍGUEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ESTIMULAR ESTILOS DE VIDA  
MAIS SAUDÁVEIS ENTRE OS USUÁRIOS HIPERTENSOS DA ÁREA  
DE ABRANGÊNCIA DA ESF NOVO FLORENÇA**

LAGOA SANTA - MG

2015

JUANA DE LA CONCEPCIÓN LLERENA RODRÍGUEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ESTIMULAR ESTILOS DE VIDA  
MAIS SAUDÁVEIS ENTRE OS USUÁRIOS HIPERTENSOS DA ÁREA  
DE ABRANGÊNCIA DA ESF NOVO FLORENÇA**

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

Orientadora: Professora Daniela Coelho Zazá

LAGOA SANTA - MG

2015

JUANA DE LA CONCEPCIÓN LLERENA RODRÍGUEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ESTIMULAR ESTILOS DE VIDA  
MAIS SAUDÁVEIS ENTRE OS USUÁRIOS HIPERTENSOS DA ÁREA  
DE ABRANGÊNCIA DA ESF NOVO FLORENÇA**

Banca Examinadora

Prof. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Flavia Casasanta Marini (examinadora)

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

## **AGRADECIMENTOS**

À minha professora orientadora Daniela Coelho Zazá que com disposição e profissionalismo me ajudou no desenvolvimento desse trabalho.

À minha professora de iniciação a metodologia Mila Lemus e aos meus três amigos de turma que com muita paciência e dedicação me apoiaram na finalização do trabalho final.

## RESUMO

No diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Novo Florença observou-se elevado número de hipertensos. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para permitir que os hipertensos da Estratégia Saúde da Família Novo Florença no município de Ribeirão das Neves realizem mudanças no estilo de vida e tenham melhor controle da doença. 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: falta de conhecimento sobre os riscos da hipertensão; estilo de vida inadequado e; programação ineficiente das atividades da Estratégia Saúde da Família. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “mais conhecimento” para ampliar as informações sobre os riscos da hipertensão e sobre formas de prevenção; “mudança já” para incentivar a modificação de hábitos alimentares e introduzir a prática regular de atividade física e; “agenda organizada” para organizar a agenda para melhorar os atendimentos.

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

## **ABSTRACT**

The situational diagnosis of the covered area of the Family Health Strategy Novo Florença showed a high number of hypertensive patients. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan in order to provide changes in the lifestyle of hypertensive patients of Family Health Strategy Novo Florença and to have better control of the disease. 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: lack of knowledge about the risks of hypertension; inadequate lifestyle and; inefficient programming of the activities of the Family Health Strategy. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects “more knowledge” in order to expand the information on the risks of hypertension; “change already” in order to encourage the modification of eating habits and to introduce the physical activity in routine of activities and; “organized schedule” in order to organize the agenda for improving care.

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

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos.....	13
Quadro 1	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Novo Florença.....	16
Quadro 2	Distribuição dos hipertensos nas 7 microáreas .....	17
Quadro 3	Desenho das operações para os nós críticos selecionados.....	18
Quadro 4	Recursos críticos.....	18
Quadro 5	Proposta de ação para motivação dos atores envolvidos.....	19
Quadro 6	Plano operativo.....	20

## 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	Alimentação e Hipertensão Arterial Sistêmica .....	14
5.3	Atividade física e Hipertensão Arterial Sistêmica .....	15
<b>6</b>	<b>PLANO DE AÇÃO</b> .....	<b>16</b>
6.1	Definição dos problemas .....	16
6.2	Priorização de problemas .....	16
6.3	Descrição do problema selecionado .....	16
6.4	Explicação do problema .....	17
6.5	Seleção dos nós críticos .....	17
6.6	Desenho das operações .....	17
6.7	Identificação dos recursos críticos .....	18
6.8	Análise de viabilidade do plano .....	19
6.9	Elaboração do plano operativo .....	20
6.10	Gestão do plano .....	20
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>22</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>23</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ribeirão das Neves é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. Ribeirão das Neves já foi considerado um município dormitório, pois as maiores partes de seus moradores trabalhavam na capital mineira ou nos municípios vizinhos, entretanto esse título de "cidade dormitório" já não pode ser usado, devido aos altos números da migração pendular obtidos pela cidade. Localiza-se a 32 km de Belo Horizonte, possui uma área de 155,541 Km<sup>2</sup> e conta, atualmente, com uma população de aproximadamente 319.310 habitantes (IBGE, 2014). Entre 2000 e 2010, a população de Ribeirão das Neves teve uma taxa média de crescimento anual de 1,57% (ADHB, 2013).

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Ribeirão das Neves reduziu 33%, passando de 24,6 por mil nascidos vivos em 2000 para 16,4 por mil nascidos vivos em 2010 (ADHB, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Ribeirão das Neves era 0,684 em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano médio (IDHM entre 0,6 e 0,699) (ADHB, 2013).

Em 2010, 46,23% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 26,84% o ensino médio. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade (ADHB, 2013).

A renda per capita média de Ribeirão das Neves cresceu 102,59% nas últimas duas décadas, passando de R\$236,82 em 1991 para R\$319,28 em 2000 e R\$479,77 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 34,82% no primeiro período e 50,27% no segundo (ADHB, 2013).

O município possui algumas fábricas, que fortalecem seu crescimento, e um comércio em expansão, que ainda abriga uma parte pequena da população economicamente ativa.

Em 2010 97,9% da população recebia água encanada nos domicílios, 99,8% energia elétrica e 97% tinham coleta de lixo (ADHB, 2013).

Cerca de 90% da população do município são usuários da assistência à saúde no SUS. A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aconteceu no município em 1996. O município conta atualmente com 53 equipes de saúde da

família, seis equipes de saúde bucal, três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Estou inserida na ESF Novo Florença do município de Ribeirão das Neves desde dezembro de 2013. A ESF atende 900 famílias cadastradas, totalizando 4086 moradores.

A equipe de saúde da família é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e sete agentes comunitárias de saúde (ACS). Além disso, contamos com dois auxiliares de serviços gerais e funcionários do NASF. Nosso horário de atendimento é de 08:00 às 17:00 horas.

O espaço físico compreende uma recepção, três consultórios médicos, três consultórios de enfermagem, uma sala de fisioterapia, uma sala para material estéril, uma sala de curativo, duas salas de triagem de enfermagem, uma farmácia, um laboratório clínico, uma sala de vacina, uma sala para ACS, uma sala para a equipe do NASF, uma sala de zoonoses, cinco banheiros e equipamentos necessários para atendimento aos usuários.

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Novo Florença foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: elevado número de hipertensos, uso abusivo de ansiolíticos e antidepressivos, elevado número de usuários obesos e com sobrepeso e baixa cobertura de algumas especialidades médicas.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2006) e como não tem cura, exige tratamento para a vida toda (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010).

Este estudo se justifica pelo elevado número de hipertensos na área de abrangência da ESF Novo Florença no município de Ribeirão das Neves. De acordo com dados da equipe 302 usuários estão com hipertensão e isso está entre as causas mais frequentes de consulta médica. Acredita-se que dentre os principais motivos para esse elevado número de hipertensos estão os hábitos alimentares inadequados, o excesso de peso, o sedentarismo e o processo de trabalho da equipe.

Sendo assim, pretende-se desenvolver um plano de ação para criar oportunidades para que os hipertensos realizem mudanças no estilo de vida a fim de se obter melhor controle da pressão arterial.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de ação para que os hipertensos da ESF Novo Florença no município de Ribeirão das Neves realizem mudanças no estilo de vida a fim de se obter melhor controle da pressão arterial.

#### **4 METODOLOGIA**

Em um primeiro momento foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Novo Florença no município de Ribeirão das Neves para identificar os principais problemas de saúde da população. O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O problema selecionado foi o elevado número de hipertensos.

Em um segundo momento foi realizada a revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) utilizando os seguintes descritores: hipertensão, fatores de risco, hábitos de vida e atenção primária.

Por último foi proposto um plano de ação para que os usuários da ESF Novo Florença no município de Ribeirão das Neves realizem mudanças no estilo de vida a fim de se obter melhor controle da HAS.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema grave de saúde pública mundial, devido à sua alta incidência (CHAVAGLIA; SILVA, 2010).

A pressão normal em repouso situa-se entre os 100 e 140 mmHg para a sistólica e entre 60 e 90 mmHg para a diastólica (WHITWORTH, 2003). “A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p.14). A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

A medida da pressão arterial (PA) é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) apresentam a classificação dos níveis de pressão arterial para adultos acima de 18 anos (tabela 1).

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

<b>Pressão arterial sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão arterial diastólica (mmHg)</b>	<b>Classificação</b>
<130	<85	Normal
130-139	85-89	Normal limítrofe
140-159	90-99	Hipertensão leve (estagio I)
160-179	100-109	Hipertensão moderada (estagio II)
≥ a 180	≥ a 110	Hipertensão grave (estagio III)

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, p.14)

Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, 24,3% da população brasileira tem hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013). Estima-se que 90% dos casos de HAS sejam de origem desconhecida. De acordo com a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial foi maior em mulheres (26,9%) do que em homens (21,3%) (BRASIL, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) entre os fatores de risco para a HAS estão: a idade, o sexo e a etnia, além de fatores socioeconômicos, consumo excessivo de sal, obesidade, consumo excessivo de álcool e o sedentarismo. Santos (2011) enfatiza que o aparecimento da HAS tem relação com o estilo de vida inadequado. Os fatores de risco normalmente aparecem de forma combinada. Fatores ambientais e a predisposição genética contribuem para a agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

As dificuldades de controle da HAS muitas vezes estão relacionadas às características da doença (evolução lenta, caráter assintomático, etc.) que fazem parecer que não precise de cuidado (SKOREK; SOUZA; FREITAS, 2013). Para Bloch; Rodrigues e Fiszman (2006) o conhecimento dos fatores de risco que contribuem para agravar a HAS é fundamental para traçar estratégias que podem contribuir para a redução desse problema de saúde pública.

## **5.2 Alimentação e Hipertensão Arterial Sistêmica**

Uma boa nutrição é um fator significativo na determinação do estado de saúde e longevidade (FERREIRA; SILVA; GENESTRA, 2009).

De acordo com Olmos e Benseñor (2001) a mudança de hábitos de vida é considerada uma das ferramentas mais importantes para redução efetiva da pressão arterial. E uma mudança de hábito importante na prevenção e controle da HAS é a reeducação alimentar (SANTOS *et al.*, 2011).

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos (BRASIL, 2006, p. 25).

Os efeitos benéficos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais; pobre em gorduras) sobre o comportamento da pressão arterial já estão bem estabelecidos na literatura (PARIKH; LIPSITZ; NATARAJAN, 2009). A mudança de hábitos de vida é uma tarefa difícil, entretanto, a educação em saúde é uma ótima opção para

conduzir as pessoas a essas mudanças (SANTOS; LIMA, 2008). A Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se como *locus* onde as questões relacionadas aos hábitos de vida podem ser trabalhadas junto à comunidade (FAJARDO, 2006).

### **5.3 Atividade física e Hipertensão Arterial Sistêmica**

Outra mudança de hábito importante na prevenção e controle da HAS é a prática de atividade física (KRINSKI *et al.*, 2006). De acordo com o ACSM (2009) a atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal que é produzido pela contração da musculatura esquelética e que aumenta o gasto de energia.

O sedentarismo aumenta a incidência de HAS (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007). Já está comprovado que pessoas sedentárias têm maior chance de desenvolver hipertensão quando comparadas a pessoas ativas (GRAVINA; GRESPAN; BORGES, 2007).

O efeito protetor da atividade física está relacionado não só à redução da pressão arterial, mas também, à redução dos fatores de risco cardiovasculares e à menor morbimortalidade (NOGUEIRA *et al.*, 2012).

De acordo com Rondon e Brum (2003), quando as atividades aeróbias são realizadas de forma regular, podem-se verificar adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. Entre as adaptações, destaca-se a redução dos níveis pressóricos.

“Incorporar novas práticas saudáveis que possam trazer benefícios à população é um dos desafios impostos a toda a estrutura da atenção básica” (SIQUEIRA *et al.*, 2009, p.203).

Contudo, as atividades educativas devem fazer parte da rotina dos profissionais de unidades básicas de saúde, para que consigam maior difusão de comportamentos saudáveis entre a população da área de cobertura dos serviços.

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Definição dos problemas

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Novo Florença no município de Ribeirão das Neves foi possível identificar diferentes problemas, como: elevado número de hipertensos, uso abusivo de ansiolíticos e antidepressivos, elevado número de usuários obesos e com sobrepeso e baixa cobertura de algumas especialidades médicas.

### 6.2 Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas da área de abrangência foi realizada a priorização dos mesmos. A classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Novo Florença estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Novo Florença.

<b>Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência (0 a 10)</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Elevado número de hipertensos	Alta	8	Parcial	1
Uso abusivo de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	7	Parcial	2
Elevado número de usuários obesos e com sobrepeso	Alta	6	Parcial	3
Baixa cobertura de algumas especialidades médicas	Alta	6	Fora	4

Fonte: Autoria Própria (2015)

### 6.3 Descrição do problema selecionado

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Novo Florença no município de Ribeirão das Neves, o problema de saúde priorizado foi o elevado número de hipertensos. Atualmente contamos com 302 hipertensos em

uma população de 4086 habitantes. O quadro 2 apresenta a distribuição desses hipertensos nas 7 microáreas monitoradas pelos agentes comunitários.

Quadro 2 - Distribuição dos hipertensos nas 7 microáreas.

<b>Microárea</b>	<b>Número de hipertensos</b>
01	45
02	45
03	39
04	49
05	27
06	47
07	50

#### **6.4 Explicação do problema**

Acredita-se que dentre as possíveis causas para o elevado número de hipertensos na área de abrangência da ESF Novo Florença estão o estilo de vida dos usuários (alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, excesso de peso), o baixo nível de conhecimento da população sobre a hipertensão e a baixa adesão dos usuários ao acompanhamento da doença em função de problemas com o processo de trabalho da equipe.

#### **6.5 Seleção dos nós críticos**

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

- Falta de conhecimento sobre os riscos e agravos da hipertensão;
- Estilo de vida inadequado;
- Programação ineficiente das atividades da ESF.

#### **6.6 Desenho das operações**

A equipe da ESF Novo Florença estabeleceu algumas operações a serem desenvolvidas para a solução dos nós críticos selecionados.

O quadro 3 apresenta os desenhos das operações para os “nós críticos” selecionados.

Quadro 3 - Desenho das operações para os nós críticos selecionados.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação / Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Falta de conhecimento sobre os riscos e agravos da hipertensão	<b>“Mais conhecimento”</b> Ampliar as informações sobre riscos e agravos da hipertensão e sobre formas de prevenção.	População mais consciente sobre as formas de prevenção e controle da hipertensão.	Usuários mais esclarecidos através de grupos operativos e campanhas educativas.	<b>Organizacional:</b> envolvimento da equipe. <b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema. <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.
Estilo de vida inadequado	<b>“Mudança já”</b> Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática regular de atividade física	Aumentar o número de hipertensos com alimentação mais equilibrada e fisicamente ativos	Grupos operativos para orientação nutricional e para a realização de caminhada e ginástica em grupo	<b>Organizacional:</b> organização dos grupos operativos <b>Político:</b> parceria com Profissional de Educação Física e nutricionista do NASF
Programação ineficiente das atividades da ESF	<b>“Agenda organizada”</b> Organizar a agenda para melhorar os atendimentos.	Atendimento com horário programado; Atividades planejadas e organizadas; Satisfação dos usuários.	Programação mensal das atividades (consultas, grupos operativos, etc.).	<b>Organizacional:</b> organização das atividades da equipe <b>Político:</b> adesão dos profissionais.

Fonte: Autoria Própria (2015)

## 6.7 Identificação dos recursos críticos

“O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.69). O quadro 4 apresenta os recursos críticos para a execução das operações.

Quadro 4 - Recursos críticos.

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<b>“Mais conhecimento”</b> Ampliar as informações sobre riscos e agravos da hipertensão e sobre formas de prevenção.	<b>Organizacional:</b> envolvimento da equipe. <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.
<b>“Mudança já”</b>	<b>Organizacional:</b> organização dos grupos

Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática regular de atividade física	operativos <b>Político:</b> parceria com Profissional de Educação Física e nutricionista do NASF
<b>“Agenda organizada”</b> Organizar a agenda para melhorar os atendimentos.	<b>Organizacional:</b> organização das atividades da equipe <b>Político:</b> adesão dos profissionais.

Fonte: Autoria Própria (2015)

## 6.8 Análise de viabilidade do plano

Para analisar a viabilidade de um plano devem ser identificados: quais são os atores que controlam os recursos críticos e qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 5 apresenta a proposta de ação para motivação dos atores envolvidos.

Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos atores envolvidos.

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações Estratégicas
		Quem Controla	Motivação	
<b>“Mais conhecimento”</b> Ampliar as informações sobre riscos e agravos da hipertensão e sobre formas de prevenção.	<b>Organizacional:</b> envolvimento da equipe. <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.	Equipe da ESF  Secretário de Saúde	Favorável  Favorável	Não é necessária Não é necessária
<b>“Mudança já”</b> Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática regular de atividade física	<b>Organizacional:</b> organização dos grupos operativos <b>Político:</b> parceria com Profissional de Educação Física e nutricionista do NASF	Equipe da ESF  Equipe da ESF juntamente com NASF	Favorável  Favorável	Não é necessária Não é necessária
<b>“Agenda organizada”</b> Organizar a agenda para melhorar os atendimentos.	<b>Organizacional:</b> organização das atividades da equipe <b>Político:</b> adesão dos profissionais.	Equipe da ESF	Favorável	Não é necessária

Fonte: Autoria Própria (2015)

## 6.9 Elaboração do plano operativo

Os principais objetivos desse passo são designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 6 apresenta o plano operativo.

Quadro 6 - Plano operativo.

<b>Operações</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Profissionais Envolvidos</b>	<b>Prazo</b>
<b>“Mais conhecimento”</b> Ampliar as informações sobre riscos e agravos da hipertensão e sobre formas de prevenção.	População mais consciente sobre as formas de prevenção e controle da hipertensão.	Usuários mais esclarecidos através de grupos operativos e campanhas educativas.	Dra Juana e os membros da equipe de saúde (principalmente os ACS)	Início da estratégia em 6 meses
<b>“Mudança já”</b> Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática regular de atividade física	Aumentar o número de hipertensos com alimentação mais equilibrada e fisicamente ativos	Grupos operativos para orientação nutricional e para a realização de caminhada e ginástica em grupo	Dra Juana; ACS; nutricionista; profissional de educação física	Início da estratégia em 3 meses
<b>“Agenda organizada”</b> Organizar a agenda para melhorar os atendimentos.	Atendimento com horário programado; Atividades planejadas e organizadas; Satisfação dos usuários.	Programação mensal das atividades (consultas, grupos operativos, etc.).	Dra Juana e os membros da equipe de saúde	Início da estratégia em 3 meses

Fonte: Autoria Própria (2015)

## 6.10 Gestão do plano

Pretende-se com este plano de ação aumentar o nível de conhecimento dos hipertensos da ESF Novo Florença sobre os riscos e agravos da hipertensão e sobre as formas de prevenção da mesma. Além disso, incentiva-los a modificar os hábitos alimentares e a praticar regularmente atividade física. Dentro da equipe, pretende-se organizar melhor a agenda para melhorar os atendimentos. Sendo assim, o plano de ação terá um acompanhamento semanal e mensal das atividades. Vamos criar uma

lista de presença para registrar semanalmente os usuários presentes nos grupos operativos e vamos realizar uma reunião da equipe por mês para discussão das atividades desenvolvidas e do processo de trabalho.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após estudos sobre a questão da hipertensão na área de abrangência da ESF Novo Florença foi possível concluir que o elevado número de hipertensos tem relação com o estilo de vida dos usuários e com o baixo nível de conhecimento dos mesmos sobre a hipertensão. Desta forma, a finalidade do plano de ação foi de criar oportunidades para que os hipertensos da ESF Novo Florença realizem mudanças no estilo de vida e adquiram mais conhecimento sobre a doença, a fim de se obter melhor controle da mesma.

Acredita-se que o plano de ação poderá auxiliar os hipertensos a modificarem hábitos alimentares, incorporarem a prática de atividades físicas no seu dia a dia, ampliarem o conhecimento sobre a doença, além de auxiliar a equipe na melhor organização da agenda.

## REFERÊNCIAS

ACSM (American College of Sports Medicine) (Position Stand). Exercise and physical activity for older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 47, n. 7, p.1510-1530, 2009.

ADHB – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Perfil Municipal – Ribeirão das Neves/MG**. Disponível em [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/ribeirao-das-neves\\_mg](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/ribeirao-das-neves_mg) . Acesso em 22/10/14.

BLOCH, K.V.; RODRIGUES, C.S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Revista Brasileira Hipertensão**. v.13, n.2, p. 134-143, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Brasília: Ministério da Saúde, 2006,58 p.**

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

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

CHAVAGLIA, A.F; SILVA, C.A. **Análise dos Fatores de Risco Cardiovascular na Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2010. Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia, Universidade da Amazônia. Belém - PA, 2010.

FAJARDO, C. A importância da abordagem não-farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária a Saúde. **Rev Bras Med Farm e Com**. v.1, n.4, p.107-118, 2006.

FERREIRA, N.; SILVA, M.N.; GENESTRA, M. Promoção da Saúde com Ênfase na Atividade Física e Alimentação Saudável. **Cadernos UNIFOA**. Ed. Esp., p.91-96, 2009.

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

GRAVINA, G.F.; GRESPAN, S.M.; BORGES, J.L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Rev Bras Hipertens**. v.14, n.1, p.33-36, 2007.

IBGE-cidades. **Ribeirão das Neves, Minas Gerais**, 2014. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=315460> . Acesso em 22/10/14.

KRINSKI, K. *et al.* Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. **Revista digital – Buenos Aires**, ano 10, n.93, fev., 2006.

NOGUEIRA, I.C. *et al.* Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.15, n.3, p. 587-601, 2012.

OLMOS; R.D.; BENSEÑOR, I.M. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 8, n.2, p. 221-224, 2001.

PARIKH, A.; LIPSITZ, S.R.; NATARAJAN, S. Association between a DASH-like diet and mortality in adults with hypertension: findings from a population-based follow-up study. **Am J Hypertens**. V.22, n.4, p.409-416, 2009.

RONDON, M.U.B.; BRUM, P.C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 10, n. 2, p. 134-139, abr/jun, 2003.

SANTOS, Z.M.S.A.; CAETANO, J.A.; MOREIRA, F.G.A. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial - uma tecnologia educativa em saúde. **Ciência e saúde coletiva**. v.16, n.11, p.4385-4394, 2011.

SANTOS, Z.M.S.A. Hipertensão arterial - um problema de saúde pública. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.24, n.4, p.285-286, 2011.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: Análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 17, n. 1, p. 9—97, jan/mar, 2008.

SIQUEIRA, F.V. et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.1, p.203-213, 2009.

SKOREK, J.; SOUZA, R.A.; FREITAS, J.G.A. Fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica em comunidade da periferia de Anápolis (GO). **Estudos**, v. 40, n. 2, p.165-175, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 1. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. p. 1-48, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO SBH. **Dados de hipertensão arterial por capital**, 2013. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=435>  
Acesso em: 30/01/2015.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2007.

WHITWORTH, JA; International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. **Journal of Hypertension**. v. 21, n.11, p.1983-1992, 2003.