

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

ONAY ROSELLO PEREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PACIENTES COM
BAIXA PERCEPÇÃO DE RISCO DA HIPERTENSÃO PELA EQUIPE
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 2 DO MUNICÍPIO DE
RESSAQUINHA/MG.**

JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS
2015

ONAY ROSELLO PEREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PACIENTES COM
BAIXA PERCEPÇÃO DE RISCO DA HIPERTENSÃO PELA EQUIPE
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 2 DO MUNICÍPIO DE
RESSAQUINHA/MG.**

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.

Orientador: Prof. Me. Ricardo Luiz Silva Tenório

JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS

2015

ONAY ROSELLO PEREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PACIENTES COM
BAIXA PERCEPÇÃO DE RISCO DA HIPERTENSÃO PELA EQUIPE
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 2 DO MUNICÍPIO DE
RESSAQUINHA/MG.**

Banca examinadora

Prof. Me. Ricardo Luiz Silva Tenório- orientador

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte,.....

DEDICATORIA

Aos meus pacientes que foram responsáveis pela motivação para a realização do estudo e a inspiração do trabalho diário.

À minha família que tanto amo, obrigada por saber me compreender (Esposo, Filhos, Pais, Irmãos e Sobrinhos).

AGRADECIMENTOS

Aos integrantes da equipe que colaboram com a realização deste trabalho.

Aos professores do curso de especialização por me oferecer seu incondicional apoio.

A meu orientador Ricardo Luiz Silva Tenório por suas recomendações, ensino e paciência com minhas dificuldades.

À população do município por seu acolhimento e aceitação.

E a todos que de uma forma ou outra contribuíram.

RESUMO

Ressaquinha é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais, localizado na mesorregião dos Campos das Vertentes na região sul do estado. Está localizada a 154 km da capital do estado, Belo Horizonte. A população estimada é de 4755 hab. Devido aos hábitos e estilos de vida inadequados na região, baixo nível de informação sobre os fatores de riscos da hipertensão, pouco comprometimento dos indivíduos e a família com o problema de saúde e deficiência no acompanhamento dos pacientes hipertensos, a equipe escolheu como problema a ser discutido para a elaboração de um plano operativo a hipertensão arterial sistêmica. O objetivo deste trabalho foi elaborar um Projeto de Intervenção educativa para pacientes com baixa percepção do risco para a hipertensão, pela equipe da Estratégia de Saúde da Família 2 do município de Ressaquinha/MG. Para a realização do presente trabalho, foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES. Inicialmente foi realizada a revisão de literatura a respeito do tema proposto utilizando bases de dados on line Lilacs e Scielo. No desenvolvimento da Análise da Situação de Saúde (ASS) foi utilizada a Estimativa Rápida. Para a realização do diagnóstico dos problemas foram usadas técnicas qualitativas e quantitativas tais como (observação ativa, questionário, revisão de fontes primárias existentes, entrevistas, informantes chaves), e priorização por meio de três critérios, dois qualitativos e um quantitativo. Espera-se que com a implantação do Plano de intervenção o impacto sobre o controle da hipertensão, seus fatores de risco e agravos, seja favorável. Existem evidências de que o controle dos fatores de risco pode ajudar a prevenir pelo menos 80% das doenças cardiovasculares.

Palavras chave: Hipertensão arterial sistêmica. Atenção primária à saúde. Adesão ao tratamento. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Ressaquinha is a municipality of Minas Gerais, located in the middle region of the Strands fields in the southern region of the state. It is located 154 km from the state capital, Belo Horizonte. The estimated population is 4755 hab. Due to the habits and lifestyles inadequate in the region, low level of information on the risk factors and the disease, little commitment of individuals and family with health problems and disabilities in the monitoring of hypertensive patients, according to the hypertension program, the team chose as a problem to be discussed for the development of an operating plan hypertension. The objective of this study was to develop a educational intervention project for patients with low perceived risk for hypertension, the Health Strategy Team Family 2 in the municipality of Ressaquinha / MG. To carry out this work, we used the Strategic Planning Method Situational - PES. Initially it was performed literature review on the subject proposed using online databases Lilacs and Scielo. In the development of the Health Situation Analysis (SSA) was used Flash Estimate. To carry out the diagnosis of the problems were used qualitative and quantitative techniques such as (active observation, questionnaire, review existing primary sources, interviews, key informants), and prioritization through three criteria, two qualitative and quantitative. It is expected that with the implementation of the intervention plan the impact on the control of hypertension, their risk factors and diseases, is favorable. There is evidence that the control of risk factors can help prevent at least 80% of cardiovascular disease.

Key words: Arterial System Hypertension, primary health care, adherence to treatment, quality of life.

LISTA DE QUADROS

Quadros	Pagina.
1: Distribuição da população segundo faixa etária no município. -----	9.
2: Abastecimento de água nas famílias do município. -----	10.
3: Instalações sanitárias segundo a modalidade. -----	10
4: Classificação das famílias segundo a urbanização. -----	11.
5: Redes físicas de saúde no município. -----	11-12.
6: Recursos humanos disponíveis á saúde publica. -----	12-13.
7: Incidência da morbidade no município. -----	13-14.
8: Mortalidade por grupos e causas no município. -----	14.
9: Seleção de prioridades para problemas identificados. -----	15-16.
10: Incidência de hipertensos no município. -----	16.
11: Hábitos e estilos de vida inadequados. -----	24.
12: Baixo nível de informação sobre os fatores de risco e a doença. -----	26.
13: Pouco comprometimento dos indivíduos e a família com a doença. -----	28.
14: Inadequado acompanhamento dos pacientes segundo linha de cuidado.	30

.

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO-----	8
2. JUSTIFICATIVA -----	17
3. OBJETIVO-----	18
4. METODOLOGIA-----	19
5. REFERENCIAL TEÓRICO -----	20
6. PLANO DE INTERVENÇÃO-----	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	34
REFERENCIAS-----	35

1. INTRODUÇÃO

Ressaquinha é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais, localizado na mesorregião dos Campos das Vertentes e microrregião de Barbacena, na região sul do estado, situado a 1129 metros de altitude. Está localizado a 154 km da capital do estado, Belo Horizonte (IBGE 2010). A população estimada é de 4755 hab. (urbana: 2839; rural: 1916). A concentração habitacional: 25,2 hab./ km². O número aproximado de domicílios é de 1470 famílias (www.ressaquinha.mg.gov.br).

É formada por uma zona urbana com 12 bairros e uma zona rural com 10 bairros. A área total do município é de 184 km² (IBGE 2010).

Ressaquinha nasceu a seis km de Ressaca, banhada pelo rio do mesmo nome. Este nome é devido a uma pequena ressaca num encontro de água de dois rios. Em seu território nasce o Rio Doce um dos mais importantes no país. Seu primeiro nome foi Encruzilhado do Campo (www.ressaquinha.mg.gov.br).

No dia 8 de dezembro de 1895 foi criado o distrito de Ressaquinha pela lei número 1.734 e, em 12 de dezembro de 1953, pela lei número 1039, passou a ser o município Ressaquinha, sendo instituído em 1º de janeiro de 1954 (www.ressaquinha.mg.gov.br).

Em 1956 foi inaugurada a igreja São José, construída no centro da cidade. Após a construção da igreja foram construídos a praça, a escola e o posto de saúde. Este foi o marco inicial do surgimento de Ressaquinha, pois antes da Igreja a região era apenas uma área de fazendas dedicadas à agricultura e à pecuária (www.ressaquinha.mg.gov.br).

A população de Ressaquinha vem sofrendo um processo de envelhecimento populacional. O quadro 1 mostra o envelhecimento da população com o maior número de pessoas na faixa etária de 40-59 anos, seguido pelas faixas de 25-39 e 60 anos e mais.

Quadro 1: Distribuição população de Ressaquinha/MG, segundo faixa etária – 2012.

Núm. de indivíduos	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60 e +
Área Urbana	34	131	189	205	236	215	623	777	429
Área Rural	20	79	120	143	184	122	443	505	300
Total	54	210	309	384	420	337	1066	1282	729

Fonte: Portal DATA SUS TAB Net 2012

As residências de Ressaquinha possuem eletricidade e abastecimento de água em parte fornecido pela COPASA. O município possui treze igrejas (católica e evangélica), posto de saúde, escola, centro comunitário e um ginásio poliesportivo.

A qualidade de vida é regular. A expectativa de vida é de aproximadamente 75 anos.

A proporção de moradores abaixo da linha da pobreza é de 3,1%, e o índice de desenvolvimento da educação é de 0,820% com um nível de alfabetização de 93,82%. A taxa de analfabetismo é alta na população idosa (Atlas do desenvolvimento humano).

A taxa de crescimento anual é de 0.3 %. A densidade demográfica do município é de 25.5 hab./ Km² e a taxa de urbanização de 0.07% (www.ressaquinha.mg.gov.br).

A estrutura de saneamento básico no município é insuficiente. Possui coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências localizadas na área urbana, mas apresenta dificuldade na área rural onde o lixo é queimado e não existem redes de esgoto.

Os quadros 2 e 3 sintetizam as informações sobre a situação do saneamento básico no município.

Quadro 2. Famílias cobertas por abastecimento da água em Ressaquinha/MG, 2014.

Abastecimento de água	Número de famílias	%
Água tratada	902	61,3 %
Água não tratada	568	38,6

Fonte: Estatística de COPASA municipal

Quadro 3 - Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade em Ressaquinha/MG, 2014.

Modalidade	Número	%
Recolhimento de esgoto por redes públicas.	926	63,02 %
Fossa rudimentar	Não controle	0
Fossa séptica	Não controle	0

Fonte: Estatística da COPASA municipal, 2014

As principais atividades econômicas da população são o trabalho agrícola com o cultivo de morango e outras plantações como batata, tomate e outras verduras e vegetais, que acontecem em pequenas propriedades na zona rural. Além disso, existe a criação de gado com a venda de leite, queijo, doces e outros.

O comércio local é bem simples, possui: bares, mercearias e lojas de roupa.

A renda familiar média é de 01 salário mínimo. Os principais postos de trabalho são fazendas e plantações. Muitos moradores buscam empregos em cidades próximas: Barbacena, Carandaí, Alfredo Vasconcelos.

A região é muito tranqüila com muito baixo índice de violência. Os registros de roubo são baixos, mas existem casos de consumo de drogas.

O quadro quatro informa que os maiores números de famílias moram na área urbana, como consequência das migrações populacionais.

Quadro 4 - Urbanização das famílias em Ressaquinha/MG, 2014.

Classificação	Número	%
Urbanas	902	61,3 %
Rural	568	38,6 5
Total	1470	100 %

Fonte: Coordenador Municipal de Saúde - 2014

O programa do SUS foi implantado desde o ano 2006 com uma cobertura de 100% da população. O sistema de referência e contra-referências é formado pelas ESF, o Hospital Regional e o Hospital Santa Casa de Misericórdia do município Barbacena.

O quadro 5 mostra que o número de estabelecimentos prestadores de serviços ao SUS são insuficientes.

Quadro 5 - Redes físicas de saúde pública e privada, prestadoras de serviço do SUS em Ressaquinha/MG, 2014.

Tipo de estabelecimento	Total	Municipal	Estadual
Centro de saúde. Unidade básica.	01	01	01
Clínica centro de esp.	01	01	01
Farmácia	01	01	01
Hospital	01	01	01
Posto de saúde	04	04	-
CAPS	01	01	-
Unidade de apoio diagnóstica	01	01	-
Secretaria de saúde	01	01	-

Total	11	11	04
-------	----	----	----

Fonte: Estatística municipal de Ressaquinha, 2014

A população conta com duas unidades básicas de saúde, localizadas nas comunidades Simão Tamm e Canjamba. As outras comunidades recebem atenção médica em igrejas e escolas. Os horários de funcionamento das unidades de saúde são de segunda a sexta-feira de 7: 30 às 16: 30 horas.

A unidade de saúde tem atendimento semanal de um cardiologista, um ginecologista e uma pediatra.

O processo de trabalho na saúde tem sofrido mudanças positivas estruturais e instrumentais, como a melhora da organização para o atendimento.

O quadro 6 informa sobre os recursos humanos com que conta o município para oferecer serviços á população. Observa-se que os mesmos são insuficientes.

Quadro 6 - Recursos humanos por categorias. Ressaquinha. 2014.

Especialidade	Número
Médicos	05
Enfermeiros	04
Técnico de laboratório	01
Técnica de medicamentos	04
Administrativo	05
T. manutenção	01
T. enfermagem	06
Nutricionista	01
Fisioterapeuta	02
Psicóloga	01
Total	30

Fonte: Estatística municipal, 2014

As principais doenças crônicas não transmissíveis da comunidade são as doenças circulatórias, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), principalmente em maiores de 15 anos, e as doenças endócrino-metabólicas como a Diabetes Mellitus. A maioria dos casos com alterações das condições crônicas estão descontrolados, com muitos medicamentos mal administrados, com doses incorretas, falta de informação educativa e muitos fatores de risco associados.

Outras condições crônicas com alta prevalência são asma, alcoolismo, acidentes, câncer e doença mental.

Os principais fatores de riscos são o hábito de fumar, a obesidade, a hipercolesterolêmica, o sedentarismo e o consumo de drogas. As principais causas de morte em 2013 foram às circulatórias como Infarto Agudo do Miocárdio (IMA), acidente Vascular Cerebral (AVC), câncer e acidentes.

A taxa de natalidade é muito baixa, assim como o número de grávidas com menos de dezoito anos. O índice de baixo peso ao nascer, a taxa de mortalidade infantil em menor de um ano e a taxa de mortalidade materna é de zero.

O quadro sete informa sobre as principais causas de morbidade no município, mostrando que as condições crônicas são responsáveis pelo maior numero de atendimentos.

Quadro 7 - Índice de morbidade em Ressaquinha/MG, 2014.

Doenças	%
Doenças infecciosas	4,0
Neoplasia	4,7
Diabetes M.	2,3
HAS	13,4
Dislipidemias	2,7
Obesidade e sobrepeso	9,1

Fonte: Portal DATA SUS TAB Net 2012

O quadro oito mostra que as doenças cardiovasculares constituem as principais causas de mortalidade no município.

Quadro 8 - Mortalidade por grupo e causas em Ressaquinha/MG, no período de janeiro/maio 2014.

Tipo de doenças	Número
Cardiovasculares	04
Neoplásicas	02

Fonte: Portal DATA SUS TAB Net 2012

A Equipe de Saúde da Família (ESF) dois do município de Ressaquinha está constituída por: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista, um assistente de dentista.

Após a equipe reunir-se, foram identificados vários problemas, listados abaixo:

- População predominantemente idosa;
- Falta de comprometimento dós líderes comunitários com os cidadãos;
- Alto percentual de famílias com fornecimento de água não tratado;
- Comunidades sem redes de esgoto;
- Comunidade sem iluminação publica;
- Meios de comunicação são escassos;
- Baixo nível de escolaridade da população idosa;
- Alto índice de morbidade por doenças crônicas;
- Área geográfica muito extensa;
- Faltam centros de recreação para a comunidade;
- Falta de capacitação dos gestores de saúde;

A partir da identificação dos problemas foi apresentada no quadro 9 a seleção das prioridades considerando os problemas levantados.

Quadro 9 - Seleção de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade rural em Ressaquinha/MG, 2014.

Principais problemas.	Importância	Urgência	Capacidade enfrentá-los	Seleção
População predominantemente idosa.	Meia	6	Fora	06
Falta de comprometimento dos líderes comunitários com os cidadãos.	Alta	7	Parcial	06
Fornecimento de água não tratada.	Alta	7	Parcial	03
Comunidades sem redes de esgoto.	Meia	6	Parcial	06
Comunidade sem iluminação pública.	Meia	7	Parcial	
Os meios de comunicação são escassos.	Alta	9	Fora	02
Baixo nível de escolaridade em população idosa.	Meia	6	Fora	06
Alto índice de morbidade por doenças crônicas.	Alto	10	Parcial	01
Área geográfica muito extensa.	Meia	6	Fora	
As comunidades sem centros para recreação.	Meia	8	Parcial	04
Falta de capacitação dos gestores de saúde.	Meia	7	Parcial	05
Aquisição de insumos a través de licitações.	Meia	8	Parcial	04

Fonte: ESF 2 Ressaquinha/MG, 2014

O quadro 10 apresenta o número elevado de pacientes portadores de hipertensão arterial sem controle. Observa-se que o número de pacientes diagnosticados com a doença ainda é baixo em relação a média nacional, porém coincide com os pontuados na Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – (MINAS GERAIS, 2013).

Quadro 10 - Incidência de hipertensos descontrolados, com baixa percepção do risco em Ressaquinha/MG, 2014.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	385	Prevalência média do Brasil 33.1 %.
Hipertensos cadastrados	336	Registro da equipe.
Hipertensos acompanhados	336	Registro da equipe.
Hipertensos descontrolados	96	Registro da equipe.

Fonte: ESF de Ressaquinha/MG - 2014

Observa-se também que o número de hipertensos cadastrados ainda é pequeno diante da dimensão da doença no Brasil. Apenas 24,7% da população maior de 15 anos hipertensos sabem de sua condição. Destes, 24,9% não tem a pressão sob controle. A Identificação dos nós críticos como causa mais importante do problema priorizado foram:

- ✓ Hábitos e estilos de vida inadequados: maus hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo.
- ✓ Baixo nível de informação sobre os fatores de riscos e a doença.
- ✓ Pouco comprometimento dos indivíduos e a família com o problema de saúde.
- ✓ Deficiência no acompanhamento dos pacientes hipertensos, segundo o programa de hipertensão.

Diante do exposto, a equipe escolheu como problema a ser discutido para a elaboração do plano de intervenção a hipertensão arterial sistêmica.

2. JUSTIFICATIVA

As condições crônicas são responsáveis pela maioria das incapacidades e mortes com um prognóstico usualmente incerto e constituem um sério problema para a saúde pública.

A Hipertensão Arterial é uma doença de alta prevalência no mundo moderno e o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral.) e responsável pelos elevados índices de mortalidade cardiovascular. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), a mesma tem alcançado proporções epidêmicas, seu diagnóstico é simples e de alcance de todos, entretanto, somente 40% da população sabidamente hipertensa realiza algum tipo de tratamento e apenas 30% dos indivíduos tratados apresentam níveis pressóricos controlados.

O tratamento adequado com a modificação de estilos de vidas e o controle da pressão arterial têm mostrado eficaz na redução da ocorrência de complicações decorrentes da hipertensão arterial bem como a diminuição da mortalidade, razões pelas quais motivamo-nos para a realização deste projeto.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um Projeto de Intervenção educativa para pacientes com baixa percepção do risco para a hipertensão, pela equipe da Estratégia de Saúde da Família 2 do município de Ressaquinha/MG.

3.2 Específicos

Propor um plano de ação para modificar estilos de vida inadequados em pacientes com baixa percepção do risco para hipertensão.

Analisar o nível de informação dos pacientes hipertensos sobre os riscos da doença.

Avaliar o comprometimento dos indivíduos e da família com a doença.

Melhorar o acompanhamento dos pacientes hipertensos segundo o programa de hipertensão.

4. METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho, foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES. Inicialmente foi realizada a revisão de literatura a respeito do tema proposto utilizando bases de dados online Lilacs e Scielo. Os seguintes descritores foram utilizados: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), atenção primária à saúde, adesão à medicação.

No desenvolvimento da Análise da Situação de Saúde (ASS), foi utilizada a Estimativa Rápida. Para a realização do diagnóstico dos problemas foram usadas técnicas qualitativas e quantitativas tais como (observação ativa, questionário, revisão de fontes primárias existentes, entrevistas, informantes chaves), e priorização por meio de 3 critérios, dois qualitativos e um quantitativo.

A partir dos dados coletados, todo o material passou pela análise do autor que buscou, a partir do problema, correlacioná-lo ao objetivo e à intervenção educativa para os pacientes com baixa percepção do risco para a HAS.

Após da revisão de literatura, foi iniciado o trabalho com a equipe de saúde com a finalidade de construir um plano operativo para o enfrentamento do problema priorizado utilizando quatro momentos: Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático Operacional.

Os encontros obedeceram a um roteiro pré-estruturado de acordo com os objetivos do estudo e consentimento dos pacientes hipertensos sobre o risco de hipertensão.

O plano operativo seguiu um cronograma de 02 meses. Inicialmente a equipe descreveu e analisou o problema priorizado.

A partir do primeiro encontro, foram traçadas metas com divisão de funções a cada responsável e cronograma.

No segundo encontro foram analisadas a viabilidade e factibilidade das operações e o monitoramento das ações.

As atividades desenvolvidas a partir do presente trabalho também deverão ter seus resultados avaliados, mediante os indicadores de avaliação de resultados.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010, p-7.), “associa-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais”.

Com relação à linha demarcatória que define HAS, a Linha Guia de Atenção a Saúde do Adulto (MINAS GERAIS, 2013) considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões.

A principal causa de mortalidade por doença cardiovascular (DCV) é a HAS, e a mesma aumenta progressivamente com a elevação da PA. “Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC)” (WILLIAMS, 2010 p.65).

No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. “Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular”. (VI Diretrizes, 2010, p.63) Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial).

Segundo o Caderno de Atenção Básica: Estratégias Para Doenças Crônicas (BRASIL, 2014), a hipertensão arterial sistêmica representa sério problema de saúde pública. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial com uma prevalência que atinge mais de 30% da população adulta, 35% da população de 40 anos e mais, e de 50% dos idosos, esse número é crescente; seu

aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras.

Em Minas Gerais, a Secretaria de Saúde do Estado (SES/MG) estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MINAS GERAIS, 2013).

Cerca de 40% dos pacientes hipertensos não conseguem manter níveis de pressão arterial controlado, uma das grandes dificuldades dos portadores de hipertensão é aderir ao tratamento e entender por que devem utilizar diariamente diversos comprimidos (MANFROI; OLIVEIRA, 2006). Além dos medicamentos são necessárias mudanças de hábitos de vida que nem sempre são bem aceitas (CORDEN, 1997).

Na avaliação do paciente hipertenso, a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco das doenças cardiovasculares (Caderno de Atenção Básica, n 35, p.22). Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), citado por CESARINO (2008, p.33) estes fatores de risco são: idade, sexo/gênero, etnia e fatores socioeconômicos. Além desses, outros autores acrescentam ainda ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, genética, sedentarismo o tabagismo, as dislipidemias, a diabetes melitus, e a não adesão ao tratamento. Muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, o que torna a hipertensão evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle. Etnia, idade, sexo e predisposição genética são fatores não modificáveis e fatores ambientais e socioeconômicos são de difícil modificação, logo, a atenção do profissional com relação aos mesmos deve ser diferenciada. O sal, o álcool, a obesidade e o sedentarismo são passíveis de modificação a fim de reduzir o risco para hipertensão.

Muitos fatores interferem no controle da doença, dentre eles: baixa percepção do risco, hábitos e estilos de vidas inadequados, pouca aderência ao tratamento, deficiências no acompanhamento e protocolos de tratamento inadequados segundo programa de hipertensão (BRASIL, 2014).

A baixa percepção do risco refere-se ao pacientes que desconhecem as principais complicações da doença, praticando hábitos e estilos de vida pouco saudável que incrementam a presença de fatores de riscos (BRASIL, 2014).

Um estudo realizado no município Francisco Morato em São Paulo (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006), descreve sobre avaliação de estilos de vida. O estudo mostrou que apenas 32,8% dos pacientes estudados mostraram ter uma dieta adequada no controle da hipertensão e o 75 % referiram não ter o hábito da prática de atividade física. Há pouca aderência ao tratamento pelo paciente (alguns são iletrados, moram só, incapacitados e não podem ler os tratamentos).

Outro estudo realizado por Paiva, Bersusa e Escuder (2006) mostrou dificuldade na adesão ao tratamento devido ao custo da medicação, posologia com varias doses ao dia, efeitos colaterais do tratamento, desconhecimento da gravidade da doença, e as crenças de saúde (uso de medicamentos apenas quando aumentar a pressão arterial).

Segundo Silva, Colósimo e Pierrin (2010), estudos realizados mostraram que ações educativas foram efetivas e devem ser acrescentadas na equipe saúde da família, considerando que elas podem influenciar no aprimoramento da assistência a pessoas hipertensas.

O conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares é o primeiro passo para mudanças no estilo de vida da população, subsidiando a prevenção das mesmas. Estimular a prevenção e controle das doenças cardiovasculares, promover e criar ambientes saudáveis, requer, tanto da população quanto dos gestores, estar bem informados sobre a importância da vigilância, prevenção, assistência, reabilitação, e promoção da saúde (SIMAO, 2013,P.56).

A adesão do indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica ao tratamento é um desafio para a saúde pública, uma vez que o seu controle necessita da cooperação do paciente, e uma forma de conseguir essa adesão é facilitar o acesso às informações (CESARINO 2008, p.32).

A redução de danos, através da adoção de medidas, visa minimizar o impacto da hipertensão na vida de seus portadores, com a melhoria da condição de vida e preservação dos órgãos alvo.

Faz-se necessário uma ação conjunta entre a equipe de saúde, os familiares e os hipertensos na realização de atividades de educação em saúde para proporcionar aos hipertensos informações sobre a doença e os fatores de risco para adesão ao tratamento e evitar o desenvolvimento de quadros cardiovasculares mais complexos

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Segundo o caderno de atenção básica para as doenças crônicas (2014, p. 54) para que a prevenção e a promoção de saúde sejam feitas de forma eficaz é necessário o conhecimento sobre as doenças e os fatores de risco, tanto por parte dos trabalhadores da saúde, quanto da população. Eles devem ser informados e educados para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável.

Tendo em conta os nós críticos escolhidos, traçou-se o plano de intervenção, mostrando as etapas do processo de planejamento estratégico situacional. Conforme Campos, Faria e Santos (2010), a partir da identificação dos problemas é possível pensar em soluções e estratégias para abordá-los, descrevem-se as operações para o enfrentamento das causas selecionadas, identificando os produtos e os resultados para cada uma das causas definidas, e determinar os recursos necessários, para a concretização das operações.

A construção do plano de intervenção tem por objetivo designar responsáveis para cada tarefa e prazos a serem cumpridos, como mostra o quadro 11.

Quadro 11 – Operações sobre os “Hábitos e estilos de vida inadequados”, na população hipertensa ESF 2, Ressaquinha/MG, 2015.

Nó crítico.	Hábitos e estilos de vida inadequados.
Operação.	Modificar hábitos e estilos de vida.

Projeto.	Saúde.
Produtos esperados.	Programa de caminhada orientada, campanha educativa na radio local, programa “merenda saudável”.
Atores sociais/ responsabilidades.	Médica, enfermeira, professor de atividades físicas.
Recursos necessários.	Estrutural: local para atividade física, salão para reuniões. Cognitivo: Informação sobre os temas e estratégias de comunicação. Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Político: espaço na radio local, mobilização social.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade.	Ator que controla: setor de comunicação social e secretário de saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação.	Não é necessária.
Cronograma/Prazo.	Dois meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	1. Programa de caminhada orientada. Responsável: professor atividades físicas. Prazo: 3 meses. Situação atual: programa implantado e implementado.

	<p>2. Campanha educativa na radio local. Responsável: médica. Prazo: 3 meses. Situação atual: em execução.</p> <p>3. Projeto merenda saudável. Responsável: enfermeira. Prazo: 3 meses. Situação atual: atrasado. Justificativa: dificuldade na comercialização. Novo prazo: 2 meses.</p>
--	---

Quadro 12 – Operações sobre o “baixo nível de informação sobre os fatores de risco e a doença”, na população hipertensa da ESF 2, Ressaquinha/MG, 2015.

Nó crítico.	Baixo nível de informação sobre os fatores de risco e a doença.
Operação.	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.
Projeto.	Saber.

Produtos esperados.	Avaliação do nível de informação da população sobre o risco cardiovascular; campanha educativa na radio local, capacitação dos ACS e cuidadores.
Atores sociais/ responsabilidades.	Médica, enfermeira.
Recursos necessários.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagogia. Organizacional: organização da agenda. Político: articulação intersetorial e mobilização social.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade.	Ator que controla: secretaria de educação. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação.	
Cronograma/Prazo.	Início em dois meses e término em seis meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	1. Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular. Responsável: Médica. Prazo: 9 meses. Situação atual: projeto elaborado.

	<p>2. Campanha educativa na radio.</p> <p>Responsável: Enfermeira.</p> <p>Prazo: 3 meses.</p> <p>Situação atual: em execução.</p>
--	---

Quadro 13 – Operações sobre o “Pouco comprometimento dos indivíduos e a família com o problema de saúde”, na população hipertensa da Equipe de Saúde da Família 2, em Ressaquinha/MG, 2015.

Nó crítico.	Pouco comprometimento dos indivíduos e a família com o problema de saúde.
Operação.	Melhorar o comprometimento dos indivíduos e da família com o problema de saúde.
Projeto.	Cuidar melhor.
Produtos esperados.	Programa de capacitação e orientação a pacientes e familiares, campanha educativa na rádio local.
Atores sociais/ responsabilidades.	Médica, enfermeira, ACS.
Recursos necessários.	Estrutural: salão para reuniões. Cognitivo: Informação sobre os temas e estratégias de comunicação.

	<p>Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> <p>Político: espaço na radio local, mobilização social.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade.	<p>Ator que controla: setor de comunicação social e secretário de saúde.</p> <p>Motivação: favorável.</p>
Ação estratégica de motivação.	Apoio das associações.
Cronograma/Prazo.	Dois meses para o início das atividades e avaliação a cada 6 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	<p>1. Programa de capacitação e orientação a pacientes e familiares.</p> <p>Responsável: Enfermeira.</p> <p>Prazo: 3 meses.</p> <p>Situação atual: programa de capacitação elaborado, pacientes em capacitação, familiares ainda sem iniciar.</p> <p>Justificativa: atraso na identificação de familiares responsáveis</p> <p>Novo prazo: 1 mês</p> <p>2. Campanha educativa na rádio local.</p> <p>Responsável: médica.</p> <p>Situação atual: em execução.</p>

	Prazo: 3 meses.
--	-----------------

Quadro 14 – Operações sobre o “Inadequado acompanhamento dos pacientes segundo a linha de cuidado para risco cardiovascular”, na população hipertensa da Equipe de Saúde da Família 2, em Ressaquinha/MG, 2015.

Nó crítico.	Inadequado acompanhamento dos pacientes segundo a linha de cuidado para risco cardiovascular.
Operação.	Adequação do acompanhamento dos pacientes segundo a linha de cuidado para risco cardiovascular.
Projeto.	Linha de cuidado.
Produtos esperados.	Equipamento das redes, contratação de compra de exames e medicamentos, linha de cuidado para risco cardiovascular implantada, gestão da linha de cuidado implantada.
Atores sociais/ responsabilidades.	Secretário de saúde, médica, enfermeira.
Recursos necessários.	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidados e de protocolos. Financeiro: aumento da oferta de

	<p>exames e medicamentos.</p> <p>Político: decisão de aumentar os recursos, articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade.	<p>Ator que controla: Secretário Municipal de Saúde.</p> <p>Motivação: Favorável.</p>
Ação estratégica de motivação.	Apoio das associações. Apresentar o projeto.
Cronograma/Prazo.	Início em três meses e finalização em doze meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	<p>1. Equipamento das redes. Responsável: Secretário de saúde. Prazo: 12 meses. Situação atual: projeto elaborado e iniciado o equipamento.</p> <p>2. Contratação de compra de exames e medicamentos Responsável: Secretário de saúde. Prazo: 6 meses. Situação atual: projeção de demanda e estimativa de custos realizados.</p> <p>3. Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada. Responsável: Médica. Prazo: 6 meses. Situação atual: programa de capacitação elaborado e início da capacitação.</p>

	<p>4. Gestão da linha de cuidado implantada.</p> <p>Responsável: Médica.</p> <p>Prazo: 6 meses.</p> <p>Situação atual: projeto de gestão da linha de cuidado em discussão.</p>
--	--

Para avaliação do plano de intervenção os objetivos, resultados e impacto serão elaborados de maneira a permitir uma avaliação mais fácil e viável reduzindo-se custos. O modelo lógico de avaliação nos permite conhecer se as intervenções propostas guardam relação com os problemas identificados e se os produtos esperados serão efetivamente alcançados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Espera-se que com a implantação do Plano de intervenção o impacto sobre o controle das doenças crônicas, seus fatores de risco e agravos, seja favorável no tratamento e controle da HAS. Existem evidências de que o controle dos fatores de risco pode ajudar a prevenir pelo menos 80% das doenças cardiovasculares.

O plano de intervenção é uma ferramenta para que a equipe de estratégia saúde da família consiga mudanças no estilo de vida dos pacientes, diminua o número de sedentários, tabagistas e obesos, logre uma população mais informada sobre os riscos cardiovasculares, e garanta consultas médicas e de enfermagem de mais qualidade.

É importante a criação de vínculos entre os hipertensos e a equipe, aspecto necessário e essencial para melhorar a atuação e resolução dos problemas. Da mesma forma, é preciso que as orientações sempre sejam dadas da forma mais clara possível, pois os pacientes precisam saber as causas e conseqüências da doença, assim como aumentar o autoconhecimento sobre os efeitos do aumento dos níveis pressóricos.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO . **Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento**. disponível em: Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil.. página visitada 11 de outubro de 2008.

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 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CESARINO, C.B, et al. **Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto**. Arq Bras Card 2008; 91(1): 31-35.

CORDEN, Z.M. et al. **Home nebulized therapy for patients with COPD**. Chest. 1997; 112:1278-82.

IBGE 2010 **Censo populacional 2010**. Censo populacional Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE), 2010.

MANFROI, A. OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Com.** 2006; 2 (7):165-76.

MATUS, C. **Fundamentos da planificação situacional**. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

PAIVA, D. C. P. de; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L.. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.2, p.377-385, 2006.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO. **Atenção à saúde do adulto**: Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e doença renal crônica. 3 ed. (atualizada). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. 204p.

SIEGEL, D. LOPEZ, J. MEIER, J. Antihypertensive medication adherence in the department of veterans affairs. **Am J. Med.** 2007;120(1):26-32.

SILVA, S. S. B. E. da; COLÓSIMO, F. C.; PIERIN, A. M. G.. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Rev. esc. enferm. USP**, v.44, n.2, p.488-496, 2010

SIMAO, A. F.; PRÉCOMA, D.B.; ANDRADE, J. P., et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras cardiol.* 2013; 101 (6supl. 2) p.1-63

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq Bras Cardiol.** 2010; 95(1). p. 1-51.

WILLIAMS, Bryan. **The year in hypertension.** *JACC* 2010; 55(1): p. 66-73