

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

LUCAS ZACCHE LOPES DE ANDRADE

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE
VIDA DOS HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES/MG**

**GOVERNADOR VALADARES/MG
2015**

LUCAS ZACCHE LOPES DE ANDRADE

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE
VIDA DOS HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES/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

**GOVERNADOR VALADARES/MG
2015**

LUCAS ZACCHE LOPES DE ANDRADE

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE
VIDA DOS HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES/MG**

Banca examinadora

Prof. Me. Ricardo Luiz Silva Tenório- orientador

.....

Aprovado em Belo Horizonte,

RESUMO

O município de Governador Valadares está situado no Leste do Estado de Minas Gerais e localizado na região do Vale do Rio Doce e conta atualmente com uma população aproximada de 275 568 habitantes. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença de alta prevalência, na atualidade, no município de Governador Valadares e considerada um grave problema de saúde pública. A HAS tem baixas taxas de controle e um dos principais fatores de risco modificáveis para as Doenças Cardiovasculares. A detecção, o tratamento e o controle adequado são fundamentais para redução de eventos cardiovasculares. O presente projeto de intervenção partiu do diagnóstico situacional em saúde da Unidade Básica de Saúde no centro em Governador Valadares – MG. Foi observado alto índice de usuários hipertensos e com baixo controle do tratamento. O objetivo foi criar um projeto de intervenção para melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento, a prevenção de agravos e adoção de hábitos de vida saudáveis aos usuários hipertensos da unidade. O método utilizado para o desenvolvimento da pesquisa foi o Planejamento Estratégico em Saúde (PES). Priorizou-se o problema com maior prevalência no atendimento da equipe, e realizado uma revisão de literatura em sites de artigos científicos sobre a HAS, formas de controle e qualidade de vida do hipertenso. Os maus hábitos e estilos de vida da população, associado ao pouco nível de conhecimento desta sobre a HAS, os mitos e tabus sobre a doença, e a inadequada forma de trabalho da equipe de saúde tornaram necessárias a ações conjuntas da equipe multiprofissional no intuito de abordar a problemática e alcançar os resultados esperados.

Palavras Chave: Hipertensão, qualidade de vida, estilo de vida.

ABSTRACT

The municipality of Governador Valadares is situated in the eastern state of Minas Gerais and located in the region of Vale do Rio Doce and currently has a population of approximately 275,568 inhabitants. Hypertension is a highly prevalent disease, at present, the municipality of Governador Valadares and considered a serious public health problem. SAH has low control rates and one of the main modifiable risk factors for cardiovascular diseases. The detection, treatment and adequate control are key to reducing cardiovascular events. This intervention project started situation analysis in health primary care unit in the center in Governador Valadares - MG. We observed a high rate of hypertensive patients with low control treatment. The goal was to create an intervention project to improve adherence of hypertensive treatment, the disease prevention and adoption of healthy lifestyle habits to hypertensive patients of the unit. The method used for the development of the research was the Strategic Health Planning (PES). The problem was most prevalent in the service staff was prioritized, and conducted a literature review of scientific articles sites on hypertension, forms of control and quality of life of hypertensive patients. Bad habits and population lifestyles, associated with little population level of knowledge on hypertension, as health team work and myths and taboos about the disease, it is necessary to joint action by the multidisciplinary team in order to tackling the problem and achieve the expected results.

Keywords: Hypertension, quality of life, lifestyle.

SUMARIO

1INTRODUÇÃO-----	07
2JUSTIFICATIVA -----	12
3 OBJETIVO-----	13
4 METODOLOGIA-----	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO -----	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO-----	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	27
REFERENCIAS-----	29

1 INTRODUÇÃO

O município de Governador Valadares está situado no Leste do Estado de Minas Gerais e localizado na região do Vale do Rio Doce. A Princesa do Vale, como também é conhecida, foi fundada em 1938 e conta atualmente com uma população aproximada de 275 568 habitantes (IBGE, 2013).

Segundo dados do site oficial do município, o vale do Rio Doce teve algumas divisões devido a questões militares, ocorridas durante o século XIX. Foi uma estratégia de guerra com o objetivo de promover a perseguição de índios Botocudos e garantindo a navegação e comércio no Rio Doce (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2013).

O distrito de Figueira, foi pertencente ao município de Peçanha, e mais tarde foi emancipado como Governador Valadares. O município foi beneficiado pela posição estratégica, podendo escoar a produção que vinha do Vale do Suaçuí e do Santo Antônio, logo se tornou um pequeno entreposto no comércio (PREFEITURA MUNICIPAL DE GORVERNADOR VALADARES, 2014).

Em 31 de dezembro de 1937, Figueira foi emancipada, desmembrada de Peçanha. O nome foi modificado para Governador Valadares pelo decreto-lei nº 148, de 17 de dezembro de 1938. (PREFEITURA MUNICIPAL DE GORVERNADOR VALADARES, 2014).

Em 1950, a população cresceu para 20.357 habitantes. Nos anos 1950, as casas de comércio eram detentoras de grandes estoques de mercadorias e enorme freguesia regional (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2013).

Em 1960, a cidade já começava a apresentar problemas típicos das zonas pioneiras como deficiências do fornecimento de água potável e energia elétrica e do saneamento básico. A água consumida pelos moradores era retirada diretamente do Rio Doce ou comprada de carroceiros. Em 1942, houve a implantação do Serviço de Saúde Pública (SESP), e os problemas da água e das endemias foram resolvidos, em especial a malária.

Quadro 2. População do município de GV.

População residente por situação de domicílio				
Variável = população residente (pessoas)				
Município	Situação do domicílio	Ano		
		1980	1991	2000
Governador	Total	196.117	230.524	247.131
Valadares	Urbano	177.776	215.098	236.098
MG	Rural	18.341	15.426	11.033

Fonte: (IBGE, 2013)

O principal setor da economia atual do município é o comércio, indústria, atividades imobiliárias e construção civil.

O município de Governador Valadares atualmente é formado na atenção primária por 42 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo três na zona rural Chonim, Baguari e Itapinoã e quatro equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A atenção secundária conta com a policlínica, o centro de atenção psicossocial - CAPS e CAPS-ad (álcool e drogas) e o CAPSI, o centro de referência em saúde mental - CERSAM, e ainda o Centro de Convivência.

Na atenção terciária o município possui o Hospital Municipal, com Centro de terapia intensiva (CTI), Pronto Atendimento (PA) e maternidade, todos assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda existem as instituições que prestam serviços a todos os pontos de atenção em rede como: o Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde – CRASE, o Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais - CREDENPES e ainda o Centro de Apoio ao Deficiente Físico – CADEF, localizados no centro da cidade de Governador Valadares.

A UBS em que atuo localiza-se no centro da cidade, e sua área de abrangência é da população do centro, Ilha dos Araújo e São Tarcísio. A localização é acessível para os usuários, próximo à pontos de ônibus, Hospital Municipal e Policlínica.

A equipe é composta por dois médicos clínicos, três pediatras, um ginecologista, três enfermeiras, três técnicas em enfermagem, três agentes comunitárias de saúde, um profissional em serviços gerais.

As consultas médicas são todas agendadas previamente. Os problemas de saúde mais apresentados na UBS são as verminoses e parasitoses intestinais, hipertensão, diabetes melitus e dislipidemia.

Atualmente a unidade possui 3300 famílias, correspondendo a 8200 pessoas cadastradas. O horário de funcionamento da unidade é de 7 às 17 horas.

O presente trabalho foi elaborado a partir da observação da realidade da Unidade de Saúde da Família do Município de Governador Valadares que constatou um alto número de usuários hipertensos cadastrados na unidade e uma baixa adesão ao tratamento e controle da doença.

A equipe participou ativamente da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção destinada para os hipertensos. Portanto, a proposta é viável.

Os dados a seguir foram levantados pelo Método de Estimativa Rápida, pois este contribui para observar as necessidades de saúde de uma determinada área. Os registros escritos (prontuários) na unidade foram as principais fontes de análise.

Os problemas identificados foram: elevado índice de hipertensos, alto número de usuários com diabetes mellitus, queixas ortopédicas, parasitoses intestinais e uso indiscriminado de benzodiazepínicos.

Quadro 1 - Problemas encontrados na UBS-Centro em Governador Valadares:

Descritores	Prevalência	Fonte
Elevado índice de hipertensos	Alta	Registros na unidade
Alto número de Diabetes melitus	Alta	Registros na unidade
Queixas ortopédicas	Média	Registros na unidade
Parasitoses intestinais	Média	Registros na unidade
Uso indiscriminado de benzodiazepínicos	Média	Registros na unidade

A seguir serão apresentados os nós críticos encontrados em nosso processo de trabalho para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS):

- Má adesão ao tratamento da HAS: Mesmo os profissionais orientando os pacientes, observa-se uma resistência em seguir orientações, tanto medicamentoso, quanto de mudança de estilo de vida, este acaba sendo um grande empecilho para a manutenção de níveis pressóricos adequados.
- Desconhecimento da doença: algumas vezes a população está desinformada sobre a HAS e ainda apresentam desinteresse, o que acaba interferindo no autocuidado adequado;
- Crença de que estão curados: Muitas vezes por a HAS se apresentar assintomática, o indivíduo considera não precisar da continuidade ao tratamento;
- A Forma de trabalho desenvolvido pela equipe de saúde/ ausência de capacitações: às vezes o trabalho da equipe de saúde não está sendo adequado, ou não atinge a realidade social e psicológica dos usuários. Ainda associado à falta de estratégias de acompanhamento, tem contribuído para a persistência do problema.

Diante do exposto, a escolha do problema ocorreu devido à grande incidência da HAS e suas implicações: má adesão ao tratamento da HAS, desconhecimento da doença e complicações, crença de curas, forma de trabalho desenvolvida pela equipe de saúde e ausência de capacitações, foram implicações importantes encontradas para o problema do alto índice de HAS descompensada na unidade.

Desta forma, este projeto propõe um controle adequado da HAS dos usuários pelos profissionais da unidade de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do problema de pesquisa para o projeto de TCC se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial nos usuários da UBS-Centro, grande número de pessoas com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas conseqüências. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis alterados e sustentados de pressão arterial (PA). É considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, cerebrovasculares, doenças renais crônica e arteriais periféricas. A HAS está associada a alterações funcionais ou estruturais dos órgãos-alvo como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e também a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Atualmente, a HAS é uma grave doença, que acarreta vários agravos físicos e emocionais na vida do paciente. A atenção à saúde aos usuários hipertensos envolve a adesão e bom controle dos níveis pressóricos para que se possa prevenir agravos, para isto o foco deve ser o usuário consciente e orientado sobre tal fato. Por isso, considera-se os profissionais da atenção básica com melhor proximidade e condições de se atuar nesta demanda, por se considerar que a promoção à saúde é conceito a se abordar na unidade.

É importante que a família envolva em todo o tratamento e acompanhamento, bem como a equipe de saúde que deve atuar com ênfase na educação em saúde. A partir desta abordagem pode-se gerar bons resultados com base no acolhimento e mudanças de hábitos e estilo de vida da população.

Por isso, a proposta atual do projeto de intervenção à população hipertensa é a abordagem à adesão ao tratamento, prevenção de agravos e a qualidade de vida.

3 OBJETIVOS

Criar um projeto de intervenção para melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento, a prevenção de agravos e hábitos de vida saudáveis na Unidade Básica de Saúde – Centro - em Governador Valadares.

3.1 Objetivos Específicos

- Identificar os fatores relevantes do elevado número de hipertensos descompensados na unidade;
- Identificar formas da equipe de saúde atuar junto aos hipertensos descompensados;
- Possibilitar melhora na qualidade de vida desta população.

4 MÉTODO

Para a elaboração deste trabalho foi realizado um diagnóstico situacional de saúde na Unidade Básica de Saúde no centro em Governador Valadares. Foi utilizado o método PES (Planejamento Estratégico Situacional). Abordarei aqui os passos já alcançados até o presente momento na construção deste projeto de TCC.

Primeiro passo do processo quando se busca construir um plano de ação é conhecer os problemas de saúde mais consideráveis, bem como suas causas e conseqüências no momento. (Campos; Faria e Santos, 2013).

Por isso, o primeiro passo constitui com uma definição dos problemas de saúde. Foi feito uma reunião com a equipe de saúde e listou-se os principais problemas e demandas da unidade, por ordem de prevalência. Os problemas encontrados foram: alto índice de hipertensos com baixa adesão ao tratamento, alto índice de diabéticos, vários casos de gravidez na adolescência e o uso indiscriminado de ansiolíticos.

Partiu-se então para a priorização do problema, que foi o de maior ocorrência, ou seja o problema que será enfrentado através do projeto de intervenção que foi o alto número de usuários hipertensos.

Após este passo, buscou-se a descrição do problema, e explicação do mesmo. A hipertensão é considerada problema de saúde pública e fator de risco para várias doenças renovasculares, cardiovasculares e acidentes vasculares cerebrais.

A seleção dos nós críticos é uma fase importante, pois listou-se as dificuldades que estão associadas ao problema, ou seja, o que se relaciona ao alto índice de usuários hipertensos na unidade.

Para elaboração do plano foi realizada pesquisa bibliográfica com busca de materiais e artigos científicos, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Bireme e Scielo com os descritores: hipertensão arterial sistêmica, educação em saúde, qualidade de vida e planejamento em saúde. Os materiais utilizados para a revisão foram com data de publicação entre 2000 à 2014.

A partir dos dados coletados, todo o material passou pela análise do autor para melhor descrição e compreensão do problema e elaboração do projeto de intervenção.

Após a revisão de literatura, será iniciado o trabalho com a equipe de saúde com a finalidade de colocar em prática o plano de ação para desenvolvimento das atividades propostas como oficinas e grupos operativos.

Os encontros obedecerão a um roteiro pré-estruturado que será organizado de acordo com a agenda da Unidade Básica de Saúde e articulando às atividades diárias de consultas da unidade, de forma a não prejudicar o andamento normal do funcionamento da unidade.

O plano operativo seguirá um cronograma de 11 meses. Inicialmente será apresentado o projeto à secretaria de saúde em fevereiro e após a aprovação pelos órgãos competentes, provavelmente em março o programa-se o início das atividades.

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

No segundo encontro serão planejadas e designados o restante das atividades, sempre mantendo o objetivo como foco principal.

As atividades desenvolvidas a partir do presente trabalho também deverão ter seus resultados avaliados através de reuniões quinzenais, nestas propõe-se discutir os pontos positivos e negativos de cada encontro. Será documentado cada encontro e reunião para melhor controle e análise dos fatos.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A HAS é uma doença crônica de múltiplos fatores. Sua detecção geralmente é tardia porque sua evolução costuma ser lenta, progressiva e sintomática, muitas vezes os sintomas passam silenciosamente pelo paciente (Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010 *apud* CARVALHO, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser definida nos valores limites dos níveis de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg. A doença apresenta um início silencioso com complicações clínicas importantes para os sistemas cardiovascular e renovascular. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o índice limite de pressão arterial aferida no ambulatório e que não caracteriza hipertensão é de 125/85 mmHg. (MINAS GERAIS, 2006).

Quadro 2 - A seguir, a tabela apresenta a Classificação diagnóstica para indivíduos maiores de 18 anos de idade:

Pressão (mmHg)	Diastólica Arterial PAD	Pressão arterial sistólica (PAS) mmHg	Classificação
<85		<130	Normal
85-89		130-139	Normal Limítrofe
90-99		140-159	Hipertensão leve (estágio 1)
100-109		160-179	Hipertensão moderada (estágio 2)
>110		>180	Hipertensão grave (Estágio 3)
<90		>140	Hipertensão sistólica (isolada)

Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A pressão arterial considerada ideal é aquela em que o indivíduo tem menor chance de risco cardiovascular, PAS <120 mmHg e PAD <80 mmHg.

A pressão arterial de um indivíduo adulto que não esteja em uso de medicação anti-hipertensiva e sem co-morbidades associadas e considerada normal quando a PAS é <130 mmHg e PAD <85 mmHg. Os níveis de PAS entre 130 e 139 mmHg e PAD entre 85 e 89 mmHg são considerados limítrofes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2001).

Existem alguns fatores de risco importantes para a HAS que merecem atenção como a hereditariedade, idade, raça, obesidade, níveis de estresse, estilo de vida, álcool, sexo, uso de anticoncepcionais e alta ingestão de sódio. A equipe de saúde precisa estar atenta para observar estes fatores na vida do usuário. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Alguns fatores sociais e físicos também são destacados, não somente como causas da HAS, mas pela associação a ela como: nível educacional, colesterol elevado e diabetes mellitus.

O número de óbitos atribuídos à HAS também merece destaque:

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No material estudado, a Linha Guia da Secretaria de Estado de Minas Gerais sobre a Atenção a Saúde do Adulto (MINAS GERAIS, 2006) a melhor resposta ao tratamento da HAS é através da educação em saúde, por meio do qual a aquisição do conhecimento possibilitará mudanças de atitudes tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular.

As estratégias de prevenção e promoção a saúde devem sempre ser fator preponderante no tratamento da HAS. Como a HAS tem relação com o estilo de vida das pessoas, pode-se pensar em promoção de hábitos de vida saudáveis.

Uma abordagem permanente no tratamento e controle possibilitarão a motivação necessária para a adoção de estilo de vida e para adesão ao tratamento medicamentoso adequado. (MINAS GERAIS, 2006).

O tratamento da HAS estende-se por toda a vida do indivíduo, por sua cronicidade, exige-se boa aceitação e adesão ao plano terapêutico. Esta somente ocorrerá quanto mais consciente de suas complicações o usuário estiver. Por isso, toda a equipe de saúde precisa estar envolvida e com ações estratégicas em saúde como forma de alcançar objetivos na comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No que se refere ao processo de planejamento dos programas de educação em saúde, é importante identificar e atentar para a realidade psicológica e social do usuário, de forma a compreender os aspectos da cognição, social e cultural na construção dos conhecimentos e habilidades das pessoas (ROSENSTOCK, 1990 e FREIRE, 2002 *apud* TORRES *et al.*, 2011).

O tratamento da HAS é visto como de difícil adesão, devido a sua necessidade de controle, de mudanças de hábitos e estilo de vida e participação ativa do usuário. Também é necessário um controle rigoroso para que se possa evitar complicações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A literatura aborda que a informação por si só não garante adesão ao tratamento e qualidade de vida do hipertenso. Pois este deve ir além do tratamento medicamentoso e sim partindo da conscientização da doença.

O uso de medicamentos pelos pacientes vai além dos efeitos farmacoterapêuticos, passando por aspectos socioculturais do indivíduo, do grupo social e da sociedade em que está inserido. Nesse enfoque, a adesão ao tratamento passa a constituir um tema complexo, havendo se tornado alvo de discussão de diferentes especialistas de saúde em todo o mundo. (OSHIRO, 2007, p. 7).

Percebemos que as orientações para os usuários com HAS devem ser voltadas para o reconhecimento dos sintomas de descontrole da doença e possíveis lesões em órgãos alvo. Além disso, devemos explicitar os objetivos e metas propostas no tratamento, envolvendo o usuário ativamente neste processo.

Assim, ao incorporarem as mudanças de hábitos e estilo de vida: práticas de atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis, os níveis pressóricos tenderão a manter normais.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HAS

O plano de intervenção tem como objetivo atuar numa determinada demanda na área de saúde e propor formas práticas de enfrentamento da necessidade apresentada.

O plano de intervenção teve início com o desenho das operações relativas aos nós críticos “má adesão ao tratamento da HAS, desconhecimento da doença, crença de que estão curados e falta de capacitações à equipe de saúde”, conforme quadro 1 abaixo.

Quadro 1 - Desenho das operações dos nós críticos para os hipertensos da Unidade Básica de Saúde, Centro em Governador Valadares

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Maus hábitos e estilo de vida da população	Viva com qualidade Oferecer Orientações da HAS à população a fim de modificar hábitos e estilo de vida, ter alimentação adequada, atividades física e qualidade de vida.	Diminuição dos agravos da doença, minimização dos níveis pressóricos e melhora no bem estar da população hipertensa	Campanha educativa à população sobre HAS. Capacitação de profissionais	<i>Político</i> – Aprovação dos projetos e articulação intersetorial. <i>Cognitivo</i> – informação sobre o tema, elaboração do projeto de orientações à HAS. Financeiro – custeio de materiais (folderes, cartazes, data show)
Pouco nível de	Informar-se bom	é População bem informada,	Campanha educativa à população	<i>Cognitivo</i> – conhecimento sobre o tema

conhecimento sobre a HAS	Aumentar o nível de informação da população acerca da HAS, uso correto da medicação, apoio continuado e mudanças no estilo de vida.	orientada, com quebra de tabus e mitos e adesão e adequação do tratamento.	com HAS, capacitação de cuidadores.	HAS e sobre estratégias pedagógicas de aprendizado. <i>Organizacional</i> – organização e planejamento de agenda para orientação popular e capacitação profissional. <i>Político</i> – mobilização social. <i>Financeiro</i> – financiamento de cartazes, folderes informativos e outros meios de comunicação na área de abrangência.
Forma de trabalho da equipe de saúde	Organizando a equipe Proporcionar mudanças na formas de trabalho em equipe, criar estratégias de ação voltadas ao acolhimento do usuário e esclarecimentos sobre a HAS	Melhora no vínculo entre usuários e profissionais da saúde, controle da HAS e minimização dos agravos da doença.	Capacitação dos profissionais da equipe de saúde	<i>Cognitivo</i> – elaboração de projeto; <i>Político</i> – articulação entre os setores da saúde. <i>Financeiro</i> – para custeio de profissionais que possam ajudar no projeto com palestras e dinâmicas voltadas ao profissional da saúde
Questões sociais, nível de escolaridade,	Hipertenso consciente Desmistificar mitos e tabus que impedem o	Garantia de apoio interdisciplinar dos pacientes com HAS	Capacitação dos profissionais da equipe de saúde	<i>Organizacional</i> – criação do protocolo de atendimento a pacientes com HAS

mitos e tabus sobre a doença	usuário de seguir o tratamento adequado	<i>Financeiro</i> – contratação de equipe multiprofissional que auxilie no projeto <i>Político</i> – aumento dos recursos financeiros para estruturação do serviço.
------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2013)

O quadro 2 descreve os nós críticos do problema priorizado e os recursos necessários para seu enfrentamento:

Quadro 2: Identificação dos nós críticos

Operação/Projeto	
Viva com qualidade	Político – maiores orientações aos usuários, articulação intersetorial Organizacional – reestruturação de abordagem dos usuários hipertensos
Informar-se bom	é Cognitivo – conhecimento do tema e estratégias de comunicação. Organizacional – orientação populacional e capacitação profissional.
Organizando equipe	a Cognitivo – projeto de implantação com a equipe de saúde Organizacional – organização das atividades da unidade voltadas ao usuário hipertenso
Hipertenso	Político – aumento dos recursos financeiros para

consciente	estruturação do serviço. Financeiro – contratação de equipe multiprofissional
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------

Fonte: (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2013)

As propostas de ações para motivação dos atores seguirão descritos no quadro 3, apresentado abaixo.

Quadro 3 – Propostas de ações para motivação dos atores.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	Recursos necessários
Ator que controla Motivação			
Viva com qualidade Oferecer informações sobre a HAS à população, alimentação adequada, atividades física e qualidade de vida.	Organizacional – elaboração do projeto de ação.	Secretaria de saúde Equipe da UBS	Favorável Favorável Não é necessária
Informar-se é bom Aumentar o nível de informação da população acerca da HAS, uso correto da medicação, apoio continuado e mudanças no estilo de vida.	Cognitivo – conhecimento do tema e estratégias de comunicação. Organizacional – capacitação profissional.	Equipe da UBS Secretaria de saúde	Favorável Favorável Não é necessária Apresentar projeto de capacitação.

<p>Organizando a equipe</p> <p>Implantar a linha de cuidado para o pacientes hipertensos, acolhimento e vínculo dos pacientes, humanização nas consultas. Intergração da equipe de assistência</p>	<p>Cognitivo – criação do projeto</p> <p>Organizacional – organização dos fluxos de referência e contra referência.</p>	<p>Equipe da UBS</p> <p>Secretaria de saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p> <p>Apresentar projeto de fluxo dos pacientes na rede de saúde.</p>
<p>Hipertenso consciente</p> <p>Proporcionar orientações básicas sobre HAS, tira dúvidas e questionamentos.</p> <p>Desmistificar mitos e tabus que relacionados à HAS</p>	<p>Político – investimento em recursos humanos na saúde. Financeiro – contratação de mais profissionais.</p>	<p>Prefeito municipal</p> <p>Secretaria de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto de atendimento integral aos pacientes com HAS</p>

Fonte: (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2013)

O plano operativo foi desenvolvido para designar quem será responsável por cada operação estratégica, estabelecendo prazos para a realização das mesmas e os resultados esperados .

Quadro 4 – Neste quadro apresenta-se o Plano operativo para desenvolvimento do projeto, bem como resultados esperados, ações que serão desenvolvidas e o prazo determinado para a execução:

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Viva com qualidade	Aumentar o nível de informação da comunidade sobre HAS	Palestras informativas e distribuição de materiais sobre HAS	Médico e Enfermeira	Três meses para o início das atividades.
Informar-se é bom	Informar sobre o uso correto da medicação, apoio continuado e mudanças no estilo de vida.	Organização de grupos operativos; Confeção de material impresso para educação; Apresentação do projeto de capacitação à Secretaria de saúde.	Médico, enfermeira	Quatro meses para o início das atividades.
Organizando a equipe	Implantar projeto para cuidados aos pacientes hipertensos, acolhimento e vínculo, humanização nas consultas. Criação de vínculos entre equipe de saúde	Seguimento do protocolo criado para o cuidado dos hipertensos.	Médico, enfermeira	Três meses para o início das atividades.
Hipertenso consciente	Proporcionar orientações básicas sobre HAS, tira dúvidas e questionamentos. Desmistificar mitos e tabus que	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Médico, enfermeira	Início em três meses com finalização em 12 meses.

impedem o
usuário de seguir
o tratamento
adequado

Fonte: (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2013)

O projeto terá avaliações mensais por meio de reuniões em que será discutido e analisado os resultados das estratégias utilizadas: grupos de educação em saúde, palestras e oficinas.

Serão avaliados a participação dos usuários, adesão às atividades propostas e retorno ao próximo encontro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho partiu da necessidade e realidade vivenciada na Unidade Básica de Saúde no Centro de Governador Valadares.

A partir do diagnóstico situacional foi possível perceber um grande número de pessoas hipertensas cadastradas, bem como a dificuldades na adesão ao tratamento e no auto-cuidado.

O trabalho proposto foi um plano de ação que pudesse minimizar este quadro, bem como gerasse estabilização dos níveis pressóricos dos usuários e controle da HAS. Para que se alcançasse tais resultados, torna-se importante a atuação de todos os profissionais da saúde na atenção básica para que contribuam nas ações.

Desta forma, o profissional da saúde deve ser visto como agente de promoção e prevenção à saúde, e considerado peça fundamental para realizar a educação em saúde.

Promover a qualidade de vida deve ser prioridade da equipe de saúde para as pessoas com hipertensão, pois assim poderão ser evitadas complicações e internações desnecessárias, proporcionando uma vida mais sadia, diminuindo os riscos de desenvolver agravos. A educação em saúde as pessoas com hipertensão é um dos grandes desafios atualmente, sendo este um papel que cabe a equipe de saúde desempenhar, com muita precisão, acolhimento e didática, levando sempre em conta a questão cultural e condicional do paciente.

Sabemos que a equipe deve atuar de acordo com a realidade cultural, social de cada usuário. Por isso, uma abordagem humanizada, com foco na educação em saúde, pois quanto mais consciente o usuário encontra-se melhores são as oportunidades de tornar-se ativo no tratamento.

Promover educação em saúde por meio de atividades educativas com pessoas com hipertensão pode possibilitar um ambiente de motivação favorável a adesão ao tratamento, as ações de educação em saúde, por meio de grupos de hipertensos

promove a troca de experiências e vivências, para alcançar a meta da promoção a saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 15/01/2015

CAMPOS, F.C.C, FARIA H. P., SANTOS M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em maio de 2014.

CARVALHO, M. V. SIQUEIRA, L. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** V.100, n.2. São Paulo 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200009. Acesso em: agosto de 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, MG. **Aspectos gerais de Governador Valadares.** Disponível em: http://www.valadares.mg.gov.br/current/portal/aspectos_gerais. Acessado em 22/05/2014.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. v.89, n.3, p. 24-79, 2010. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2007/8903/pdf/8903012.pdf>. Acesso em 10/06/2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial sistêmica. HAS e Diabetes Mellitus – DM.** Protocolo. Caderno 7. Brasília, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf. Acesso em: 17/01/2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=170. Acesso em: novembro de 2014.

OSHIRO, M. L. **Fatores para a não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS: Um estudo de caso e controle.** Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/maria_lourdes_oshiro_trabalho_completo.pdf. Acesso em 20/01/2015.

TORRES, H. C., SOUZA, E. R; LIMA, M. H. M and BODSTEIN, R. C.. **Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes**

mellitus. Revista Acta Paulista de Enfermagem, vol.24, n.4, pp. 514-519. São Paulo,2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000400011&script=sci_arttext. Acesso em novembro de 2013.