

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

YOEL ACOSTA UTRIA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORA DO CONTROLE
DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) SAÚDE EM CASA EM SANTA BARBARA
DO TUGÚRIO, MINAS GERAIS.**

Juiz de Fora / Minas Gerais

2015

YOEL ACOSTA UTRIA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORA DO CONTROLE
DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) SAÚDE EM CASA EM SANTA BARBARA
DO TUGÚRIO, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Prof. Fernanda Piana Santos Lima
De Oliveira

Juiz de Fora / Minas Gerais

2015

YOEL ACOSTA UTRIA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORA DO CONTROLE
DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) SAÚDE EM CASA EM SANTA BARBARA
DO TUGÚRIO, MINAS GERAIS.**

Banca Examinadora:

Examinador 1: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (Orientadora)

Examinador 2: Andrea Fonseca e Silva (Examinador)

Aprovado em Belo Horizonte, de de 2015.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade que geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica. Este trabalho objetiva elaborar uma proposta de intervenção no PSF Saúde em Casa, no município Santa Barbara do Tugúrio, MG, com vistas ao controle da hipertensão arterial por meio de ações de promoção e prevenção da saúde no Programa de Saúde da Família (PSF) Saúde em Casa, em Santa Barbara do Tugúrio, Minas Gerais. Por meio deste projeto espera-se poder educar, orientar e conscientizar os pacientes hipertensos sobre os riscos e tentar reduzir as complicações. O presente projeto de intervenção visa qualificar o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de revisão de literatura com os principais temas relacionados à hipertensão arterial e elaboração de um plano de intervenção educativo com o intuito de reduzir as complicações e melhorar as condições de saúde da população alvo.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Atenção Básica. Prevenção Primária. Fatores de Risco.

ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension (SAH) has a high prevalence and control rates, and is therefore considered one of the most important public health problems. Cardiovascular diseases are major causes of morbidity and mortality that generate high economic costs, and which increase progressively with the increase in blood pressure. The proper control of patients with SAH should be one of the priorities of Primary Care. This work aims to develop a proposal for intervention in the FHP, Health at Home. In the municipality's Santa Barbara Tugúrio, MG, aiming at the control of arterial hypertension by means of actions of health promotion and prevention in the Family Health Program (FHP) Health at Home in Santa Barbara the Tugúrio, Minas Gerais. Through this project it is expected to be educated, guide y aware hypertensive patients on the risks y try to reduce complications. The present intervention project aims to describe the process of work in the Family Health Strategy (FHS), as well as a review of the literature with the main topics related to hypertension and drawing up a plan for educational intervention with the aim of reducing the complications and improve the health conditions of the target population

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Primary Prevention. Risk Factors.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. JUSTIFICATIVA	9
3. OBJETIVOS	10
3.1 Objetivo Geral	10
3.2 Objetivos Específicos	10
4. METODOLOGIA	11
5. REVISÃO DE LITERATURA	12
5.1 Epidemiologia no Atendimento ao Hipertenso	12
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	13
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	16
6.1 Definição dos problemas	16
6.2 Priorização dos problemas	16
6.3 Descrição do problema selecionado	17
6.4 Explicação do problema	17
6.5 Seleção dos “Nós Críticos”	17
6.6 Desenho das operações	18
6.7 Identificação dos recursos críticos	19
6.8 Análise da viabilidade do plano	19
6.9 Elaboração do plano operativo e gestão do plano	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

No município de Santa Barbara de Tugúrio os primeiros habitantes foram os Índios Purís, oriundos da nação Tupi, que com os Coroados, os Carijós e muitos outros, formavam as tribos chamadas humildes, que se viram obrigadas a abandonar o litoral, já sendo conquistado pelos colonos, e posteriormente ocupado por portugueses, que também chegaram a fim de explorar a agricultura e a criação de bovinos.

Em meados do século XVIII surgiu um povoado em torno de uma fazenda denominada Tugúrio, que levou o nome de Santa Barbara, Padroeira do povoado. Mais tarde unindo o nome da Padroeira ao da fazenda formou-se o nome próprio da cidade: Santa Barbara do Tugúrio.

O município possui 01 (um) distrito chamado Bom Retiro e 30(trinta) comunidades sendo: Serra do Sapateiro, Ramalho, Tinguá, Fernandes, Cachoeira Alta, Cachoeira do Castelo, Faustino, Buracão, Usina, Amaral, Olhos De Agua, Fazenda das Abóboras, Boa Vista, Japão, Tenente Antunes, Córrego dos Paivas, Bom Sucesso, Pedra Grande, Rabelo, Bucânia, Morro Grande, paciência, Boa Fé, Engenho, Fazenda Santa Isabel, Fazenda dos Rezende, Galego e Cunha.

A maior parte da população ainda mora na área rural (52,2%), com relação ao Censo do IBGE de 2000 a população rural era de 62,66%, o que deixa claro que os habitantes da zona rural estão cada vez mais se mudando para as cidades (BRASIL, 2014).

O esteio econômico de Santa Barbara do Tugúrio é sem duvida o setor agropecuário; na agricultura predomina a cultura da banana e do café, que são amplamente conhecidos por sua ótima qualidade e sabor, devido; as suas terras serem indiscutivelmente propícias a esta cultura. A pecuária é destacada pela criação do gado bovino, mais especificamente gado leiteiro que é encontrado em maior quantidade. O comercio, embora em menor escala, também vem efetivamente contribuindo para a economia do município. Vale destacar que outra fonte geradora de empregos é a dos setores Público Municipal e Estadual na prestação de serviços á população nas áreas de Educação, Saúde, Obras, Limpeza Urbana e Administração.

Em torno de 99% dos habitantes fazem uso do Serviço Único de Saúde (SUS), onde possuem cadastros e prontuários familiares e individuais. O SUS tem boa

cobertura, funciona com duas Equipes de Saúde da Família, com médico, enfermeira, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista, técnico de consultório odontológico e uma auxiliar de consultório odontológico. A ESF tem bom impacto e funcionamento de saúde bucal.

Em relação ao sistema de referência e contra referência o município tem dificuldades, com demora em os pacientes receberem atenções médicas de especialidades não básicas, como por exemplo, cardiologista, cirurgia, neurologistas, além de exames de endoscopia, ultrassonografias que podem demorar mais de três meses para serem realizados. As redes de média e alta complexidade não funcionam bem, pois os pacientes têm múltiplas dificuldades; com relação aos exames de alto custo que, muitas vezes, não são possíveis de serem realizados devido ao grande tempo de espera. Já os exames de citologia orgânica e a mamografia são muito bem organizados.

De 1362 famílias, 1327 têm energia elétrica (97,43%); com relação ao abastecimento de água 50,15% é realizado pela rede pública, feita através da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), que distribui água tratada e cloretada, e 46,33% é por poço ou nascente. (BRASIL, 2014).

A Unidade Básica de Saúde de Santa Barbara do Tugúrio tem uma ótima localização geográfica, facilitando o acesso. A atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, consolidando as diretrizes do SUS: equidade, universalidade e integralidade da atenção.

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em 2010, na área de abrangência encontram-se 330 hipertensos cadastrados o que constituem 15.9%. Considerando a população total, o número de pacientes hipertensos é muito alto (BRASIL, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (NOBRE *et al.*, 2010).

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. 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), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO /SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

No PSF Saúde em Casa pelos dados fornecidos pela equipe de saúde nas consultas e visitas domiciliares é frequente encontrar uma alimentação inadequada nos pacientes com HAS relacionado a múltiplos fatores sócio culturais, que obstaculiza as estratégias de atenção na Atenção Primária De Saúde (APS).

2 JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE *et al.*,2010).

As DCV são importantes causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso, sabe-se que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (PA) (NOBRE *et al.*,2010).

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, representando cerca de 31,2% dos óbitos em todas as regiões do país, à frente das neoplasias, responsáveis por 16,7% (BRASIL, 2012).

Além disso, a DCV é condição muitas vezes silenciosa ou que pode atacar sem aviso, ressaltando a importância da prevenção (D'AGOSTINO *et al.*, 2008). Por esses e outros motivos, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis.

Em nosso município e na área de abrangência de nosso PSF, as cifras de pacientes portadores destas doenças assim como o alto grau de descontrole são muito elevadas, constituindo a primeira causa de pacientes atendidos em nossa unidade, o que chamou nossa atenção e nos motivou a fazer um estudo com o projeto de intervenção educativa.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Geral

Elaborar uma proposta de intervenção com vistas melhorar o controle da hipertensão arterial por meio de ações de promoção e prevenção da saúde no Programa de Saúde da Família (PSF) Saúde em casa, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a situação social e de saúde da população atendida pelo PSF Saúde em casa, Santa Barbara do Tugúrio, MG;
- Promover o conhecimento e percepção de como viver uma vida saudável em indivíduos com Hipertensão arterial.

4 METODOLOGIA

A primeira etapa foi o diagnóstico de saúde do PSF Saúde Em Casa realizado por meio de aplicação de questionários, reuniões, revisão de prontuários, consulta médica e estimativa rápida na área de abrangência. Foi encontrada uma prevalência de pacientes com hipertensão arterial de 19% na população atendida, sendo este um dos problemas priorizados para desenvolver uma intervenção educativa.

Após o levantamento do problema, foi definida a necessidade de uma proposta de intervenção com a participação da equipe, a fim de conscientizar a população para prevenir complicações na área de abrangência do PSF Saúde Em Casa, município Santa Barbara do Tugúrio, MG.

Para facilitar o diálogo entre os atores que participam no processo de planejamento o emprego do Planejamento Estratégico Situacional (PES) dos autores Campos, Faria e Santos (2010) é fundamental para o domínio do método. O conhecimento de todos os aspectos relacionados ao PES é importante durante a gestão do qualquer plano de ação.

Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no site do Ministério da Saúde (MS), além de dados do SIAB no ano de 2010. Foram selecionados artigos em língua portuguesa, utilizando as seguintes palavras-chave: Hipertensão arterial, Atenção Básica, Prevenção primária, Fatores de risco.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Epidemiologia no Atendimento ao Hipertenso

Desde meados do século passado, em associação com o envelhecimento da população, sobretudo após os anos 80 (BRASIL, 2004), têm se observado modificações no modo de viver das pessoas, decorrentes do processo de urbanização e do avanço tecnológico, que contribuíram para a chamada “transição epidemiológica”. O despontar das doenças cardiovasculares, com caráter crônico, progressivo e silencioso, revela uma nova situação na qual o paciente deve comparecer periodicamente ao serviço de saúde, muitas vezes de difícil acesso, mudar seus hábitos de vida e tomar medicações diariamente por toda a vida, embora esteja assintomático e pareça estar saudável. As abordagens diagnósticas e terapêuticas requerem muito mais empenho das equipes de saúde para efetivar um controle clínico satisfatório e prevenir as complicações que pioram a qualidade de vida. Nesse contexto, as políticas de saúde devem voltar-se para ações de saúde que visem busca ativa da população, para garantir o diagnóstico precoce e implementar as medidas educativas pertinentes. A HAS, inserida no âmbito das doenças crônicas cardiovasculares, tem seu tratamento dificultado, com prejuízo nas taxas de adesão, em decorrência das implicações que a terapêutica gera na vida do paciente. A necessidade da modificação de hábitos segrega o paciente em seu ambiente familiar, restringindo o de compartilhar da cultura populacional estabelecida. A equipe de saúde deve sensibilizar o paciente e a comunidade para a importância da adesão às medidas terapêuticas indicadas, orientando-o quanto aos riscos a que está exposto e a importância das mudanças no estilo de vida para prevenção de complicações. A “transição epidemiológica” passa a gerar implicações práticas no seguimento dos doentes cardiovasculares e, em particular, no tratamento da HAS.

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002), determinou que o controle da hipertensão arterial é responsabilidade dos serviços de atenção básica e estabeleceu como ações estratégicas o diagnóstico dos casos de hipertensos, o cadastramento dos portadores, a busca ativa de casos, o tratamento, o diagnóstico precoce de complicações, o primeiro atendimento de urgência e as

medidas preventivas, que incluem ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo e tabagismo) e prevenção de complicações.

O fortalecimento da importância das ações básicas de saúde resultou da necessidade de acompanhar o paciente crônico com visão integral de sua realidade de vida. Com esse intuito, a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), implantada no Brasil a partir de 1994 (FALK, 2004), teoricamente deveria contribuir para o aumento da adesão terapêutica desses pacientes e para a redução das complicações inerentes. Embora existam vários fatores que influenciam na abordagem clínica e no controle dos pacientes hipertensos, limitando o sucesso da adesão à terapêutica, as políticas de saúde atuais, apesar das dificuldades para implantação prática, tendem a destinar-se para melhorar tal situação. A efetividade dessas ações na prática está na dependência de fatores culturais, sociais, econômicos e de decisões políticas, que apenas ao longo do tempo poderão se concretizar. A transição de uma medicina centrada no modelo assistencial curativo para uma medicina de caráter preventivo, face à mudança do perfil de morbimortalidade, é um processo demorado, principalmente por envolver questões econômicas e sócias culturais representativas.

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial é a mais comum das doenças cardiovasculares, além de ser o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares (COELHO *et al.*, 2005; JARDIM, *et al.*, 2007; SANCHEZ *et al.*, 2004). A HAS é uma doença silenciosa, inicialmente sem sintomas, e diagnosticada muitas vezes no aparecimento das complicações e, comumente, nas unidades de emergência, tardiamente, causando significativa perda na qualidade de vida e aumento nas taxas de morbidade e mortalidade. Para o acompanhamento e controle da hipertensão arterial, é importante a sua detecção, iniciada pela aferição da pressão arterial (PA). O rastreamento da PA elevada deve ser realizado por profissionais da saúde como medida preventiva de saúde. O objetivo de qualquer tratamento para as doenças crônicas é o seu adequado controle, pois desta maneira previnem-se suas complicações, com morbidades e mortalidade precoce (LESSA, 1998). Neste sentido, destaca-se um item de suma importância no tratamento dessas doenças, que é a adesão ao tratamento.

A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do paciente (LEITE; VASCONCELLOS, 2003), e compreendem valores e crenças, além-aspectos relacionados à doença e ao seu tratamento. No caso da hipertensão, seu controle é realizado não apenas pelo tratamento farmacológico, mas também por mudanças nos hábitos de vida, como mudanças na alimentação e realização regular de atividade física (SARQUIS *et al.*, 1998). No entanto, uma grande parcela dos hipertensos não utiliza os medicamentos de forma correta e usual e não modifica suas rotinas de alimentação e de atividade física para controlar uma doença que, na maioria das vezes, não se manifesta com sintomas. A falta de adesão é frequente e está associada a inúmeros fatores, tais como: relacionados ao paciente, à doença, a aspectos psicossociais, a crenças, ao tratamento, entre outros (MION *et al.*, 2001; PIERIN *et al.*, 2001; PIERIN *et al.*, 2004; SANCHEZ *et al.*, 2004).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, um fator de risco independente para doenças cardiovasculares e renais. Apesar do risco que a HAS representa a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). A grande maioria dos portadores de HAS não tem sua pressão controlada de forma efetiva, o que pode ser explicado pela baixa adesão ao tratamento. Estima-se que, entre os pacientes em tratamento, 75% a 92% não consigam manter a pressão arterial em níveis satisfatórios (CUSHMAN *et al.*, 2010).

A adesão à terapêutica por parte dos portadores de doenças crônicas como a HAS tem sido discutida como um processo complexo e multifatorial. Sob o ponto de vista do indivíduo, a adesão relaciona-se ao reconhecimento, à aceitação e à adaptação à condição de saúde, bem como à identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos e atitudes saudáveis (FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004).

Como fatores dificultadores da adesão, destacam-se a falta de informação sobre a doença, a passividade do indivíduo em relação aos profissionais de saúde e à escolha do esquema terapêutico, e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento (FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004; REINERS; AZEVEDO; VIEIRA, 2008). No caso da HAS, vários motivos são apontados como causa para a resistência à mudança de hábitos de vida, dentre eles o curso assintomático da

doença, a subestimação de suas reais consequências e a dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo (SÁ *et al.*, 2007).

Logo, as metas da educação em saúde para o indivíduo portador de HAS devem incluir a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu autocuidado e autonomia, a ampliação de seu nível de conhecimento e apreensão sobre os processos de saúde-doença-adoecimento e o desenvolvimento de estratégias para seu empoderamento e libertação (AUBERT *et al.*, 1998; COSTA; COTTA; FERREIRA; MONTEIRO, 2009).

Em relação à terapêutica não medicamentosa, a alimentação e a nutrição ocupam lugar de destaque na mudança de estilo e hábitos de vida dos indivíduos com HAS; a educação nutricional deve desenvolver-se rumo a estratégias mais saudáveis de viver, cuidar e ser, auxiliando esses indivíduos na superação de mitos e crenças, e no desenvolvimento de valores, percepções e atitudes ativas à saúde (SÁ *et al.*, 2007; COTTA *et al.*, 2009). A participação da família nas mudanças da rotina diária do núcleo familiar, sobretudo em relação à alimentação, tem papel de fundamental importância para viabilizar a adesão ao tratamento não farmacológico da HAS. (COSTA; COTTA; FERREIRA; MONTEIRO, 2009, COTTA *et al.*, 2009)

O Programa Saúde da Família (PSF) tem sido considerado uma estratégia para a reorientação do modelo de assistência a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 1997). É proposta uma nova forma de cuidar da saúde, tendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de atenção, de forma integral, contínua, em diferentes níveis, na prevenção, promoção, cura e reabilitação, o que requer uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. O vínculo entre os profissionais de saúde e população é privilegiado e as ações são intersetoriais, a fim de contribuir para o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania. Preconiza-se a utilização de um planejamento local participativo como ação reguladora da resolutividade, eficiência e eficácia do serviço (BRASIL, 1997).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Após realização e análise do diagnóstico de saúde foi feita sua discussão encontrando-se quatro problemas fundamentais:

1. Elevada prevalência de pacientes Hipertensos descontrolados;
2. Alto índice de grávidas adolescentes;
3. Doenças psiquiátricas especialmente, ansiedade, depressão e stress;
4. Aplicação sequencial de drogas psicotrópicas.

6.2 Priorização dos problemas

Uma vez que os problemas foram encontrados, foi preciso priorizá-los.

Quadro 1: Priorização dos problemas da ESF Saúde em casa, 2015.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Alto índice de grávidas adolescentes.	Alta	4	Parcial	4
Alto numero de pacientes hipertensos descontrolados	Alta	7	Parcial	1
Doenças psiquiátricas especialmente, Ansiedade a Depressão e Stress estão intimamente ligados ao presente e aplicação sequencial de drogas psicotrópicas.	Alta	6	Parcial	2
Elevada incidência das doenças Transmissíveis: Infecções Respiratórias Altas de etiologia viral e o Parasitismo Intestinal.	Alta	5	Parcial	3

Fonte: Autor, 2015.

Por sua importância foi considerada a prevalência de Hipertensão Arterial como o problema prioritário. O grande número de hipertensos cadastrados e o número de pacientes sem controle chamou a atenção da Equipe sobre a necessidade de realizar ações para atingir o objetivo proposto que é diminuir os níveis pressóricos dos hipertensos com medidas preventivas.

6.3 Descrição do problema selecionado

A pressão arterial é considerada normal quando a pressão sistólica não sobrepasa 130mmHg e a diastólica é inferior a 85 mmHg. A pressão alta é geralmente uma herança genética, também pode ser desencadeada por hábitos de vida pouco saudáveis como obesidade, consumo de bebidas alcoólicas, ingestão excessiva de sal, inatividade física. É uma doença crônica e deve ser controlada para evitar complicações, o cumprimento do tratamento e um melhor estilo de vida pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

6.4 Explicação do problema

A elevada prevalência de pacientes Hipertensos descontrolados possui causas relacionadas aos pacientes e relacionadas à equipe de saúde. Foram identificadas as seguintes causas:

- Causas relacionadas aos pacientes:

- Baixo nível de informação sobre os riscos da doença;
- Hábitos e estilos de vida inadequados.

-Causa relacionada à equipe de saúde:

- Ações de saúde insuficientes (a equipe não segue a agenda programada).

6.5 Seleção dos “Nós Críticos”

Foram selecionados três “nós críticos” relacionados ao problema:

1. Nível de informação;
2. Hábitos e estilo de vida;
3. Ações de saúde insuficientes.

6.6 Desenho das operações

Quadro 2: Desenho das operações dos “nós críticos” do problema “Elevada prevalência de pacientes Hipertensos descontrolados da ESF Saúde em casa, 2015.

NÓS CRÍTICOS	OPERAÇÃO-PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTO ESPERADO	RECURSOS NECESSÁRIOS
Nível de informação	Desenvolvendo o saúde / Melhorar o nível de conhecimentos dos pacientes respeito a Hipertensão arterial.	Melhoria do conhecimento sobre hipertensão. População mais informada sobre os riscos e consequências.	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da doença, campanhas de promoção e prevenção de saúde, pacientes mais responsáveis.	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Financeiros: Disponibilização de materiais educativos. Econômico: Para aquisição de folhetos
Hábitos e estilo de vida.	Viver melhor / Modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos.	Estilos de vida mais saudável, prática de exercícios físicos nos pacientes hipertensos, redução dos hábitos tóxicos.	Campanha Educativa diante os meios de comunicação.	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Financeiros: Para aquisição de folhetos, métodos áudio visuais. Organizacional: Para organizar as atividades físicas, os grupos, as caminhadas.

Ações de saúde insuficientes.	Trabalhando em equipe / Organizar a agenda programada para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco, incrementar ações de prevenção e promoção de saúde.	Agenda programada organizada, satisfação dos pacientes.	Aumento das consultas programadas dos pacientes com hipertensão arterial e fatores de risco. Ter uma programação de atividades de promoção e prevenção.	Financeiros: Aquisição de recursos, material didático, educativo, folhetos cartazes. Organizacional: Organização da agenda programada. Político: Parceria, mobilização social.
-------------------------------	---	---	---	--

Fonte: Autor, 2015

6.7 Identificação dos recursos críticos

Quadro 3: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações da ESF Saúde em casa, 2015.

OPERAÇÃO- PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Desenvolvendo saúde	Política: Mobilização social. Financeiros: Disponibilização de materiais educativos. Econômico: Para aquisição de folhetos.
Viver melhor	Financeiro: Necessário para aquisição de folhetos educativos, cartazes, materiais didáticos.
Trabalhando em equipe	Organizacional: Organização da agenda programada. Político: Parceria, mobilização social.

Fonte: Autor, 2015.

6.8 Análise da viabilidade do plano

Quadro 4: Análise da viabilidade do plano. Proposta de ações para a motivação na ESF Saúde em casa, 2015.

OPERAÇÃO- PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS	AUTOR	MOTIVAÇÃO	AÇÕES ESTRATÉGICAS
Desenvolvendo saúde / Melhorar o nível de	Financeiros: Disponibilização	Médico e enfermeira.	Favorável	Não é necessária

conhecimentos dos pacientes respeito a Hipertensão arterial.	de materiais educativos. Econômico: Para aquisição de folhetos			
Viver melhor / Modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos.	Financeiro: Necessário para aquisição de folhetos educativos, cartazes, materiais didáticos.	Equipe de saúde.	Favorável	Não é necessária
Trabalhando em equipe / Organizar a agenda programada para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco, incrementando ações de prevenção e promoção de saúde.	Organizacional: Organização da agenda programada.	Agentes comunitários de saúde, enfermeira e médico.	Favorável	Não é necessária

Fonte: Autor, 2015.

6.9 Elaboração do plano operativo e gestão do plano

Quadro 5: Plano operativo e Gestão do plano sobre o nó crítico “Nível de informação sobre a doença” da ESF Saúde em casa, 2015.

Nó crítico 1	Nível de informação sobre a doença.
Operação	Melhorar o nível de conhecimentos dos pacientes respeito a Hipertensão arterial.
Projeto	Desenvolvendo saúde
Resultados esperados	Melhoria do conhecimento sobre hipertensão arterial. População mais informada sobre os riscos e consequências.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da doença, campanhas de promoção e prevenção de saúde, pacientes mais responsáveis.
Atores sociais/	Medico e enfermeira.

responsabilidades	
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional: organização da agenda. Financeiro: para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Político: articulação intersetorial
Recursos críticos	Financeiros: Disponibilização de materiais educativos. Econômico: Para aquisição de folhetos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: profissionais da saúde Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Promover educação e saúde através de divulgação na rádio e grupo operativo.
Responsáveis:	Profissionais da saúde
Cronograma / Prazo	Um ano
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Favorável

Fonte: Autor, 2015.

Quadro 6: Plano operativo e Gestão do plano sobre o nó crítico “Hábitos e estilo de vida” da ESF Saúde em casa, 2015.

Nó crítico 2	Hábitos e estilo de vida.
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos.
Projeto	Viver melhor
Resultados esperados	Estilos de vida mais saudável, prática de exercícios físicos nos pacientes hipertensos, redução dos hábitos tóxicos.
Produtos esperados	Campanha Educativa diante os meios de comunicação.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeira.
Recursos necessários	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Financeiros: Para aquisição de folhetos, métodos áudio visuais. Organizacional: Para organizar as atividades físicas, os grupos, as caminhadas.
Recursos críticos	Financeiro: Necessário para aquisição de folhetos educativos, cartazes, materiais didáticos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: profissionais da saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Promover educação em saúde.
Responsáveis:	Profissionais da saúde.
Cronograma / Prazo	Um ano.
Gestão, acompanhamento	Favorável.

e avaliação.	
--------------	--

Fonte: Autor, 2015.

Quadro 7: Plano operativo e Gestão do plano sobre o nó crítico “Ações de saúde insuficientes” da ESF Saúde em casa, 2015.

Nó crítico 3	Ações de saúde insuficientes.
Operação	Organizar a agenda programada para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco, incrementar ações de prevenção e promoção de saúde.
Projeto	Trabalhando em equipe
Resultados esperados	Agenda programada organizada, satisfação dos pacientes.
Produtos esperados	Aumento das consultas programadas dos pacientes com hipertensão arterial e fatores de risco. Ter uma programação de atividades de promoção e prevenção.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde.
Recursos necessários	Financeiros: Aquisição de recursos, material didático, educativo, folhetos cartazes. Organizacional: Organização da agenda programada. Político: Parceria, mobilização social.
Recursos críticos	Financeiros: Aquisição de recursos, material didático, educativo, folhetos cartazes. Organizacional: Organização da agenda programada.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: profissionais da saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis:	Profissionais da saúde.
Cronograma / Prazo	Um ano.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Favorável.

Fonte: Autor 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os métodos de análise especialmente “Nós Críticos”, e Estimativa Rápida permitem em menos tempo e poucos recursos e esforços, a análise individual e a inter-relação dos problemas do sector. O método de Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde permite intervenção nas principais questões e priorizar a ação para a solução dos problemas gerados.

Incentivar as práticas promocionais de saúde e o conhecimento da importância da participação na saúde do corpo corporativo não só é responsabilidade da área da saúde, mas, também, de ações integradas de vários setores: saneamento, educação, cultura e recreação em um processo constante das estratégias de soluções.

A hipertensão arterial tornou-se um grande problema de saúde pelo que é necessário colocar as medidas de prevenção e promoção de saúde a fim de amenizá-los, A utilização do PES para elaboração da proposta de intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolutivas.

REFERÊNCIAS

AUBERT, L. *et al.* Knowledge, attitudes, and practices on hypertension in a country in epidemiological transition. **Hypertension**. 1998; 31:1136-45. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 1997; 22 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Brasília: Ministério da saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011-**Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. 1 ed. Brasília;2012. Editora do Ministério da Saúde. Cap.4, p 95-104.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte. Nescon/ufmg,2010. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento e avaliação das ações de saúde 2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_dasacoes_de_saude_2/3).

COELHO, E.B. *et al.* Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq Bras Cardiol* 85 (3): 157-61 2005.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.S.L.M.; MONTEIRO, C.A. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**. 2009; 62(1): 113-8.

COTTA, R.M.M. *et al.* Perfil socio sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família - Município de Teixeira - MG. **Ciênc Saúde Colet**. 2009; 14(4): 1251-60.

CUSHMAN, W.C. *et al.* ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2010;362(17):1575-85.

D'AGOSTINO, R.B. VASAN R.S.; PENCINA M.J. *et al.* General Cardiovascular Risk Profile For Use in Primary Care-The Framingham Heart Study. **Circulation**.2008; 117: 743-753

FALK, J. W. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v.1, n. 1, p. 5-10, Abr. 2004.

FUCHS, S.C.; CASTRO, M.S.; FUCHS, F.C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise das evidências. **Rev Bras Hipertens**. 2004; 7(3): 90-3.

JARDIM, P.C.V.; PEIXOTO, M.R.; MONEGO, E.; MOREIRA, H.; VITORINO, P.V.O.; SOUZA, W.S.B.S.; SCALA, L.C.N. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Card* 2007; 88(4): 452–457.

LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet*. 2003;8(3):775-82.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis. In: Lessa, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. cap. 2, p. 29-42.

MION, A.M.G. *et al*. Tratamento da Hipertensão Arterial – Respostas De Médicos Brasileiros A Um Inquérito. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Vol.47, n.3, São Paulo julho/setembro.2001.

NOBRE, F. *et al*. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, vol.17, n.1, Jan/Mar.2010,57p.

PIERIN, A.M.G. *et al*. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enferm USP* 35(1): 11-8, 2001;

PIERIN, A.M.G. *et al*. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN AMG. Hipertensão arterial uma proposta para o cuidar. São Paulo Manole; 2004. p.275-289

REINERS, A.A.O.; AZEVEDO, R.C.S.; VIEIRA, M.A.; ARRUDA, A.L.F. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciêns Saúde Colet**. 2008; 13(Supl 2):2299-306.

SÁ, L.D.; SOUZA, K.M.J.; NUNES, M.G.; PALHA, P.F.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.S. Tratamento da tuberculose em unidade de saúde da família: história de abandono. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(4): 712-8.

SANCHES, C.G. *et al*. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto-socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP*. v. 38, n.1, p. 90-8. 2004.

SARQUIS, L. M. M. *et al*. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Rev. Enf. USP*, v. 32, n. 4, p. 335-353, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI diretrizes Brasileira de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. V.95. (1 supl.1), p: 1-51. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 359-408, out/dez 2002. Disponível em: [http:// www.sbh.org.br/documentos/index.asp](http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp). Acesso em: 5 fev 2004.