

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

YENISLEYDIS MARTÍNEZ VIERA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO
AO TRATAMENTO E EVITAR AS COMPLICAÇÕES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA COMUNIDADE DE
DIVINO/MINAS GERAIS**

IPATINGA /MINAS GERAIS

2018

YENISLEYDIS MARTÍNEZ VIERA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO E EVITAR AS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA, NA COMUNIDADE DE DIVINO/MINAS
GERAIS**

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

Orientador: Prof.^a Ms. Ayla Norma Ferreira Matos

IPATINGA /MINAS GERAIS

2018

YENISLEYDIS MARTÍNEZ VIERA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO E EVITAR AS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA, NA COMUNIDADE DE DIVINO/MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor (a) Ms. Ayla Norma Ferreira Matos – Nescon - UFMG.

Examinador 2 – Professor (a) Dra. Maria Marta Amâncio Amorim – Centro
Universitário Uma. Belo Horizonte

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em particular à minha família e a todas as pessoas que tornaram possível a realização do mesmo. São minhas palavras, do meu coração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por me dar a oportunidade de fazer tudo o que faço pela vida das pessoas, porque me permitiu atingir meus objetivos.

A minha família por todo seu apoio, minha filha que é maravilhosa e meu esposo pela compreensão e ajuda para o desenvolvimento deste trabalho.

Para todo o coletivo de professores ao longo deste curso de especialização, pela disposição mantida e todos os ensinamentos e contribuições oferecidos.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica de alta prevalência, aparecendo como um dos principais problemas de saúde na população. É considerada uma doença crônica silenciosa, pois não manifesta os sintomas. Configura-se ainda como um grande fator de risco de doenças cardiovasculares e outros eventos graves para a saúde, como os acidentes cerebrais encefálicos e doenças renais. Este fato contribui para a alta morbidade e mortalidade cardiovascular, gerando grande impacto nos custos em saúde. O objetivo deste trabalho é ampliar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial a partir do planejamento de cuidados continuados aos hipertensos de uma unidade da Estratégia Saúde da Família de um município mineiro Divino. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com buscas de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde, e nas bases de dados Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde que foram publicados entre 2000 à 2018. Após a revisão foi elaborado um plano de intervenção, utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. As principais propostas foram de estabelecer práticas de identificação precoce do déficit de conhecimento na população, estabelecer hábitos de vida saudáveis para a população e fortalecer as ações de educação em saúde dos profissionais. Concluiu-se que realmente há uma necessidade de intervir no atendimento dos pacientes hipertensos por meio da educação em saúde e buscando assim a prevenção de complicações. É de grande importância a construção de estratégias para uma melhor abordagem à Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Estratégia Saúde da Família. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a high prevalence clinical condition, appearing as one of the main health problems in the population. It is considered a silent chronic disease, as it does not manifest the symptoms. It is still a major risk factor for cardiovascular diseases and other serious health events, such as brain accidents and renal diseases. This fact contributes to high cardiovascular morbidity and mortality, generating great impact on health costs. The objective of this study is to expand the adherence to the treatment of Hypertension from the planning of continued care to the hypertensive of a unit of the Family Health Strategy of a municipality in the state of Minas Gerais. A bibliographic search was carried out, with searches of articles in the Virtual Health Library, and in the databases Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Latin American and Caribbean Center for Health Sciences Information which were published between 2000 and 2018. After the review an intervention plan was drawn up using the Simplified Situational Strategic Planning method. The main proposals were to establish practices for the early identification of the knowledge deficit in the population, to establish healthy life habits for the population and to strengthen the health education actions of the professionals. It was concluded that there really is a need to intervene in the care of hypertensive patients through health education and thus seeking the prevention of complications. It is of great importance to build strategies for a better approach to Systemic Arterial Hypertension in Primary Health Care.

Key words: Arterial hypertension. Family Health Strategy. Health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS Atenção Básica à Saúde
ACS Agentes Comunitários de Saúde
APS Atenção Primária à Saúde
ASB Auxiliar de Saúde Bucal
BIREME Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAPS Centro de Atenção Psicossocial
CEMA Centro Municipal de Apoio a Saúde
DM Diabetes Mellitus
DST Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELSA Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
ESF Estratégia Saúde da Família
HAS Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes
HPV Vírus do Papiloma Humano
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família
MEDLINE Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MG Minas Gerais
OMS Organização Mundial da Saúde
PES Planejamento Estratégico Situacional
PNS Pesquisa Nacional de Saúde
POF Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSF Programa Saúde da Família
SCIELO Scientific Electronic Library
SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
UAPS Unidade de Atenção Primária da Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
UPA Unidade de Pronto Atendimento

VIGITEL Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Breves informações sobre o município de Divino/Minas Gerais.....	10
1.2 O sistema municipal de saúde.....	10
1.3 A equipe de saúde da família Exército da saúde, seu território e sua população.....	12
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	14
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo).....	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral.....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Hipertensão arterial sistêmica.....	21
5.2 Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica.....	21
5.3 Tratamento da hipertensão arterial sistêmica.....	24
5.4 Estratégias de enfrentamento das complicações da HAS na atenção primária à saúde.....	28
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	29
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	30
6.3 Identificação nós críticos (quinto passo).....	31
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Divino

Divino é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais(MG), cujo gentílico se chamam divinenses. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2012), possui área de 337,8 km² e conta com 20.074 habitantes de acordo com último censo realizado no ano 2012. A densidade demográfica é de 56,6 habitantes por km² no território do município. Vizinho dos municípios de Carangola, Orizânia, Fervedouro, São João do Manhuaçu, Luisburgo, Santa Margarida, Pedra Bonita, Espera Feliz, Caparaó e Alto Jequitibá. Situado a 638 metros de altitude, Divino tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 20° 36' 59" Sul, Longitude: 42° 8' 57" Oeste (IBGE, 2012a).

Divino era uma terra de índios da tribo goitacases e em 1833 foi desbravada por "brancos" que se dedicavam a agricultura. O povoado foi fundado por um grupo de moradores que decidiram sair em excursão, descendo pelo atual ribeirão São João do Norte, que ainda é uma região de fazendas, até alcançar o rio Carangola. Caminharam pela margem do rio e no caminho sentiram fome e no local que pararam e comeram, eles ergueram a bandeira com as insígnias do Divino Espírito Santo, por serem religiosos. Naquele local construíram uma capela, que deu origem ao povoado. Em 23 de setembro de 1882, pela Lei Provincial nº 2.905, o povoado foi elevado a distrito com a denominação de Divino Espírito Santo e confirmado em 14 de setembro de 1891 pela Lei Estadual nº 2 (IBGE, 2012b).

Em 7 de setembro de 1923, após aprovada a Lei Estadual nº 843, o nome do distrito é alterado para Divino de Carangola, uma vez que o distrito pertencia ao município vizinho, Carangola. Já em 17 de dezembro 1938, uma data a ser lembrada por todos, houve a emancipação do município e então ganhou o nome de Divino (IBGE, 2012b).

Divino possui expectativa de crescimento baseado na agropecuária e comércio.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

O Sistema Local de Saúde possui um Conselho Municipal de Saúde constituído com 50% usuários; 25% trabalhadores de saúde; 25% prestadores de serviço. As

reuniões são mensais e sempre na penúltima sexta-feira do mês. Fundo Municipal de Saúde tem seus recursos provenientes da União (41%), do Estado (14%) e do município (45%). O orçamento destinado à saúde é distribuída seguinte forma: 18% dos recursos são gastos com a Atenção Primária à Saúde (APS) e 64% gastos com a média e alta complexidade (DIVINO, 2016).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado na zona rural em 1996, composto por Equipe com médico, enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, psicóloga, dentista e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), sem Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 1998 ampliou para mais três equipes, sendo uma na zona rural e duas na área urbana na periferia do município, essas últimas compostas por equipe com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, 4 (ACS), Cirurgiã Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas foram selecionados por concurso público, os demais foram contratados. Este processo de implantação foi realizado em parceria com a comunidade através de reuniões com os conselhos de saúde distrital, local e municipal com o objetivo de explicar a nova forma de atendimento centrada na prevenção de doenças, promoção da saúde sem prejuízo da resolução dos problemas já existentes.

O Sistema de saúde do município dispõe de 7 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), sendo 3 Centros de Saúde Convencionais e 5 equipes de Estratégia Saúde da Família ESF. Para a atenção especializada o município conta com uma policlínica há algumas especialidades, as demais necessidades são encaminhadas a outros municípios próximos e na capital do estado, para as urgências tem a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) funcionando 24 horas por dia para estabilização dos quadros agudos (DIVINO, 2016).

Divino participa também de um consórcio regional de saúde onde se realizam alguns meios de diagnóstico, tais como os eletrocardiogramas, mamografias e ultrassons. É referida também a existência de um laboratório Centro Municipal de Apoio a Saúde (CEMAS) com uma grande variedade de meios diagnósticos, o qual funciona através de convênios com diferentes instituições (DIVINO, 2016) .

Apesar de possuir certa assistência de serviço especializado em saúde, a rede de serviços de saúde municipal não dispõe de especialidades como endocrinologia e meios diagnósticos como a Tomografia Axial Computadorizada e Ressonância Magnética Nuclear, o que faz com que os pacientes tenham que se deslocar para outros municípios.

1.2 A Equipe de Saúde da Família “Exército da Saúde”, seu território e sua população.

Este estudo foi realizado na ESF Exército da Saúde, a qual se localiza na Rua José Victor de Oliveira, 211, Bairro Givisiez, região urbana de Divino/MG. Dividida em quatro micro áreas, tendo cada uma 1.150 moradores e 590 famílias, sob a responsabilidade e acompanhamento dessa equipe de saúde da família.

A ESF está localizada em uma casa adaptada e inserida dentro da comunidade, oferecendo atendimento às comunidades dos bairros mais próximos, que são o Bairro Givisiez, Nossa Senhoras das Dores, Boa Sorte e Dornelas.

Em relação à infraestrutura, a unidade possui uma estrutura física incipiente, pois funciona em uma casa alugada com repartições mal divididas, o que dificulta bastante a organização do processo de trabalho para atender o funcionamento proposto pela ESF. A Unidade Básica de Saúde UBS conta com a seguinte área física: 01 sala de espera, 01 recepção, 01 sala de vacinas, 01 sala de curativos, 01 consultório de Enfermagem com um banheiro, 02 consultórios médicos, 01 banheiro para usuários, 01 área de jardim de inverno, 01 cozinha e quintal aos fundos.

A equipe trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastro e o acompanhamento da população adstrita nesta área. O cadastramento é realizado através de visitas domiciliares no território definido, e contém a identificação dos componentes familiares, morbidades referidas, condições de moradia, saneamento e condições ambientais.

Na Tabela 1 é demonstrada a população total cadastrada de acordo com a faixa etária e sexo, onde se observa que a área de abrangência da ESF Exército da Saúde apresenta maior concentração de adultos. Nota-se também que, possui maior quantitativo de indivíduos na faixa etária entre 70-79 anos, comparado à expectativa de vida no Brasil que é de 74,9 anos.

Tabela 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe Exército da Saúde, município de Divino, Minas Gerais.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ANO	8	20	28
1-4 ANOS	28	34	62
5-14 ANOS	33	18	51
15-19 ANOS	59	66	125
20-29 ANOS	54	76	130
30-39 ANOS	43	54	97
40-49 ANOS	57	79	136
50-59 ANOS	56	67	123
60-69 ANOS	45	67	112
70-79 ANOS	75	111	186
80 ANOS E MAIS	45	55	100
TOTAL	503	647	1150

Fonte: IBGE (2012).

Na Tabela 2 a seguir, é evidenciado o perfil epidemiológico da comunidade de abrangência da ESF Exército da Saúde, onde se observa que a doença mais prevalente é a HAS.

Tabela 2- Perfil epidemiológico da área de abrangência da equipe Exército da Saúde, município de Divino, Minas Gerais.

INDICADORES	TOTAL
Proporção de idosos	
População 60 anos e mais/pop total	100

População alvo para rastreamento de câncer de mama	118
População alvo para rastreamento de câncer de colo	158
População alvo para rastreamento de câncer de próstata	119
Portadores de hipertensão arterial esperados:	125
Portadores de hipertensão arterial cadastrados:	315
Portadores de diabetes esperados	140
Portadores de diabetes cadastrados	118

Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA (SISAB) (2017).

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Os critérios utilizados para a seleção dos problemas prioritários foram considerados entre outros a importância dos problemas, a urgência e a própria capacidade para enfrentá-los. Para isso foi atribuído um valor “alto, médio ou baixo” e distribuídos pontos conforme avaliação dos mesmos. Definiu-se também se a solução do problema estava dentro, fora ou parcialmente na capacidade de enfrentamento da equipe. A partir destes critérios, foram listados os problemas por ordem de prioridade, conforme resultado dos escores atribuídos.

A seleção foi feita a partir da análise dos pontos obtidos com os critérios anteriores, concluindo que na área de abrangência planejar as ações para evitar as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica HAS é a prioridade um.

O município possui importantes aspectos a serem melhorados através de políticas públicas efetivas, que vão além dos cuidados diretos à saúde, tais como os relacionados aos aspectos econômicos, sociais e ambientais.

Ao se analisar a área de trabalho é possível entender que o processo saúde-doença da população está afetado pelas diferentes vulnerabilidades presentes no município,

tais como a dificuldade econômica e social, violência, consumo de drogas, desemprego e a baixa qualidade na educação, sobretudo na área rural. Além disso, existe demora em conseguir consultas especializadas, assim como ocorre em muitas cidades brasileiras, com dificuldade de contratação de profissionais, etc.

Embora conte com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para dar apoio à Saúde da Família, são muitos os problemas sociais e não é suficiente para atendimento a demanda da população.

Sobre os serviços odontológicos, a ESF enfrenta dificuldades de resolução dos problemas de saúde bucal apresentados pela população adstrita, devido à inexistência de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para atendimento de demandas especializadas.

Em relação à saúde mental, o município não conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estando às demandas desta especialidade sujeitas a encaminhamento para o CAPS de Carangola o qual é referência em toda a microrregião.

Outros problemas, também, afetam a saúde de nossa população, como baixo índice de percepções de risco de doenças de transmissão sexual, baixa preparação educacional para o uso de contraceptivos e outros métodos de contracepção, e início precoce das relações sexuais, o que é motivo frequente de gravidez na adolescência, e ainda, pouca consciência dos danos ocasionados pelo uso de drogas e outros narcóticos, alta taxa de fumantes com um conseqüente aumento na incidência de doenças respiratórias, cardiovasculares e digestivas.

A partir de uma análise de prontuários e motivos de busca pelo atendimento na referida unidade, foi possível realizar um levantamento sobre a situação de saúde da área de abrangência, identificando uma série de problemas, que são apresentados a seguir, de acordo com a ordem de prevalência:

1. Alta prevalência de HAS.
2. Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
3. Alta incidência de Dislipidemias.

4. Maus hábitos dietéticos.
5. Alta Incidência de Doença Sexualmente Transmissível, Vírus do Papiloma Humano (DST-HPV) e Sífilis.
6. Alta incidência de Doenças Mentais.
7. Alta incidência de Doenças Respiratórias

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Visando definir a priorização dos problemas, foi realizada uma discussão envolvendo a enfermeira, as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem e eu. Na análise atribuímos um valor “alto, parcial ou baixo” de acordo a importância do problema. Distribuímos pontos conforme a sua urgência e também, a nossa capacidade de governabilidade sobre o problema – dentro, fora ou parcialmente. Além disso, numeramos os problemas por ordem de prioridade, a partir do resultado da aplicação dos critérios, conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita da área de abrangência da equipe Exército da Saúde, município de Divino, Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Capacidade de enfrentamento**
Prevalência de Hipertensão Arterial	Alta	Alta
Prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	Alta
Incidência de Dislipidemias	Alta	Alta
Maus hábitos dietéticos	Alta	Parcial
Incidência de DST-HPV e Sífilis	Média	Parcial
Incidência de Doenças Mentais	Média	Baixa
Incidência de Doenças Respiratórias	Média	Parcial

Fonte: Registros internos da Unidade (2017).

*alta, média ou baixa.

** alta, parcial ou baixa.

Embora o município tenha uma forte cultura da agricultura familiar, fato que interfere positivamente no acesso a alimentos de boa qualidade, ainda existe na área de abrangência da respectiva ESF, maus hábitos alimentares com conseqüente aumento da taxa de obesidade, a partir do consumo elevado de gorduras saturadas e colesterol dietético. Assim, é cada vez maior o risco de doença crônica como a Hipertensão Arterial Sistêmica HAS e Diabetes Mellitus DM, doenças coronarianas e isquêmicas.

Destarte, pontua-se que os elevados índices desta doença crônica não transmissível têm relação com o desconhecimento que existe por parte da população sobre a doença e suas complicações. Assim, associando este fator com os baixos níveis educacionais e o estilo de vida inadequado, configura-se como um sério problema de saúde coletiva necessitando de intervenção por diversos atores envolvidos no processo saúde doença da população.

2 JUSTIFICATIVA

A discussão sobre as formas de intervir da temática HAS propiciará uma reflexão sobre a execução do trabalho em saúde, possibilitando a superação de dificuldades beneficiando em última instância ao cliente que recebe a assistência prestada na comunidade. Assim, este estudo se justifica considerando ainda que a HAS é uma doença que acomete grande parte da população local que seu crescimento se deve a vários fatores de risco, dentre eles alguns modificáveis como por exemplo hábitos de vida e alimentação.

Segundo dados da WHO (2011), a prevalência mundial de HAS em adultos é cerca de 4 em cada 10 adultos com mais de 25 anos de idade, e em muitos países 1 em cada 5 pessoas tem pré-hipertensão.

Mansur; Favarato (2016, p.755) afirmaram que

... a HAS é a mais prevalente doença vascular no mundo e possui elevado fator de risco para doenças cerebrovasculares. Cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram causadas pela elevação da pressão arterial, em 2001.

Destarte, a assistência às pessoas com HAS requer por parte da equipe de saúde atenção especial no tocante à problemática do controle, que por sua vez apresenta estreita relação com o processo de adesão ao tratamento. Particularmente médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem estar devidamente orientados sobre as especificidades da doença e tratamentos, para que se obtenham melhor controle da doença.

Costa; Silva; Carvalho (2011, p.20) afirmaram que

...A HAS é uma das principais doenças a nível mundial, e se apresenta com uma incidência e prevalência considerável, devido à dificuldade em seu controle e tratamento. Em virtude deste fato, acrescenta-se um número significativo de complicações, principalmente cardiovasculares e cerebrais, que vem se apresentando como uma principal causa de óbitos no país desde 1960.

No Brasil, a maior parte dos casos de HAS pode ser tratada na atenção primária à saúde, sendo de suma importância as medidas de promoção e prevenção de saúde que devem ser realizadas pelas equipes de saúde que integram a ESF (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

Os fatores relacionados à HAS podem ser classificados como modificáveis e não modificáveis, isto é a idade avançada, etnia, obesidade, consumo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, DM, consumo excessivo de sal e consumo de tabaco. Muitos destes fatores podem se modificar no trabalho desenvolvido na APS. Um dos maiores desafios no combate da HAS é a não adesão do tratamento médico (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010).

A não adesão ao tratamento ofertado nas UBS tem sido considerada um grande desafio, pois impõem um grande número de variáveis relacionadas, a saber: escolaridade, ocupação, renda, classe econômica e baixo nível de conhecimento da enfermidade e suas complicações (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010).

Prover controle e tratamento da HAS é uma das intervenções mais importantes e mais efetivas dos profissionais de saúde. A troca de um estilo de vida, associada à farmacoterapia necessária, evitam muitas complicações importantes, evitando mortes por esta doença (MOREIRA, 2012).

3OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Ampliar a adesão ao tratamento da HAS e evitaras complicações, a partir da oferta de cuidados continuados aos hipertensos de uma unidade da Estratégia Saúde da Família, Exército da Saúde, no município de Divino/MG.

3.2 Objetivos específicos

Discutir a importância do conhecimento da comunidade sobre Hipertensão Arterial Sistêmica.

Discutir as estratégias de intervenção visando ampliar o conhecimento da população e sua adesão ao tratamento.

Aperfeiçoar as ações educativas existentes visando diminuir índices de abandono e complicações por HAS.

4 METODOLOGIA

Para subsidiar a realização do projeto de Intervenção, foi realizada uma pesquisa bibliográfica no período de maio ao setembro 2017, com buscas de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados do Scientific Electronic Library (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Acadêmico, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), publicados entre 2000 a 2017. Utilizou-se como palavras-chaves, Hipertensão Arterial. Estratégia Saúde da Família. Promoção da saúde.

Após a revisão foi elaborado um plano de intervenção, utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Que consta de 10 passos:

- Primeiro passo: Após a fase do diagnóstico situacional, é o momento de identificação dos problemas de saúde. Tanto o município, como nossa área de abrangência, caracteriza-se por estarem muito necessitados de atenção em todos os aspectos, não somente em relação à saúde, mas também relacionados aos aspectos econômicos, sociais e ambientais. A partir de uma análise de prontuários e motivos de busca pelo atendimento na unidade, foi possível realizar um levantamento sobre a situação de saúde da área de abrangência, e identificação dos problemas.
- Segundo passo: Para fazer a priorização dos problemas, deve-se analisar a importância do problema, sua urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto.
- Terceiro passo: É o momento de fazer a descrição do problema priorizado. É preciso caracterizá-lo e descrevê-lo melhor, para saber como o problema acontece.
- Quarto passo: É a Explicação do problema. Para atingir a gênese do problema que será enfrentado, deve-se identificar as suas causas.
- Quinto passo: É necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas avaliadas como mais importantes na origem do problema, bem como, quais os recursos necessários para o seu enfrentamento.

- Sexto passo: A execução das operações é uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. Identificando aquelas que estão na governabilidade da equipee que são capazes de transformar o problema. São planejados recursos visando atender os nós críticos de cada operação.
- Sétimo passo: Para considerar a viabilidade de um plano, inicialmente identificam-se os atores que controlam recursos e, quais recursos cada um desses atores controla.
- Oitavo passo: A equipe identifica os atores que controlam os recursos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.
- Nono passo: Para o êxito do plano a equipe define a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.
- Décimo passo: A equipe avaliará a adesão ao tratamento desses pacientes através do comparativo dos valores de pressão arterial antes e depois das ações deste estudo.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressóricos nas artérias, o que faz com que o coração exerça maior esforço do que o necessário para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica referente ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica) (BORELLI et al., 2008).

A (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de riscos, tais como, dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM. Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica, fatal e não fatal (MALACHIAS et al., 2016).

É comumente aceito que a pressão arterial não invasiva normal em repouso se situa entre os 100 e 140 mmHg para a sistólica e entre 60 e 90 mmHg para a diastólica. Para que os valores sejam confiáveis, a medida deve ser verificada após um período de repouso de 5 a 10 minutos num ambiente calmo, considerando ainda, fatores como a largura adequada da braçadeira, comprimento suficiente para rodear bem todo o braço, entre outros. A presença de níveis mais elevados de pressão arterial e a presença de outros fatores de risco cardiovascular associados, como tabagismo, dislipidemias (anormalidades do colesterol e suas frações), DM e obesidade, aumentam muito o risco do desenvolvimento destas “lesões em órgãos-alvo” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.2 Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica

Vários são os fatores de risco relacionados com a alteração da HAS, entre eles a idade. Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS, relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, que atualmente é de 74,9 anos. Assim, como aumento na população de idosos ≥ 60 anos, na última década (2000 a 2010), a prevalência passou de 6,7% para 10,8% (IBGE, 2010).

Segundo Picon et al. (2013), a análise de um estudo realizado no Brasil, incluindo 13.978 indivíduos idosos, mostrou 68% de prevalência de HAS. Nesta Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, a prevalência de HAS foi referida estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%), mas não nos brancos (22,1%). Neste mesmo estudo, foi observado ainda a seguinte distribuição quanto a prevalência de HAS: 11,1% na população indígena; 10% na amarela; 26,3% na parda/mulata; 29,4% na branca e 34,8% na negra.

No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, obtidos em 55.970 domicílios, mostraram disponibilidade domiciliar de 4,7 g de sódio/pessoa/dia (ajustado para consumo de 2.000 kcal), excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia), menor na área urbana da região Sudeste, e maior nos domicílios rurais da região Norte (BRIASOULIS; AGARWAL; MESSERLI, 2012).

Quanto à ingestão de álcool, o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a pressão arterial de forma importante. O estudo supramencionado com 33.904 homens e 19.372 mulheres comparou a intensidade de consumo entre abstêmios e bebedores. Em mulheres, houve efeito protetor com dose inferior a 10g de álcool/dia e risco de HA com consumo de 30-40g de álcool/dia. Em homens, o risco aumentado de HA tornou-se consistente a partir de 31g de álcool/dia (PICON et al., 2013).

Dados do Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico VIGITEL de 2006 a 2013, mostrou o consumo abusivo de álcool, ou seja, a ingestão de quatro ou mais doses para mulheres,

e cinco ou mais doses para homens de bebidas alcoólicas, em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias - tem se mantido estável na população adulta, cerca de 16,4%, sendo 24,2% em homens e 9,7% em mulheres. Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os mais jovens (MALTA et al., 2015).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizadas por Piconet al.(2013), apontaram que indivíduos insuficientemente ativos (adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física, considerando o lazer, o trabalho e o deslocamento, representaram 46,0% dos adultos, sendo o percentual significativamente maior entre as mulheres, de 51,5%). Houve diferença nas frequências de insuficientemente ativos entre faixas etárias, com destaque para idosos (62,7%) e para adultos sem instrução e com nível de escolaridade fundamental incompleto (50,6%). Ainda neste estudo, os fatores socioeconômicos em adultos, com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto), apresentaram a maior prevalência de HA auto referida, 31,1%. A proporção diminuiu naqueles que completam o ensino fundamental, foi de 16,7%, mas, em relação às pessoas com superior completo, o índice foi 18,2%.

5.3 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

Esta doença, embora reconhecida como problema de relevante agravo, o seu tratamento e controle parecem continuar inadequados, mesmo com os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas, que vêm facilitando a identificação dos fatores de risco, o diagnóstico precoce de seus agravos, o emprego de uma vasta terapêutica medicamentosa, e as ações educativas para as mudanças no estilo de vida. Observa-se ainda, que apenas parte dos indivíduos com HAS mantém valores satisfatórios dos níveis de pressão arterial sistêmica (SARAIVA et al., 2011).

Moreira (2003, p. 20) referiu que

... as dificuldades de controle da HAS na concepção de estudiosos, estão relacionadas às características da doença, como o caráter assintomático, a evolução lenta, a cronicidade, que fazem com que a

hipertensão arterial não seja considerada doença ou algo que precise ser cuidado.

As pessoas com HAS não sentem necessidade de modificar os hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença (BORTOLOTTI, 2010).

Nesse aspecto, os estudos revelam que para a doença ser controlada é imprescindível adesão ao tratamento, a qual é caracterizada pelo grau de cumprimento das medidas terapêuticas recomendadas, podendo ser ou não medicamentosas, objetivando a manutenção da pressão arterial em valores considerados normais (HOLT, 2010).

Sobre a adesão ao tratamento, entende-se que é realizada pelo comportamento dos indivíduos com HAS em tomar os medicamentos, aceitar a dieta orientada, comparecer às consultas médicas pré-agendadas e apresentarem mudanças no estilo de vida. Nesse sentido, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é imprescindível ao controle dos fatores de risco e, na ausência, a doença pode resultar em agravos mais complexos (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

Ainda sobre a adesão ao tratamento, existem fatores que exercem influências, podendo estar relacionados: à própria doença, com suas características de cronicidade e sintomatologia inespecífica; ao tratamento que envolve mudanças no estilo de vida além do uso constante de medicamentos; às questões institucionais associadas à distribuição de medicamentos e à dificuldade de acesso às ações de controle e, por fim, aos portadores de HAS, ressaltando-se os aspectos biológicos, hereditários, socioeconômicos e psicossociais, relacionados à doença (CALIXTO, 2010).

A baixa adesão é mais frequente no nível primário de atenção do que entre pacientes de serviços especializados, sendo importante a distinção entre pressão não controlada por não adesão ao tratamento e resistência ao controle da pressão arterial. Isso porque, na pressão não controlada, devido a não adesão ao tratamento, é um fator que está relacionado principalmente a conduta do paciente, bem como ao profissional de saúde e ao Estado. E diferente disso, está à resistência do organismo a determinados fármacos anti-hipertensivos. Os fatores de risco relacionados aos indivíduos com HAS, como

a idade, a hereditariedade, sexo e raça são considerados incontroláveis por ter a HAS forte componente familiar genético, afetando mais intensamente os homens. A situação se inverte quando as mulheres chegam à menopausa e/ou à terceira idade, período em que a doença apresenta maiores prevalências nesse grupo (LESSA, 2010).

Os fatores controláveis ligados ao estilo e qualidade de vida, bem como os hábitos, em geral, as pressões e os desgastes físico-psicológicos, o tabagismo, a alimentação inadequada sedentarismo, a elevação das triglicérides, do colesterol sérico, a obesidade e oDM,exercem também, grande influência no controle da doença (GOMESI et al., 2011).

Os aspectos psicossociais, em geral, estão relacionados às crenças sobre a doença, a modificação dos hábitos e costumes necessários à convivência de seus portadores no âmbito sócio familiar. Ressalta-se que outros aspectos também são decisivos nesse processo de mudança, como a oferta de serviços de saúde à população, a condição socioeconômica e as desigualdades sociais, que agem coletivamente na saúde da população. Estas requerem não apenas as mudanças na forma de viver, mas, no entendimento relativo ao processo saúde/doença. Considera-se que cada indivíduo, com base em experiências pessoais, manifesta concepções sobre este processo, as quais apresentam estreita relação com suas crenças e pensamentos (HOEPFNER; FRANCO, 2010).

O conhecimento das representações sociais da HAS construída a partir de experiências subjetivas de portadores da doença, de seu convívio familiar, de sua interação social e das barreiras vivenciadas frente ao tratamento, pode contribuir significativamente à compreensão da relação desses portadores consigo mesmos e com o mundo em que vivem (HOEPFNER; FRANCO, 2010).

A investigação das dificuldades relacionadas aos aspectos psicossociais vem incentivando outros pesquisadores a estudarem as dimensões do “adoecer” da HAS, por acreditarem que esse conhecimento possa trazer evidências em relação aos aspectos físicos, psicossociais e culturais no tocante às características da doença, às questões institucionais e às interações próprias com a equipe de saúde. Investigar a HAS para se conhecer a subjetividade da

doença, favorece a apreensão de pensamentos, sentimentos, percepções, representações, em face da vivência dos portadores e profissionais de saúde. Esses elementos se fazem presentes nas crenças, atitudes, valores e informações, segundo experiências subjetivas da comunicação entre estes sujeitos nos grupos aos quais pertencem (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

As pessoas com HAS fazem associação da percepção da doença como desenvolvimento de suas ações, principalmente as que dizem respeito ao trabalho. O “adoecer” para os indivíduos está relacionado a sintomas que comprometem seus afazeres, o meio de subsistência, e pode ser entendido quando o corpo já não responde às exigências do convívio familiar e social. Entende-se que ao se refletir sobre a subjetividade que envolve as condutas, as potencialidades, no caso, as dificuldades de portadores de HAS, surgem questionamentos de como se interferir beneficentemente, na evolução natural dos comportamentos dessas pessoas. Por isso, há necessidade de trabalhar para que eles e ganhem conhecimentos sobre as complicações que tem os portadores de hipertensão (BARBOSA; JORGE, 2000).

De acordo com Lopes et al.,(2013), algumas complicações podem ocorrer em virtude do descontrole da HAS. Em relação ao coração, pode haver hipertrofia do ventrículo esquerdo (espessamento anormal do músculo cardíaco, resultante de uma sobrecarga crônica causada pelo aumento da pressão arterial) é uma das primeiras anormalidades cardíacas decorrentes da HAS. Embora o seu diagnóstico possa ser feito pelo eletrocardiograma, o exame de ecocardiograma (que analisa as estruturas do coração por ondas de ultrassom) é mais preciso para essa finalidade. A presença de hipertrofia ventricular em pacientes hipertensos confere uma pior previsão, ou seja, um maior risco de outras complicações cardiovasculares, como o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e derrame cerebral. Outras complicações cardíacas da HAS são: angina do peito, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas e os distúrbios da condução elétrica do coração.

No cérebro, pode ter isquemia cerebral transitória, uma disfunção neurológica reversível, geralmente, durando poucos minutos. O acidente vascular cerebral ou derrame cerebral é uma disfunção neurológica mais duradoura, podendo

deixar sequelas graves. O derrame cerebral poderá ser causado por uma obstrução ou sangramento de uma artéria cerebral (acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, respectivamente). A demência vascular é a perda progressiva das funções mentais, como a memória e a concentração. Esta condição é fruto do comprometimento de pequenos vasos no cérebro, que são os derrames lacunares (LOPES et al., 2013).

Em relação aos rins, a HAS crônica leva a uma disfunção renal, inicialmente detectada através de pequenas perdas urinárias de proteínas. Com o passar do tempo, essa perda poderá tornar-se crescente (microalbuminúria, macroalbuminemia e proteinúria). Numa etapa posterior, poderá surgir uma falência dos rins (insuficiência renal crônica). A HAS e o DM são a principal causa de insuficiência renal crônica no Brasil (LOPES et al., 2013).

Sobre os vasos, ocorre a aterosclerose, que é a formação de placas de gordura ou ateromas na parede das artérias. As doenças da aorta (aterosclerose, aneurismas e dissecação aórtica aguda) estão diretamente relacionadas à hipertensão arterial crônica (LOPES et al., 2013).

Quanto aos olhos, a HAS acarreta um comprometimento da retina (retinopatia hipertensiva), podendo chegar à cegueira. Ainda na década de 2000, já ressaltava que os mais jovens seriam acometidos pela doença, configurando-se em um dos quadros mórbidos da chamada sociedade moderna. Nesse contexto, esses grupos contribuem para o aumento de portadores da doença e de mortes prematuras, sendo que a jovem brasileiro corre risco de morrer em decorrência das doenças cardiovasculares, estando esse risco situado entre os mais elevados do mundo (LOPES et al., 2013).

5.4 Estratégias de enfrentamento das complicações da HAS na Atenção Primária à Saúde.

Por ser uma doença multifatorial, a HAS exige atenções voltadas para vários objetivos e várias abordagens. Prevenir e tratar a HAS envolve fornecer ensinamentos sobre a doença, suas complicações, o que sugere modificações no estilo de vida e adequações ao tratamento medicamentoso (BELO HORIZONTE, 2011).

As equipes de saúde devem atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem do caso, na avaliação de risco cardiovascular, nas medidas preventivas e no atendimento às pessoas com HAS (BRASIL, 2011).

Deve-se estimular a criação de grupos de hipertensos, no sentido de facilitar a adesão ao tratamento proposto e quando possível integrar à equipe profissional, tais como psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais (BRASIL, 2011).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Realizar a construção de um plano de intervenção a partir do diagnóstico situacional, com a finalidade de solucionar um problema priorizado, que neste estudo foi ampliar a adesão ao tratamento e aos cuidados continuados aos hipertensos da unidade Exército da Saúde ESF de Divino. Para a construção do plano de intervenção, além do diagnóstico situacional, outros passos são, também, necessários, e serão apresentados a seguir.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

De acordo com dados do Ministério da Saúde

[...] a (HAS) é uma doença de alta prevalência e baixa taxa de controle, mundialmente é considerada um grave problema de saúde pública que resulta em grande percentual de mortes. No Brasil, está relacionada às elevadas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e doenças cerebrais (BRASIL, 2011, p.15).

Existe na Unidade deESF Exército da Saúde um registro de 1150 pessoas cadastradas como usuários dos serviços. Destes, 125 estão cadastrados como hipertensos, 81 têm um bom controle, 63 são idosos e 34 não possuem bom controle. Assim, o tema escolhido para ser abordado é ampliar a adesão ao tratamento e os cuidados continuados dos hipertensos, da comunidade adstrita, uma vez que há uma alta prevalência da doença. Além disso, conta também, com um número de pacientes que apresentam complicações e limitações decorrentes desta patologia.

Desta forma faz-se necessário conhecer e intervir neste problema de saúde pública que se apresenta de forma endêmica no local do estudo, buscando intervir nos fatores de risco os quais a população está exposta.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Existem várias causas inter-relacionadas a problemática, originando a alta incidência e prevalência de HAS em nossa área de abrangência, entre as quais podemos citar os hábitos e estilos de vida inadequados: É uma das principais

causas que propiciam o aparecimento e persistência da HAS, sobretudo aquela que tem relação com uma alimentação inadequada, nossa população consome muitos alimentos gordurosos, com muito sal e existe também alto consumo de carboidratos.

Além disso, é importante registrar a presença de fatores de risco, tais como a obesidade, tabagismo sedentarismo, alcoolismo, dislipidemias, que podem levar a descompensação da HAS. Todos eles problemas são identificados em nossa comunidade também, assim como a influência dos antecedentes familiares, herança genética, idade, sexo e as condições sociais, econômicas, culturais e ambientais.

Outro aspecto envolvido na explicação dos problemas é nível de conhecimento insuficiente sobre a doença e suas consequências. Muitas vezes, a nossa população não tem conhecimento suficiente sobre a HAS e as consequências que ela pode trazer, para sua saúde. Por isso tornam-se muito importantes projetos educativos para oferecer uma intervenção preventiva, em especial para a população mais vulnerável. Aliado a este fato, muitos de nossos pacientes hipertensos são idosos, analfabetos e moram sozinhos. Ficando difícil fazer o tratamento adequado.

6.3 Identificações nós críticos (quinto passo)

De acordo Campos; Faria; Santos (2010, p. 51),

O “nó crítico” é um tipo de causa que, ao ser combatido, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Traz também a ideia de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade do interventor.

Depois de fazer a explicação do problema foi necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas, que está dentro do nosso espaço de governabilidade e que são capazes de transformar o problema.

Problemas considerados como nós críticos por nossa equipe de trabalho de saúde forem:

- 1- Baixo nível de informação da população
- 2- Costumes, hábitos e estilos de vida da população inadequados.
- 3- Processos de trabalho inadequados da equipe de saúde
- 4- Políticas sociais e estruturas dos serviços básicos de saúde e educação.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

A partir dos “nós críticos” identificados, há o desenho das operações/ projetos para o plano de ação, o qual é composto de operações encaminhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes do problema selecionado.

As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

A seguir, nos quadros 1, 2, 3 e 4, respectivamente, são apresentadas as operações a serem realizadas para cada um dos “nós críticos”, relacionados ao problema priorizado.

Quadro 1 –Operações sobre o “nó crítico 1- Baixo nível de informação da população” relacionado ao problema “Baixa a adesão dos hipertensos ao tratamento e os cuidados continuados”,da área de abrangênciada equipe Exército da Saúde, município Divino, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação da população
Operação (operações)	Estabelecer práticas de identificação precoce do déficit de conhecimento na população
Projeto	Identificando a falta de conhecimento
Resultados esperados	Ampliar o conhecimento em 80% da população adscritaem relação à HAS e os riscos cardiovasculares. Implantar grupo de educação permanente em saúde com encontros semanais
Produtos esperados	Oficinas sobre educação em saúde para abordagem de fatores de risco, sinais e sintomas e tratamento da HAS. Campanha educativa na rádio local. Grupo de educação permanente implantado com reuniões semanais em funcionamento. Campanha educativa no rádio
Recursos necessários	Estrutural: Destinação de espaço adequado para reuniões, oficinas, palestras e atividades de educação continuada e constituir equipe de trabalho para educação em saúde. Cognitivo: Implantação de protocolos e métodos didáticos que facilitem a absorção do conhecimento e troca de experiências pelos usuários. Financeiro: recursos para confecção de materiais gráficos (banners, panfletos, folders etc.) e lanche. Político: Mobilização social através de mídias sociais, rádios e serviços de divulgação móvel.
Recursos críticos	Estrutural: Adesão de profissionais diversos (nutricionista, farmacêutico) para integração da equipe Cognitivo: Utilização de metodologia e linguagem adequada para confecção dos materiais gráficos a fim de proporcionar melhor compreensão Político: Adesão e custeio do gestor municipal em relação ao projeto Financeiro: Licitação dos materiais gráficos
Controle dos recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde, o mesmo se apresenta favorável ao projeto. Todavia, resistente ao custeio
Ações estratégicas	Conscientização de todos os atores envolvidos na promoção da saúde
Prazo	1 Constituição da equipe (1 mês)

	2 Elaboração do protocolo de métodos didáticos para absorção de conhecimento (2 meses) 3 Elaboração de cronograma de trabalho (1 mês)
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Constituição da equipe, (Enfermeiro da unidade) Elaboração do protocolo de métodos didáticos para absorção de conhecimento (Equipe de trabalho) Elaboração de cronograma de trabalho (equipe de trabalho)
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será realizado de forma contínua e mensurado através da frequência de participação dos usuários nas palestras e oficinas. A avaliação se dará a partir da ampliação do conhecimento, aumento da adesão ao tratamento e diminuição de complicações e internações por HAS

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2 - Costumes, hábitos e estilos de vida da população inadequados” relacionado ao problema “Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento e aos cuidados continuados”, da área de abrangência da Equipe Exército de Saúde, município de Divino, Minas Gerais

Nó crítico 2	Costumes, hábitos e estilos de vida da população inadequados
Operação (operações)	Estabelecer hábitos de vida saudáveis
Projeto	Mudar para saúde
Resultados esperados	Cadastrar 80% dos portadores de HAS da unidade em programas de mudança de hábitos de vida saudável Implantar grupos de caminhada, tabagismo e alimentação saudável
Produtos esperados	Grupos de caminhadas, tabagismo e alimentação saudável implantados. Grupos das atividades funcionando com periodicidade semanal
Recursos necessários	Estrutural: Aquisição de uniformes e materiais logísticos Cognitivo: Estimular quanto aos benefícios de práticas saudáveis Financeiro: Buscar recursos para confecção de uniformes e lanches. Político: Mobilização social através de mídias sociais, rádios e serviços de divulgação móvel.
Recursos críticos	Estrutural: Adesão de profissionais do NASF para integração da equipe Cognitivo: Promover meios alternativos para enfrentamento de hábitos não saudáveis Político: Adesão e custeio do gestor municipal em relação ao projeto Financeiro: Licitação dos uniformes
Controle dos recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde, o mesmo se apresenta favorável ao projeto. Todavia, resistente ao custeio

Ações estratégicas	Conscientização de todos os atores envolvidos na promoção da saúde
Prazo	1 Mobilização do grupo (1 mês) 2 Constituições da equipe de trabalho (1 mês) 3 Elaboração de cronograma de trabalho (1 mês)
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Mobilização do grupo (1 mês) Constituição da equipe, (Enfermeiro da unidade) Elaboração de cronograma de trabalho (equipe de trabalho)
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será realizado de forma contínua e mensurado através da frequência de participação dos usuários no programa. A avaliação se dará a partir da ampliação do número de participantes, aumento da adesão a hábitos saudáveis e perda de peso

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3- Processo de trabalho inadequado da equipe de saúde” relacionado ao problema “Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento e aos cuidados continuados”, da área de abrangência da Equipe Exército da Saúde, município de Divino, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Processo de trabalho inadequado da equipe de saúde
Operação (operações)	Fortalecer as ações de educação em saúde dos profissionais da equipe.
Projeto	Qualificar para atender bem
Resultados esperados	Cadastrar 100% dos profissionais da unidade em programa de educação permanente em saúde Qualificar profissionais para programa de replicação de informações em saúde
Produtos esperados	Cadastrar os profissionais da unidade em programa de educação permanente em saúde. Estabelecer cronograma de temas de estudo, em saúde especialmente em HAS com periodicidade mensal. Protocolode HAS implantado. Gestão da linha de cuidado em HAS
Recursos necessários	Estrutural: Aquisição de materiais didáticos para educação em saúde Cognitivo: Estimular quanto à importância da educação permanente em saúde Financeiro: Buscar recurso para confecção de uniformes e lanche. Político: Aquisição de programa de educação permanente por escola especializada.
Recursos críticos	Estrutural: Adesão de profissionais do NASF (Nutricionista, Educador Físicoetc.) para integração da equipe Cognitivo: Obter tempo disponível para estudo em saúde Político: Custeio do programa pelo gestor municipal, em relação ao projeto. Financeiro: Licitação e compra do programa
Controle dos	Secretário Municipal de Saúde, o mesmo se apresenta

recursos críticos	favorável ao projeto. Todavia, resistente ao custeio
Ações estratégicas	Conscientização de todos os atores envolvidos na promoção da saúde
Prazo	1 Elaboração do programa (1 mês) 2 Aquisição do programa (1 mês)
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Elaboração do programa (equipe de trabalho) Aquisição do programa (secretário municipal de saúde)
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será realizado de forma contínua e mensurado através da capacidade do profissional atuar no programa de HAS na comunidade. A avaliação se dará a partir da ampliação do número de participantes nos grupos, aumento da adesão a hábitos saudáveis e perda de peso

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 4 - Políticas sociais e estruturas dos serviços básicos de saúde e educação” relacionado ao problema “Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento e aos cuidados continuados”, na população Equipe de Saúde da Família Exército de Saúde, município de Divino-MG

Nó crítico 4	Políticas sociais e estruturas dos serviços básicos de saúde e educação
Operação	Melhorar a estrutura dos serviços básicos de saúde e a sua inter-relação com os níveis de atenção secundária para garantir atenção integral dos hipertensos e portadores de risco cardiovascular.
Projeto	Viver Melhor
Resultados esperados	Desenvolver o acompanhamento integral de 90% dos hipertensos e pessoas com riscos cardiovasculares atendidos. Garantir-lhes os medicamentos e exames previstos segundo os protocolos de trabalho
Produtos esperados	Sistema de referência e contra referência efetivo. Contratação de exames especializados para garantir uma atenção integral aos hipertensos e pessoas com risco cardiovascular aumentado. Compra de medicamentos.
Recursos necessários	Estrutural: Adequação dos fluxos de atendimento e melhorar a referência e contra referência Cognitivo: Elaboração de projetos e programas assim como sua adequação na situação atual de saúde. Políticos: Vontade política. Decisão e disponibilidade de recursos para estruturar os serviços de saúde com uma maior participação social Financeiro: Maior oferta de serviços de saúde e exames
Recursos críticos	Estrutural: assegurar a consulta especializada e garantir contra referência das mesmas Cognitivo: Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde Político: Custeio pelo gestor municipal

	Financeiro: Contratação dos profissionais especializados e médicos na ESF suficientes. Recurso para compra dos medicamentos para conseguir 80% de cobertura.
Controle dos recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Mobilizar os especialistas para fazer as contra referências por escrito. Capacitação sistemática dos profissionais de saúde Contratação no município de profissionais especializados e médicos da ESF suficientes para conseguir o acompanhamento aos 75% da população em questão.
Prazo	Início em três meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Secretário Municipal em Saúde Diretora de Atenção Básica Equipe da unidade da família
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será realizado de forma contínua e mensurado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS apresenta elevado índice de prevalência e de mortalidade a nível mundial. Seu diagnóstico pode se tornar um problema tendo em vista que muitas vezes é assintomático, em alguns pacientes. Além disso, tem uma origem multifatorial, e na sua maioria está relacionado aos hábitos e estilo de vida das pessoas. Dessa forma, as ações preventivas têm um papel fundamental para alcançar o controle da mesma.

A realização deste estudo permitiu conhecer como fazer a construção do plano de ação, que é uma etapa fundamental no processo de planejamento em saúde. Além disso, demanda também um trabalho em equipe, uma vez que o enfrentamento de problemas deve ser mais sistematizado, menos improvisado, para se tiver mais chances de sucesso.

Se quisermos produzir alterações nas condições de saúde da população, com ênfase no fortalecimento do vínculo com os pacientes hipertensos, instituir o processo de conscientização e incentivo a alimentação saudável, atividade física diária, é necessário planejar, pois somente assim teremos condições de envolver nossos pacientes para que assumam o papel de protagonista em seu processo saúde-doença.

O plano de ação proposto é plenamente exequível, por se tratar de uma proposta relativamente simples, de baixo custo, mas que pode ter um impacto positivo na qualidade de vida das populações envolvidas. É importante registrar também que, dependem principalmente de organização, capacitação e determinação dos autores envolvidos. Assim, as estratégias a serem realizadas têm que considerar estes aspectos, onde será preciso investimento nas relações interpessoais, visando em especial o empoderamento dos usuários.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Maria Rosimar de Jesus; JORGE, Maria Salete Bessa. Vivenciando a hipertensão arterial: construção de significados e suas implicações para a vida cotidiana. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 4, p. 574-583, 2000.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Hipertensão Arterial/ risco cardiovascular**. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acesso em: 10jun. 2018.

BEZERRA, Amanda Silva de Macêdo; LOPES, Juliana de Lima; BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 550, 2014.

BORELLI, Flavio Antônio de Oliveira et al. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. **Rev. BrasHipertens.**, v. 15, n. 4, p. 236-239, 2008.

BORTOLOTTI, Luiz Aparecido. Hipertensão arterial sistêmica secundária. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44-51, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. NÃO FOI CITADO NO TEXTO

BRIASOULIS, Alexandros; AGARWAL, Vikram; MESSERLI, Franz. Alcohol consumption and the risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 14, n. 11, p. 792-798, 2012.

CALIXTO, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira. **Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COSTA, Juliana Martins Barbosa da Silva; SILVA, Maria Rejane Ferreira da; CARVALHO, Eduardo Freese de. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 623-633, 2011.

DIVINO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Município**. 2016.

Disponível em: <www.divino.mg.gov.br/conteudo/subcategoria/3>. Acesso em: 10 maio 2017.

MANSUR, Antônio de Pádua; FAVARATO, Desidério. Mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres e homens nas cinco regiões do Brasil, 1980-2012. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 2, p. 137-146, 2016.

GOMES, Marília de Brito et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil: estudo multicêntrico nacional. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**, v. 50, n. 1, p. 111-222, 2011.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa; NEMES, Maria Inês Battistella; ELUF-NETO, José. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 614-626, 2010.

HOEPFNER, Clóvis; FRANCO, Selma Cristina. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 2, p. 223-9, 2010.

HOLT, Elizabeth Winter et al. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. **Age and ageing**, v. 39, n. 4, p. 481-487, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Área territorial oficial. Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R. PR-5/02), 2012b. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/historico.shtm>>. Acesso em: 05 maio 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais, 2012 a. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_dtb_int.shtm> Acesso em: 10 maio 2017.

LESSA, Inês. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil; tendência temporal Systemic arterial hypertension in Brazil; temporal trends. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1470-1470, 2010.

LOPES, Thatiane Oliveira et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2013.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial e arquivo brasileiro cardiologia. **Conceituação, epidemiologia e prevenção primária**, v. 107, n. 3, p. 1-83, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, Vigitel 2014. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 238-255, 2015.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. **Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza-Ceará**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2003.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti de; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 377-385, 2006.

PICON, Rafael da Veiga Chaves; et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **American Journal of Hypertension**, v. 26, n. 4, p. 541-548, 2013.

SARAIVA, Klívia Regina de Oliveira; et al. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2011.

SISAB. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Secretaria Municipal de Divino, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, supl.1, p.51, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WorldHealthOrganization, 2011.