

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

ANTULIO HOYOS RIVERA

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA A DIMINUIÇÃO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PSF TOPÁZIO, TEÓFILO OTONI, MG**

Teófilo Otoni - Minas Gerais
2015

ANTULIO HOYOS RIVERA

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA A DIMINUIÇÃO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PSF TOPÁZIO, TEÓFILO OTONI, MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Natalia Madureira Ferreira

Teófilo Otoni - Minas Gerais

2015

ANTULIO HOYOS RIVERA

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA A DIMINUIÇÃO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PSF TOPÁZIO, TEÓFILO OTONI, MG**

Banca examinadora

Examinador 1-Profª. Natalia Madureira Ferreira - Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Examinador 2 – Profª. Dra. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a:

Minha Mãe: Por ter inculcido o desejo de conhecer.

Meu Pai: Por sua tenacidade, que me ensinou que não existem caminhos na vida cheio de problemas, e sim soluções possíveis para fazer um futuro melhor.

A Meus filhos : Que fazem de mim um pai melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a:

Minha equipe de trabalho do PSF Topázio que me acompanhou durante toda a realização do estudo e que sem eles nada seria possível.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente o coordenador de Assistência Básica Lucas Tavares e ao secretário de saúde Fernando Barbosa por sua total confiança em nosso trabalho.

A todos aqueles que de uma forma ou outra contribuíram na culminação deste projeto.

EPÍGRAFE

“Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem o dinheiro para recuperara saúde.

E por pensarem ansiosamente no futuro esquecem do presente de forma que acabam por não viver nem no presente nem no futuro. E vivem como se nunca fossem morrer... e morrem como se nunca tivessem vivido”.

Dalai Lama

RESUMO

A hipertensão arterial é umas das principais doenças cardiovasculares na população mundial e no Brasil o que provoca um número importante de óbitos anualmente. Realizou-se a análise da situação de saúde na área no Programa de Saúde da Família Topázio do Município Teófilo Otoni utilizando o método de estimativa rápida, a partir dos registros existentes, das fontes secundárias e da observação ativa da área, e foi determinada que a hipertensão arterial causa uma porcentagem elevada de consultas de demanda espontânea, de visitas domiciliares e de encaminhamentos aos serviços de urgência, tanto de hospitais como da unidade de pronto atendimento. Por este motivo desenhou-se uma estratégia educativa para caracterizar os usuários hipertensos, identificar as dificuldades em relação à hipertensão arterial e as medidas não farmacológicas para controle da mesma. A estratégia foi baseada no planejamento estratégico situacional, e dividido em 10 passos, o que favoreceu a identificação do problema e uma maneira sistematizada de enfrentá-lo. Se pretende após, a implementação do projeto de intervenção modificar alguns dos comportamentos e costumes da população com melhora dos fatores de riscos modificáveis da doença, diminuindo assim, sua prevalência, complicações, e incapacidades na população e os gastos financeiros no município para o tratamento da mesma.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial, Estratégia, Planejamento estratégico situacional, fatores de risco, Promoção de saúde.

ABSTRACT

Hypertension is one of the major cardiovascular diseases worldwide, and Brazil which causes a significant number of deaths annually. There was the analysis of the health situation in the area in the Health Family Program Topaz the city Teófilo Otoni using the method of rapid assessment, from existing records, secondary sources and active viewing area and it was determined that high blood pressure causes a percentage high of spontaneous demand consultations, home visits and referrals to emergency services, both in hospitals and emergency care unit. For this reason it drew up an educational strategy to characterize the hypertensive patients, identify the difficulties in relation to hypertension and non-pharmacological measures to control it. The strategy was based on situational strategic planning and divided into 10 steps, which favored the identification of the problem and a systematic way to address it. If they want after implementation of the intervention project to change some of the behaviors and habits of the population with improvement in modifiable risk factors of the disease by decreasing its prevalence, complications, and disability in the population and the financial expenses in the city to treat it.

Key words: Hypertension, Strategy, situational strategic planning, risk factors Health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP: Atenção Primária

DCV: Doenças cardiovascular

ECG: Electrocardiograma

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IMC: Índice de Massa Corporal

NASF: Núcleo de Assistência a Saúde da Família

PA : Pressão Arterial

PACS :Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PES: Planejamento Estratégico Situacional

PIB: Produto Interno Bruto

SIAB: Sistema de informação de Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

TFD: Tratamento Fora de Domicílio

LISTA DE QUADROS

Título	Pág.
Quadro 1- Classificação da hipertensão arterial.....	17
Quadro 2- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Topázio 2015.....	24
Quadro 3 - Descritores do problema da Hipertensão Arterial. Equipe PSF Topázio 2015.....	25
Quadro 4 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da hipertensão arterial. Equipe PSF Topázio 2015.....	26
Quadro 5- Recursos necessários para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento do problema priorizado no PSF Topázio.....	27
Quadro 6 - Proposta de ações para motivar os atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários a execução do projeto de intervenção para o enfrentamento da HAS no PSF Topázio.....	28
Quadro 7 - Plano Operativo para o enfrentamento da hipertensão arterial no PSF Topázio.....	29
Quadro 8 - Situação atual de gestão do Plano operativo para enfrentamento da hipertensão arterial no PSF Topázio.....	30

SUMÁRIO

I. Introdução.....	01
II. Justificativa.....	07
III. Objetivos.....	09
IV. Metodologia.....	10
V. Revisão Bibliográfica.....	14
VI. Proposta de Intervenção.....	23
VII. Considerações Finais.....	32
Referências.....	33
Anexos.....	35

I. Introdução

1.1 Identificação do território

O município de Teófilo Otoni encontra-se situado ao nordeste da capital mineira, a uma distância de 450 quilômetros, no Vale do Mucuri e é considerado centro macro-regional. O Município é composto por cinco distritos: Pedro Versiani, Crispim, Jaques, Rio Pretinho, Mucuri e Topázio. Limita-se ao norte com Novo Oriente de Minas e Itaipé, ao sul com Ouro Verde de Minas, Ataléia, Frei Gaspar e Itambacuri, a leste com Pavão e Carlos Chagas e a Oeste com Poté e Ladainha (MINAS, 2012).

A região começou a ser desbravada no decorrer do século XVI, em expedições que visavam a encontrar ouro e diamante na região, porém somente em 1853 é que chega ao lugar a chamada "Companhia de Comércio e Navegação do Mucuri", que tinha objetivo de povoar o Vale do Mucuri, era comandada por Theophilo Benedicto Ottoni. Tendo recebido uma considerável quantidade de imigrantes, principalmente alemães, com o passar do tempo o município descobriu sua vocação econômica para a exploração de pedras preciosas, sendo considerada hoje a "Capital Mundial das Pedras Preciosas".

Além de se destacar no setor de exploração mineral, Teófilo Otoni também possui alguns atrativos turísticos de valor cultural ou histórico.

A origem do nome é dado em homenagem ao fundador Theophilo Benedicto Ottoni, a data de fundação foi o dia sete de novembro de mil oitocentos oitenta e oito e teve sua emancipação política o criação do município o coativo de novembro de mil oitocentos oitenta, com um área geográfica de 3.242,27 Km².

A cidade de Teófilo Otoni já foi considerada a quarta cidade mais desenvolvida de Minas Gerais, tendo todo o Vale do Mucuri até na década de 60, grandes extensões de Mata Atlântica, clima agradável com períodos de chuvas regulares, sendo que 80% de toda a sua população residia no campo.

Na década de 1970, época marcada pelo milagre brasileiro, onde a política econômica passa a apoiar o desenvolvimento industrial e de novas tecnologias em detrimento do setor agrário, com um aumento considerável da concentração de

renda e de bens de capital, o antigo agregado se desloca para as cidades para formar o exército industrial de reserva. Podemos ver em dados do IBGE, ano 2000, que a população rural a partir de 70 vai diminuindo, enquanto a urbana aumenta e um decréscimo também da população do município (MINAS, 2012).

Segundo dados do Censo do IBGE de 2010, a população do município é de 134.745 habitantes, sendo 81,7% na zona urbana e 18,3% na zona rural. A taxa de crescimento anual foi de 0,8%, com base nos anos de 2006 a 2009 (IBGE, 2010).

A rede de atenção à saúde de Teófilo Otoni, no período de coleta de dados, encontrava-se constituída pelos seguintes serviços, distribuídos segundo os três níveis de atenção do SUS:

- 1- **Atenção Básica** (Unidades Básicas de Saúde com e sem PSF, Policlínica Municipal, Farmácia Distrital, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica).
- 2- **Atenção Secundária** (Laboratório Municipal, Centro de Especialidades Médicas).
- 3- **Atenção Terciária** (Hospital Municipal, Hospitais particulares conveniados ao SUS).

Teófilo Otoni tem ainda áreas sem PSF, os serviços atuam com base em um modelo de transição entre o Tradicional e o PSF chamado PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Além disso tem tratamento fora de domicílio (TFD), alguns pacientes são tratados em Belo Horizonte pela dificuldade da doença. O município presta atendimento a pacientes que são encaminhados de outros menores que não tem a capacidade resolutiva para algumas doenças.

Em Teófilo Otoni a Atenção Primária (AP) demonstra alguns avanços significativos com a ampliação da cobertura populacional das equipes de PSF, que passam de 13,44% em 2005 para 29,05% em 2012 com 26 PSF e 6 PACS. Atualmente tem 31 PSF em funcionamento. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017).

Para apoiar e ampliar a atuação das ESF's junto as comunidades e realizar uma melhoria da qualidade do atendimento ao usuário, o município desenvolve atualmente um trabalho interdisciplinar de prevenção e promoção a saúde

prioritariamente em grupos, através do NASF (Núcleo de Assistência a Saúde da Família) que é formada por nutricionista, educador físico, farmacêutico e dois fisioterapeutas e assistente social, desenvolvendo ações como: formação de cuidadores de pessoas doentes e acamadas; alimentação de portadores de doenças crônicas, desnutridos, gestantes e orientação nutricional para a população sadia; grupos de ginásticas e formação de instrutores de Lian Gong; e fisioterapia em portadores de acidente vascular cerebral com seqüelas e gestantes. Ainda há necessidade de expandir essas ações para toda a rede de atenção primária.

Ao final de 2013 se concluiu a instalação do sistema de informações com a mudança do SIAB para o ESUS em todas as unidades urbanas de nível primário e secundário para conectá-las em rede.

A economia do município foi até o momento baseada na pecuária e com vocação para o comércio de gemas (atualmente em crise) e varejista, polarizando 35 municípios dos três Vales: Mucuri, São Mateus e Jequitinhonha. Teófilo Otoni absorve grandes problemas sociais com o crescimento desordenado de sua periferia que sobrevive em condições precárias de saneamento, habitação, saúde, educação e lazer. Tem hoje 44 favelas em volta do centro da cidade, considerando-se como critério de favela, a ausência de infra-estrutura básica completa.

A condição de cidade pólo macrorregional é determinada pela comercialização e prestação de serviços em diferentes setores: recursos farmacêuticos; assistência hospitalar; educacional; confecções; tecidos; máquinas; veículos; bovinocultura de corte e leite; dentre outros.

A estrutura industrial de Teófilo Otoni vem confirmar seu acentuado relacionamento com o setor pecuário, um dos principais pilares da base econômica do município e da região.

No município a agricultura ainda é pouco desenvolvida. A sua produção é consumida na cidade e região. É significativa a produção e comercialização de flores, de frutas cítricas e mel, sendo que os dois últimos atualmente também são exportados. Observa-se a implantação da piscicultura e caprinocultura. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Teófilo Otoni é 0,701, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Entre 2000 e 2010, o indicador que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,167), seguida por Longevidade e Renda.

O produto interno bruto(PIB) de Teófilo Otoni é um dos maiores de sua microrregião, destacando-se na área de prestação de serviços com um PIB de R\$1.281.417mil. Aproximadamente 113.053 mil eram de impostos sobre produtos líquidos de subsídios a preços correntes. O PIB per capita é de R\$9 510,79.

No ano de 2010 a cidade tinha 40.431 domicílios particulares permanentes. Desse total, 37.651 eram casas, 190 eram casas de vila ou condomínios, 2.463 eram apartamentos, 126 eram habitações em cortiços e um era oca ou maloca. Do total de domicílios, 28.688 são imóveis próprios (27 950 próprios já quitados e 738 em aquisição); 7.782 foram alugados; 3.835 foram cedidos (1 314 cedidos por empregador e 2 521 cedidos de outra forma) e 126 foram ocupados de outra maneira. Parte dessas residências contava com água tratada, energia elétrica, esgoto, limpeza urbana, telefonia fixa e telefonia celular. 33.852 domicílios eram atendidos pela rede geral de abastecimento de água(83,72% do total); 38.462 (95,12%) possuíam banheiros para uso exclusivo das residências; 33.975 (84,03% deles) eram atendidos por algum tipo de serviço de coleta de lixo (seja pela prefeitura ou não); e 39.978 (98,87%) possuíam abastecimento de energia elétrica. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017).

Topázio é um distrito do município brasileiro de Teófilo Otoni, no interior do estado de Minas Gerais. Foi criado pelo decreto-lei estadual nº 148, de 17 de dezembro de 1938, então com o nome de Jardinópolis. Pelo decreto-lei estadual nº 1058, de 31 de dezembro de 1943, passa a ter sua denominação atual.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 4.524 habitantes, sendo 2.278 homens e 2.246 mulheres, possuindo um total de 1.685 domicílios particulares, sua população vem crescendo, e está estimada em 5.500 habitantes na atualidade, divididos em 15

micro áreas, todas elas rurais, além disso, conta com áreas indígenas e alguns quilombos.

A maioria da população do distrito é trabalhadora, principalmente nas fazendas e em pequenas propriedades, sua atividade é principalmente agrícola e pecuária, muita gente pratica a agricultura de subsistência, outras pessoas trabalham em pequenos comércios locais e outros em Teófilo Otoni; não há estudos de taxas de emprego no distrito. Com nível cultural baixo, e religião Cristã, a comunidade gosta de música e tem bom comportamento social, com baixos índices de criminalidade. Os costumes locais obedecem aos de comunidades mineiras rurais. Tem pouco consumo de drogas e álcool, que não ocasionam muita demanda de atendimento em consulta.

A principal doença é a hipertensão arterial; come-se muito salgado, lingüiça, fígado, carne de sol, além de fazer pouca atividade física.

O distrito tem, em algumas microáreas, cemitérios. A principal causa da morte são as doenças crônicas não transmissíveis, como as complicações da hipertensão arterial, diabetes mellitus e câncer.

Topázio tem luz elétrica em toda sua totalidade, água potável na maioria das moradias, não tem clínicas médicas e hospitais, tem várias escolas, uma creche, um posto dos Correios, não tem banco e só tem telefonia fixa e pública em alguns lugares. Além disso, tem várias igrejas dentro do distrito, evangélicas e católicas. A maioria da população mora em condições adequadas, além de alguma população isolada encontra-se em situação de risco por contaminação do solo e água, constatando-se devido a grande demanda por vermífugos. Essa população consome água de poços ou nascentes, utilizando por vezes como forma de tratamento, apenas a sua filtragem. Prevalecendo o sistema de fossas quase sempre rudimentares ou esgoto a céu aberto.

O PSF Topázio presta atendimento a 4.524 pessoas, em um total de 1.406 famílias. Está situado no centro da comunidade, com acesso adequado para algumas comunidades que ficam mais próximas. A estrada principal é asfaltada, porém, as demais são de terra, o que dificulta a entrada e saída das microáreas em períodos de chuva intensa. Outras micro áreas ficam muito longe do posto, e para assegurar

o atendimento em todas elas, a equipe de saúde tem um ponto de apoio em cada uma, assegurando o acesso da população em sua totalidade, inclusive com visitas domiciliares.

A equipe de saúde do Topázio tem: um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, dois auxiliares administrativos, uma auxiliar de serviços gerais, um motorista, um médico, e 15 agentes de saúde, cada um com uma micro área (Topázio I,IIeIII, Mangueira/Feixes, Cristal/Zabelê, Fumaça/Limeira, Baixão/Berílio, Córrego Dantas I e II, Corgão, São João/Cutuvelo/Cor Prata, Areia Vermelha, Maravilha, Ariranha e Cipó I e II, São Julião).

Os integrantes da equipe têm boas condições econômicas e sociais, todos têm no mínimo, o nível de estudos médio e superior.

O posto de saúde encontra-se no nível primário de atenção e é a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde. Tem vinculação com o nível secundário e terciário, através dos encaminhamentos que se faz dos pacientes. O PSF tem planejamento da demanda definido pelas necessidades de saúde de sua população, integrado com estratificação de riscos e voltado para os determinantes sociais da saúde. Mais de 92% da população está cadastrada no SUS.

Sendo a hipertensão arterial sistêmica é a doença mais freqüente foi necessária a realização deste projeto que tem como diretriz teórica o curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, que facilitou o conhecimento do Sistema Único de Saúde e a metodologia investigativa e de trabalho para o desenvolvimento desta estratégia.

II.JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica devido ao fato de que a hipertensão arterial é a doença crônica que causa a morte a 7,6 milhões de pessoas no ano em todo o mundo, sendo que 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos de idade (MALACHIAS, MARCUS, 2010).

No Brasil, a hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30 %. Considerado -se os valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3 % e 43,9% ,com mais de 50 % entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos.

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante a outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. (DIRETRIZES BRASILEIRAS ,2010).

No PSF Topázio a HAS causa uma porcentagem elevada de consultas de demanda espontânea (26,4% das consultas/mês), de visitas domiciliares e de encaminhamentos aos serviços de urgência, tanto de hospitais como da unidade de pronto atendimento, além de gerar um custo elevado para os estudos da doença e de suas complicações.

Sendo uma doença conseqüente de múltiplos fatores, alguns deles não modificáveis, apresenta também fatores perfeitamente modificáveis que o trabalho da equipe pode transformar de maneira considerável e melhorar assim, o mapa epidemiológico da doença e suas complicações no território. Além disso, a estratégia aplicada pode servir de guia em outras áreas com características similares.

A análise situacional feita adequadamente pela equipe de saúde dando ênfase aos problemas levantados considerou que no distrito de Topázio tem as condições necessárias, os recursos humanos e financeiros, para desenvolver uma estratégia educativa encaminhada a melhorar os conhecimentos sobre a doença e desde jeito

contribuir a os câmbios de comportamentos e costumes da população com melhora dos fatores de riscos modificáveis da HAS para diminuir sua prevalência e complicações, diminuindo assim as mortes e incapacidades na população e os gastos financeiros no município para o tratamento da mesma.

III.OBJETIVOS

Geral:

Elaborar uma estratégia educativa a respeito da Hipertensão Arterial para os usuários do PSF Topázio

Específicos:

Caracterizar os usuários hipertensos do PSF Topázio, no município de Teófilo Otoni em Minas Gerais.

Identificar a dificuldades dos usuários hipertensos do PSF Topázio em relação à Hipertensão Arterial e às medidas não farmacológicas para controle da mesma.

Elaborar uma estratégia educativa acerca de hipertensão arterial para os usuários hipertensos do PSF Topázio.

|

IV.METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção que contará com as seguintes etapas para o seu desenvolvimento:

Em um primeiro momento realizou-se a análise da situação de saúde na área para determinar os principais problemas e suas prioridades. Foi utilizado o método de estimativa rápida, a partir dos registros existentes, das fontes secundárias e da observação ativa da área, para coleta de dados. Para elaboração do Plano de Ação, o método escolhido foi o Planejamento Estratégico Situacional - PES (MATUS,1993), que resultou nos seguintes passos:

- ↳ Definição dos problemas (identificação dos problemas mais prevalentes na área);
- ↳ Priorização dos problemas (avaliação da importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, enumeração dos problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- ↳ Descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- ↳ Explicação do problema (causas do problema e a relação entre elas, e consequências do problema).
- ↳ Seleção dos “nós críticos” (seleção das causas mais importantes do problema priorizado)

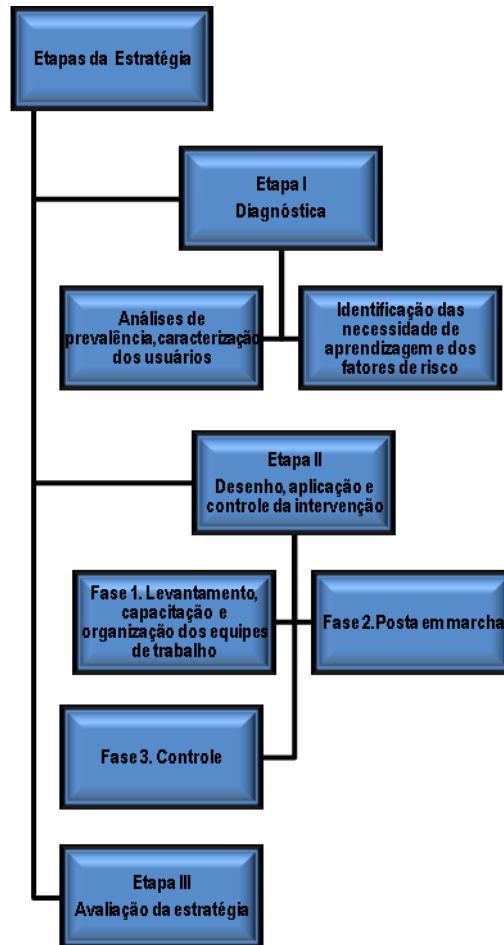
Para traçar o perfil epidemiológico dos usuários serão criado os círculos de hipertensão arterial em cada uma das micro áreas, onde se explicará o problema de saúde, suas possíveis causas e consequências assim como a necessidade de realização da estratégia com baseamento no análises situacional para sensibilizará população com a situação e a importância de modificar costumes e comportamentos. Foram realizadas entrevistas com perguntas sobre a doença para motivar as conversas ou possíveis dúvidas e a partir do levantado sugerir ações de educação para a saúde com o objetivo de aumentar os conhecimentos sobre a hipertensão arterial. A caracterização dos usuários terá como baseamento os prontuários de atendimento.

Na segunda etapa se realizará o desenho e aplicação da estratégia educativa com o propósito de diminuir o problema de saúde. Nessa etapa serão elaborados os seguintes passos:

- ↳ Desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- ↳ Identificação dos recursos críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- ↳ Análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- ↳ Elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- ↳ Desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Na terceira etapa serão avaliados os conhecimentos adquiridos e mudanças de comportamentos possíveis sobre a hipertensão arterial em cada um dos círculos para comprovar a efetividade da estratégia mediante conversas e perguntas sobre o tema. (Figura 1)

Figura 1 - Gráfico que amostra as etapas da estratégia



Fonte: Hoyos Rivera A.2015

A estratégia terá lugar no período compreendido entre os anos de 2015 e 2016.

Processamento e apresentação da informação

Será realizada uma busca na literatura referente a hipertensão arterial, utilizando os diferentes sites de busca através da internet e em livros autorizados de saúde. Serão utilizadas algumas das bases de registro de bibliografias eletrônicas: Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS), SciELO – Scientif Electronic Library Online, Clinical Evidence, EBM Online – Evidence Based Medicine, MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.

Serão utilizados os seguintes descritores nos sites de busca descritos acima: hipertensão arterial, guias do tratamento, estratégias educativas, planejamento local

comunitário, intervenção. Será considerado critério para inclusão, artigos publicados entre os períodos de janeiro de 2010 a dezembro de 2015.

A realização do projeto foi aprovado pelo secretário de saúde do município (Anexo 1).

|

V. Revisão Bibliográfica

Hipertensão Arterial. Conceito

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, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (WILLIAMS, 2010) É considerada, ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, representando um grande desafio para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem umas das primeiras causas de morte no Brasil.

A HAS é definida quando os valores pressóricos para pressão arterial sistólica acima de 140mmHg e diastólica acima de 90mmHg. A pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130-139mmHg e diastólicos entre 85-89mmHg, enquanto que a pressão arterial normal sistólica < 130mmHg e diastólica < 85mmHg. Já para a pressão arterial classificada como ótima, a pressão arterial sistólica deve estar < 120mmHg e diastólica < 80mmHg. (PIERNIN, 2010).

Prevalência

A hipertensão arterial está presente em toda população mundial, exceto para um pequeno número de indivíduos que moram em sociedades primitivas, culturalmente isoladas. Nas sociedades industrializadas, a pressão arterial aumenta constantemente durante as primeiras duas décadas. Já em crianças e adolescentes, a hipertensão arterial está associada ao crescimento e maturação (FAUCI, et al., 2008).

A cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido a hipertensão arterial, sendo que 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos de idade (MALACHIAS, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas da saúde pública. A mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) aumenta progressivamente com elevação da PA a partir de 115/75mmHg 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.(WILLIAMS,2010). A HAS é o maior contribuidor para as doenças no mundo a mortalidade global segundo the Institute for Health Metrics and Evaluation no 2010 foi de 9.4 milhões (THE LANCET,2014).

Comportamento no Brasil

No Brasil, a hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30 %. Considerando -se os valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3 % e 43,9% ,com mais de 50 % entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos.

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante a outros países. Uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (DIRETRIZES BRASILEIRAS, 2010).

No Brasil a HAS é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incluindo o AVC e o infarto do miocárdio, que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país (MALACHIAS, 2010).

Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório, as DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados, como por exemplo, no 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS resultando um custo de R\$165.461.644,33 (DATASUS). A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007 (FAUCI, et al., 2008).

Fatores de risco

A HAS é uma condição clínica decorrente de fatores genéticos, em geral associados a alterações de estilo de vida e a fatores socioeconômicos.

Genéticos

A contribuição de fatores genéticos para a gênese de HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de desenvolver HAS.

Idade

A prevalência da HAS aumenta linearmente com o envelhecimento, atingido percentual superior a 60 % em indivíduos acima de 60 anos.

Gênero e etnia

Indivíduos masculinos apresentam maior prevalência de HAS que as mulheres até os 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, as mulheres apresentam significativo incremento na prevalência de HAS, em relação à cor, a doença é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca, especialmente nas mulheres.

Sobrepeso e obesidade

O excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Nos Estados Unidos da América (EUA), a obesidade contribui em até 75 % para os casos de HAS.

Segundo a OMS os indivíduos que têm índice de massa corporal (IMC) entre 20 e 24,9 são normais em quanto ao peso corporal, aqueles com IMC entre 25 e 29,9 são sobrepeso e como obesos estágios 1, 2 e 3 aqueles com IMC respectivamente iguais a 30-34,9, 35-39,9 e igual ou superior a 40 (BERTIMRL, et al, 2011).

A ingestão excessiva de sal e de álcool, o sedentarismo, e fatores sócio econômicos como a baixa escolaridade são outros dos fatores de risco para a doença hipertensiva. (DIRETRIZES BRASILEIRAS, 2010).

Rastreamento, diagnóstico e classificação

Rastreamento

Para o rastreamento da HAS na população adulta, recomenda-se a medida anual da PA.

O diagnóstico em adulto se faz pela detecção de níveis elevados e sustentados da pressão arterial por medidas casuais. A medida de pressão arterial deve ser realizada em toda avaliação por médicos e demais profissionais de saúde. O diagnóstico de HAS é baseado na média de duas ou mais medidas aferidas em duas ou mais visitas ao consultório.

O diagnóstico em idosos deve fazer a verificação da pressão arterial na posição sentada, deitada e em pé, evitando os câmbios posturais próprios da idade (DIRETRIZES BRASILERAS, 2010).

Classificação

Para a classificação da HAS, serão adotados os critérios propostos pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

Quaro 1- Classificação da hipertensão arterial

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: VI Dir Bras HAS, 2010

Avaliação clínica e laboratorial

Os principais objetivos da avaliação clínica e laboratorial são: confirmar o diagnóstico de HAS por medida da PA, identificar os fatores de risco das doenças cardiovasculares, pesquisar lesões nos órgãos alvo, clínicas ou subclínicas, pesquisar outras doenças associadas, estratificar o risco cardiovascular global e avaliar os indícios do diagnóstico de hipertensão arterial secundária.

Para atingir os objetivos é fundamental considerar os aspectos apresentados a seguir, levando-se em conta que o tempo necessário para avaliação inicial de um paciente com suspeita de hipertensão arterial é de pelo menos 30 minutos (DIRETRIZES BRASILEIRAS, 2010).

Avaliação clínica

Deve-se obter uma história clínica completa, com atenção especial aos dados relevantes referentes ao tempo e tratamento prévio de hipertensão, fatores de risco, indícios de hipertensão secundária e de lesões de órgãos alvo, aspectos socioeconômicos e características de estilo de vida do paciente e ao consumo pregresso ou atual de medicamentos ou drogas que podem interferir em seu tratamento (anti-inflamatórios, anorexígenos, descongestionantes nasais etc.)

O diagnóstico é eminentemente clínico com valoração rigorosa do paciente e da toma de TA (mínimo três ocasiões) com anamneses cuidadosa que incluem idade, sexo e cor da pele (Roca, 2002).

Avaliação Laboratorial de rotina para o paciente hipertenso:

Análise de urina, Potássio plasmático, Creatinina plasmática, Glicemia de jejum, Colesterol total, HDL, triglicérides plasmáticos, LDL colesterol, Ácido úrico plasmático, Eletrocardiograma convencional.

Avaliação complementar para o paciente hipertenso: exames recomendados

- Radiografia de tórax: em suspeita de insuficiência cardíaca para avaliação do comprometimento pulmonar e de aorta;

- Ecocardiograma: hipertensos estágios 1 e 2 sem hipertrofia ventricular esquerda ao ECG, mas com dois ou mais fatores de risco, hipertensos com suspeita clínica de insuficiência cardíaca.
- Micro albuminuria: pacientes hipertensos diabéticos, hipertensos com síndrome metabólica e com dois o mais fatores de risco.
- Ultrassonografia das carótidas: pacientes com sopro cartideo, com sinais de doença cerebrovascular ou com doença aterosclerótica em outro território.
- Teste ergométrico: suspeita de doença coronária estável, diabetes ou antecedente familiar de doença coronária em paciente hipertenso controlado.
- Hemoglobina glicada: pacientes com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dl.
- MAPA/MRPA: e medida domiciliar segundo as recomendações convencionais para os métodos.

Outros exames:

- Velocidade de onda de pulso (se disponível), Investigação de hipertensão secundária, quando indicada pela história, exame físico ou avaliação laboratorial (DIRETRIZES BRASILEIRAS,2010).

Bases do Tratamento

O tratamento da hipertensão arterial pode ser dividido em não medicamentoso e medicamentoso. Neste trabalho foi realizada uma abordagem ao tratamento não medicamentoso encaminhado a diminuir os fatores de risco para a doença e suas complicações.

O controle do peso corporal, mediante o regime adequado de alimentação e prática de exercícios físicos, reduzir o consumo de sal na dieta, eliminação ou diminuição do consumo de álcool, eliminação do hábito de fumar e controle de estresse. (Roca,2002).

Que pode fazer a atenção Básica de Saúde?

A doença pode ser controlada com tratamento não farmacológico (ALMEIDA et al, 2010). Para que aconteçam essas mudanças na vida dos hipertensos,  imprescindível o envolvimento dos profissionais da saúde, cabendo a todos abordar aspectos de prevenção e de promoção de saúde, prestar informações ao público,

implementar programas educativos e avaliá-los periodicamente, visando as melhoradas, além de desenvolver pesquisas sobre os controles da hipertensão arterial (FENSTERSEIFER, GASPERIN, 2006).

Um das maneiras mais eficientes para estimular adesão ao tratamento da hipertensão arterial é a educação para a saúde. Nesse sentido, a abordagem multiprofissional, a través dos diversos saberes dos profissionais envolvidos, e a realização dos Grupos Educativos têm se mostrado um instrumento de grande valor no controle da doença, por ser tratar de uma forma de interação entre os profissionais e usuários, fazendo com que estes possam refletir e expor a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles, trocar experiências para a mudança de hábitos (ALMEIDA et al., 2011).

A atenção básica tem um papel central na rede dos serviços no que diz respeito à implementação do cuidado da hipertensão arterial, pois, as diretrizes clínicas para o cuidado recomenda ações de prevenção e de promoção de estilos de vida mais saudáveis sejam realizados. Estas estratégias evitam o surgimento da doença e também a detectam precocemente, diminuindo os danos e incapacidades, riscos e gastos (ALENCAR; FERNANDES, 2010).

Promoção de Saúde

A promoção de saúde, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humana, partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, público e privados para seu enfrentamento e resolução.

O conceito moderno da promoção de saúde surgiu e se desenvolveu de forma vigorosa nos últimos vinte anos. A carta de Ottawa define a promoção de saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (WHO, 1986).

O conceito da promoção de saúde atual estabelece a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde.

A promoção de saúde é um conjunto de atividades, processos recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos de estratégias que permitam população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida a níveis individuais e coletivos (BUSS, 2000).

O enfoque estratégico das intervenções

O Planejamento estratégico e situacional (PES), sistematizado originalmente por Matus (1997) diz respeito à gestão do governo, à arte de governar, pois

Quando nos perguntamos se estamos caminhando para onde queremos, se fazemos o necessário para atingir nossos objetivos, estamos começando a debater o problema do planejamento. (MATUS,1997)

A grande questão consiste em saber se somos arrastados pelo ritmo dos acontecimentos do dia-a-dia, como a força da correnteza de um rio, ou se sabemos aonde chegar e concentramos nossas forças em uma direção definida. O planejamento visto estrategicamente, não é outra coisa senão a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países.

O processo de planejamento, portanto diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança situacional futura. O planejamento não trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente qual é o futuro de nossas decisões.

O PES é um método que pressupõe constante adaptação a cada situação concreta onde é aplicado. Entretanto os principais momentos tendem a utilizar instrumentos metodológicos parecidos. Em síntese são trabalhados nesta ordem:

Momento Explicativo (substitui o antigo “diagnóstico”): Análise do Ator que planeja (limites e potencialidades, ambiente interno e externo), identificação e seleção de problemas estratégicos, montar os Fluxos de explicação dos problemas com as

cadeias causais respectivas, seleção das causas fundamentais – chamadas de Nós Críticos como centros práticos de ação, construção da Árvore de Resultados a partir de uma Situação-Objetivo definida pelo grupo.

Momento Operacional: desenhar ações ou projetos concretos sobre cada Nó Crítico – as chamadas Operações do Plano, definir para cada Operação necessária os recursos necessários, os produtos esperados e os resultados previstos, construir cenários possíveis onde o plano será executado, analisar a trajetória do conjunto das operações em cada cenário e – a partir disto – tentar diminuir a vulnerabilidade do Plano.

Momento Estratégico: analisar os Atores Sociais envolvidos no Plano, seus interesses, motivações e poder em cada uma das Operações previstas e, cenários imaginados, definir a melhor estratégia possível para cada trajetória traçada, estabelecer um programa direcional para o plano, construir viabilidade estratégica para atingir a Situação-Objetivo.

Momento Tático-Operacional (sistema de gestão): debate sobre as formas organizativas, a cultura organizacional e o *modus operandi* da organização de modo a garantir a execução do plano. Neste momento devem ser encaminhados os seguintes temas: funcionamento da agenda da direção, sistema de prestação de contas, participação dos envolvidos, gerenciamento do cotidiano, sala de situações e análise sistemática da conjuntura.

O método tem particular validade e excepcionalidade de resultados, no setor público onde a presença de problemas verdadeiramente complexos e mal -estruturados compõe o cenário dominante. Além disso, o PES, ao contrário de outros métodos ditos “estratégicos” assume como dominante na análise estratégica as questões relativas às relações de poder entre atores sociais, isto é, a variável política preside a elaboração da viabilidade e vulnerabilidade do Plano. Esta é uma vantagem metodológica vital para uso em organizações públicas onde estas questões fazem parte indissociável da produção de políticas públicas e do relacionamento entre *staff* político-dirigente e quadro de funcionários permanentes (JAKSON, 2011).

A intersectorialidade

A intersectorialidade em saúde é compreendida como uma relação entre uma ou varias partes do setor saúde com uma o varias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visado alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde só.

Partindo de esse conceito as micro estratégias intersectoriais construídas por estado e sociedade civil contribuem significativamente para a efetividade e eficiência em nas ações de saúde. Por tanto acreditasse que tais articulações e arranjos podem ocorrer a traves da construção de parcerias entre os diferentes setores e segmentos sócias como: educação, saúde, cultura, esporte, organizações não governamentais, fundações religiosas etc. (SILVIA, et al.,2011).

Para o êxito da estratégia proposta é necessário ter todos estes elemento em conta e assim, deixar fundamentadas as bases de um projeto de educação para a saúde a fim de prevenir e controlar a doença mediante os câmbios de comportamento dos indivíduos da comunidade.

VI. Proposta de Intervenção

Primeiro passo – Identificação dos problemas

Para determinar os principais problemas e suas prioridades na área de saúde do PSF Topázio foi utilizado o método de estimativa rápida. Para isto foram utilizados os escritos existentes, fontes secundárias e a observação ativa da área. O elevado número de hipertensos, presença de verminoses na população, anemia, o baixo nível de escolaridade e a ausência de um posto de saúde com atendimento de 24 horas foram considerados pela equipe os problemas mais importantes.

Segundo passo – Priorização dos problemas

Como critérios para seleção dos problemas, o grupo de trabalho considerou: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los.

Os problemas foram identificados, analisados e selecionados quanto à prioridade, segundo os critérios mencionados, atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a

importância do problema, distribuindo pontos conforme sua urgência, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto e numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (seleção); a hipertensão arterial crônica foi identificada como o principal problema.

Quadro 2- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Topázio 2015.

Distrito Topázio. Equipe do PSF . Priorização de Problemas				
Principais Problemas	Priorização	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado numero de Hipertensos	Alta	7	Parcial	1
Presencia de verminoses na população	Alta	5	Parcial	2
Anemia	Alta	5	Parcial	3
Ausência dum posto de saúde com atendimento de 24 horas	Alta	4	Fora	4
Baixo nível de escolaridade	Alta	4	Fora	5

Fonte: Rivera, 2015

Terceiro passo – Descrição do problema

Durante a demanda espontânea a consulta assiste de forma periódica grande número de hipertensos, não controlados, alguns deles com sequelas cardiovasculares e neurológicas, principalmente. A área tem 609 hipertensos cadastrados, confirmados e acompanhados, deles 556 estão controlados, mas se espera, com busca ativa, aproximadamente 1.200 pacientes. A equipe decidiu dar prioridade a este problema pela grande incidência na área, por sua importância e repercussões sociais.

Quadro 3 - Descritores do problema da Hipertensão Arterial. Equipe PSF Topázio 2015

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados registre da equipe	609	Registro da equipe
Hipertensos confirmados	609	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados	609	Registro da equipe
Hipertensos controlados	556	Registro da equipe
Hipertensos esperados	1200	Estudos Epidemiológicos
Complicações de problemas	16	Registro da equipe

Fonte: Rivera, 2015

Quarto passo – Explicação do problema

Para a explicação do problema da hipertensão arterial crônica, a equipe contemplou os principais determinantes mais gerais (modelo de desenvolvimento econômico e social, políticas públicas) e determinantes mais imediatos (hábitos e estilos de vida, pressão social, causas genéticas, resposta do sistema de saúde), e elaborou uma árvore de problemas. (Anexo 2)

Quinto passo - Seleção dos “nós críticos”

A identificação das causas é fundamental para enfrentar um problema; só quando atacamos as causas solucionamos o problema de saúde. A equipe identificou como nós críticos: os hábitos e estilos de vida, baixo ou insuficiente nível de informação da população, a estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde.

Sexto passo - Desenho das operações

O desenho das operações esteve encaminhado a descrever as operações, identificar os produtos, possíveis resultados e avaliar os recursos necessários para os nós críticos.

Quadro 4 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da hipertensão arterial. Equipe PSF Topázio 2015

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida	Modificar hábitos e comportamentos	Cadastrar, acompanhar e controlar ao 100% dos hipertensos	Fazer uma pesquisa clínica e epidemiológica de os principais fatores de risco da hipertensão arterial. Palestras de educação e promoção de saúde sobre: alimentação adequada, pratica de exercícios físicos, fatores de riscos, tratamento e outras. Criação de grupos de hipertensos em cada micro área.	Organizacional: para a realização de exercícios físicos. Cognitivo: para informação das estratégias. Político: para o apoio e mobilização intersetorial. Financeiros: para procuração de folhetos educativos.
Nível de informação	Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial.	Aumento de os conhecimentos da população da hipertensão.	Avaliação de os conhecimentos da população sobre a doença antes e depois da intervenção. Campanha educativas sobre o tema mediante palestras educativas individuais e coletivas	Cognitivo: conhecimentos sobre estratégias de comunicação em saúde. Organizacional: organizar agenda Político: organização intersetorial.
Estrutura dos serviços de saúde	Melhorar a estrutura do serviço para melhor atendimento da população.	Garantia de os medicamento s e exames previstos em os protocolos de atendimento da hipertensão arterial ao 100 % da população.	Contratação de compra de exames e de medicamentos e consultas. especializadas(centr o hiperdia). Capacitação do pessoal.	Políticos: decisão de os recursos para estruturar o serviço. Financeiros: para aumento de os exames e consultas.
Processo de trabalho	Implantar as linhas guias para o tratamento e	Cobertura ao 100% da população	Recursos humanos capacitados. Linhas da	Cognitivo: análise e conhecimento de linhas guias

da equipe de saúde	controle da hipertensão arterial incluindo os mecanismos de referencias e contra referencias .	hipertensa.	hipertensão arterial implantadas.	da hipertensão arterial. Político: Articulação entre os diferentes setores a saúde. Organizacional: adequação de fluxos (referencias e contra referencias).
--------------------	--	-------------	-----------------------------------	---

Fonte: Rivera, 2015

Sétimo Passo - Identificação dos recursos críticos

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que geralmente não se encontram disponíveis e requerem a consideração antecipada e devem ser planejados com antecedência. Nestes casos, a equipe analisou os recursos críticos necessários para o desenvolvimento da estratégia educativa para diminuir os fatores de riscos para a hipertensão arterial.

Quadro 5- Recursos necessários para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento do problema priorizado no PSF Topázio

Recursos para o Projeto	
Mais Saúde	Financeiro: Para aquisição Materiais áudio visuais, folhetos educativos, banner, locais.
Saber Mais	Políticos: Apoio de gestão da secretaria de saúde e prefeitura, articulação intersetorial, decisão e os recursos para estruturar o serviço.
Cuidar melhor	Humanos: Médico, enfermeira, Agentes comunitários de saúde, assistentes sociais e lideres comunitários, Coordenador da atenção básica de saúde. Político: decisão de dar recursos para melhorar a estrutura do serviço.
Linha de cuidado	Financeiro: recursos para melhorar a estrutura do serviço. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Fonte: Rivera, 2015

Oitavo passo - Análise de viabilidade do plano

A equipe identifico os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir

operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.

Quadro 6 - Proposta de ações para motivar os atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários a execução do projeto de intervenção para o enfrentamento da HAS no PSF Topázio.

Operações/ Projetos Ator que controla	Recursos Críticos Motivação	Controle de os Recursos Críticos	Ação Estratégica	
Mais saúde: Modificar hábitos de Vida.	Financeiro para aquisição de recursos áudio visuais, folhetos educativos da hipertensão arterial. Político: providenciar apoio na realização de o projeto.	Secretario de Saúde	Favorável	Não é necessária
Saber mais: sobe a hipertensão arterial (dieta, prevenção, riscos, complicações, tratamentos, outras)	Político: Articulação com a secretaria de educação.	Secretaria de educação. Secretaria de saúde.	Favorável Favorável	Não é necessária Não é necessária
Cuidar melhor Estrutura de os serviços de saúde par melhorar o cuidado	Político: decisão de aumentar os recursos para melhorar o serviço Financeiro: recursos necessários para o equipamento de as redes (medicamentos, exames e consultas especializadas)	Prefeito municipal Secretario de Saúde Fundo nacional de saúde	Favorável Favorável Favorável	Não é necessária Não é necessária Não é necessária
Linha de cuidado Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Político: articulação entre os setores assistenciais da saúde	Secretario municipal de saúde	Favorável	Não é necessária

Fonte: Rivera, 2015

Nono passo - Elaboração do plano operativo

Para a realização do plano operativo o equipe designo os responsáveis por cada operação e definiu os prazos para a execução das operações.

Quadro 7 - Plano Operativo para o enfrentamento da hipertensão arterial no PSF Topázio

Operações	Resultado esperado	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Modificar hábitos e comportamentos	Cadastrar, acompanhar e controlar ao 100% dos hipertensos.	Fazer uma pesquisa clinico e epidemiológica sobre os principais fatores de risco da hipertensão arterial. Campanha de exercícios físicos, campanha educativa por meios audiovisuais possíveis.	Dr. Antulio Enf. Cinara Agentes de Saúde de cada micro área.	3 meses para o início das atividades
Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial.	Aumento de os conhecimentos da população da hipertensão.	Capacitação de os agentes de suade. Avaliação de o nível de conhecimentos da população sobre a hipertensão arterial antes e depois da intervenção Realização de palestras educativas e atividades didáticas de promoção de saúde	Dr. Antulio Dr. Antulio enfermeira Cinara ,Agentes de Saúde de cada micro área. Dr. Antulio, enfermeira Cinara,Agentes de Saúde de cada micro área.	Uma semana Início num mês e término em três meses. uma três vezes por mês
Cuidar melhor	Adequação de oferta das consultas a demanda espontâneas e programadas, exames e medicamentos definidos por o SUS para o 100% de os hipertensos	Apresentar projeto para equipamento de as redes, compra de exames, medicamentos e consultas especializadas	Dr. Antulio e enfermeiro Lucas coordenador das ABS	Um mês para apresentar o projeto e quatro meses para a compra dos medicamentos, exames e consulta especializadas.

Linha de cuidado	Cobertura do 100% da população com hipertensão arterial	Linha guia da hipertensão arterial implantada, recursos humanos capacitados.	Dr. Antulio e enfermeiro Lucas coordenador das ABS	Início em tres meses e finalizado em 12 meses.
------------------	---	--	--	--

Fonte: Rivera, 2015

Décimo passo - modelo de gestão do plano de ação

No modelo de gestão do plano operativo se pode avaliar o comportamento do cronograma estabelecido para o desenvolvimento das atividades da estratégia para a hipertensão arterial no PSF Topázio.

Quadro 8 - Situação atual de gestão do Plano operativo para enfrentamento da hipertensão arterial no PSF Topázio.

Operações	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo Inicial	Situação Atual	Justificativa
Modificar hábitos e comportamentos	Fazer uma pesquisa clinico e epidemiológica sobre os principais fatores de risco da hipertensão arterial. Campanha de exercícios físicos, campanha educativa por médios audiovisuais possíveis.	Dr. Antulio Enf. Cinara Agentes de Saúde de cada micro área.	3 meses para o início das atividades	Já foi realizado	
Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial.	Capacitação de os agentes de suade. Avaliação de o nível de conhecimentos da população sobre a hipertensão arterial antes e depois da intervenção	Dr. Antulio Dr. Antulio enfermeira Cinara ,Agentes de Saúde de cada micro área.	Uma semana Início num mês e término em três meses.	Já foi realizado	

	Realização de palestras educativas e atividades didáticas de promoção de saúde	Dr. Antulio, enfermeira Cinara, Agentes de Saúde de cada micro área.	uma três vezes por mês		
Cuidar melhor	Apresentar projeto para equipamento de as redes, compra de exames, medicamentos e consultas especializadas	Dr. Antulio e enfermeiro Lucas coordenador das ABS	Um mês para apresentar o projeto e quatro meses para a compra dos medicamentos, exames e consultas especializadas.	Já foi realizado	
Linha de cuidado	Linha guia da hipertensão arterial implantada, recursos humanos capacitados.	Dr. Antulio e enfermeiro Lucas coordenador das ABS.	Início em tres meses e finalizado em 12 meses.	Em andamento	

Fonte: Rivera, 2015

VII. Considerações Finais

A hipertensão arterial é uma doença crônica de alta prevalência que leva a um aumento de risco de eventos mórbidos cardiovasculares, cerebrais e renais. O diagnóstico precoce e tratamento adequado são instrumentos eficazes de controle de pressão e podem reduzir a incidência de acontecimentos graves.

As modificações do estilo de vida podem refletir no retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe e tem um impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da hipertensão que consistem em orientações objetivando a reduzir o excesso de peso corporal, o consumo de bebidas alcoólicas, de sal, do tabagismo e realização de atividades físicas além do controle das dislipidemias entre outros fatores de risco é, sua aplicação pode reduzir a necessidade de medicamentos anti-hipertensivos e aumentar sua eficácia.

Pretende-se após a implementação da estratégia, capacitar aos agentes de saúde em quanto a conhecimentos da doença e práticas educativas em saúde, o cadastramento de todos os pacientes hipertensos na área de abrangência e o controle das cifras tensionais de 98% dos usuários e início de mudança de comportamento da população, com melhoria de alguns fatores de risco e, de fato, demonstrar a importância das estratégias em saúde como ferramenta de trabalho da equipe de trabalho com embasamento na promoção de saúde para diminuir os impactos negativos de alguns determinantes sociais em saúde, ou seja, as causas de as causas no surgimento das doença.

REFERÊNCIAS

ALENCAR AKB, FERNANDES TG. **Assistência de Enfermagem aos Indivíduos com transtornos mentais**: uma revisão de literatura por Metassíntese. *Sau. & Transf. Soc.*v.1, n.1, p.148-153, 2010.

ALMEIDA AB, et al. **Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde**. *Rev APS.*v. 14, n.3, p. 319-326, jul/set. 2011.

BERTIMRL,et al. **Associação do estado nutricional com hipertensão arterial de adultos**. *Rev.Motriz.*v.17, n.3, p.424-430, 2011

Buss, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000

Cadernos de informações em saúde-Minas Gerais.maio/2012 [cited 2015 Oct 11] Available from:<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>

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

Fauci, Anthony S, et al. *Harrison Medicina Interna*.**Hipertensión arterial**. Rio de Janeiro: 17ª edición, volumen 2., McGraw-Hill, 2008.pg. 1549-1562

FENSTERSEIFER LM, GASPERIN D. **As modificações do estilo de vida para hipertensos**. *Rev. Gaúcha Enferm.*v.27, n.3, p.372-378, set. 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estadísticas.[Internet]. 2010 Oct [cited 2015 Oct 11]Available from:Available from:<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=316860>

JACKSON DE TONI. *Rev Espaço Acadêmico* No 32, janeiro 2004 ISSN 1519.6186 [cited 2015 Oct 11] Available from:www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm

Matus C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada; 1993.

Malachias, Marcus V. B. *Revista Brasileira de Hipertensão: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet].2010 [cited 2015 Oct 07]; 95(1 Suppl 1): I-III. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

Matus, Carlos. **Adeus, Senhor Presidente, Governantes Governados**. Edições Fundap, 1997, São Paulo

Pierin, Angela M.G. et al. *Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Diagnóstico e classificação*. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.11-17, 2010.

Plano municipal se saúde. Prefeitura Municipal de Teófilo Otoni,Secretaria Municipal de Saúde. 2014-2017

Silva Kênia Lara, Rodrigues Andreza Trevenzoli. **Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades.**Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010 Oct [cited 2015 Oct 11]; 63(5): 762-769. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011>.

The Lancet.**Hypertension: an urgent need for global control and prevention**Volume 383, No. 9932, p1861, 31 May 2014 DOI:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60898-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60898-9)

Williams B. **The year in hypertension.**JACC 2010; 55(1): 66–73

Roca GR. Temas de Medicina Interna. **Hipertensión Arterial.** 4ta edição, la Habana: Editorial ciencias Médicas;2002: 325-351

WHO.Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.**Ministério da Saúde/IEC, Brasília.1986

Anexos

Anexo 1. Consentimento informado do Secretario de saúde

Consentimento Informado do Secretario de Saúde do Município

Eu: Fernando Antônio Barbosa Secretário de Saúde do município Teófilo Otoni autorizo a realização da investigação de uma estratégia educativa para a diminuição e controle da Hipertensão Arterial no distrito Topázio como parte do trabalho de conclusão do curso da Atenção Básica de Saúde, no marco do programa Mais Médico e me comprometo a colaborar e apoiar de maneira voluntária com este projeto, com a finalidade de melhorar o atendimento e controle da doença nessa localidade.


Fernando Antonio Barbosa
Secretário Municipal de Saúde
Fernando Antônio Barbosa
Secretário Municipal de Saúde
Teófilo Otoni

Anexo 2. Explicação do Problema de Saúde no PSF Topázio

