

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

OSNEDY REYES RODRIGUEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A ELEVADA INCIDÊNCIA DA
HIPERTENÇÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Nº1, CABO VERDE-MG.**

Campos Gerais/MG

2016

OSNEDY REYES RODRIGUEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A ELEVADA INCIDÊNCIA DA
HIPERTENÇÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Nº1, CABO VERDE-MG.**

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

Orientador: Prof Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

Campos Gerais/MG

2016

OSNEDY REYES RODRIGUEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A ELEVADA INCIDÊNCIA DA
HIPERTENÇÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Nº1, CABO VERDE-MG.**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa.Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira - Orientadora

Examinador 2 : Profª. Maria Auxiliadora Guerra Pedroso – Sec. Est. Saúde/MG

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____

DEDICATORIA

A Deus por estar sempre presente em todas as etapas de minha vida,
minha mãe que me deu apoio e força nas horas difíceis de cansaço.

A minha esposa e meus filhos que com muito carinho e apoio, não
mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me conceder a força necessária para trilhar este caminho.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração pela acendrada confiança no mérito e ético aqui presente.

À minha orientadora, pelo empenho dedicado á elaboração e discussão durante o desenvolver deste trabalho de conclusão de curso e aos professores dedicados os meus eternos agradecimentos.

Aos companheiros de estudo, trabalho e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida.

RESUMO

A relevância da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como importante fator de risco cardiovascular é inquestionável. Realizou-se um estudo com o objetivo de propor um plano de intervenção para a ESF nº 1 do município de Cabo Verde, MG, em 2015, abordando a questão da hipertensão e seus desdobramentos para diminuir o alto índice de Hipertensão Arterial neste município. O trabalho foi pautado pelo método de Planejamento Estratégico Situacional. Para este projeto foi utilizado o diagnóstico situacional e o conhecimento do território estudado. Para o diagnóstico situacional foram consultados os dados disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Verde, dados do Ministério da Saúde e outros arquivos da equipe. O controle adequado e continuado da hipertensão previnem complicações e a Atenção Básica direciona seu trabalho por meio de atividades educativas e envolvimento das pessoas com fatores de risco para esta doença, ampliando a participação social no SUS (Sistema Único de Saúde). Os resultados mostraram alto índice de hipertensão que foi identificado como um problema de saúde pelo número elevado de pessoas com esta doença crônica, apresentando-se entre uma das principais causas de óbito na região.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Plano de Intervenção. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The relevance of High Blood Pressure (HBP) as an important cardiovascular risk factor is unquestionable. We conducted a study with objective to propose an action plan for the ESF paragraph 1 of the Cape Verde municipality, addressing the issue of hypertension and its consequences for decrease the high rate of Hypertension in this county. The work was guided by the method of Situational Strategic Planning. For this project we used the situational diagnosis and knowledge of the territory studied. For situational diagnosis data available were consulted in the Municipal Secretary of Health of Cape Verde, the Ministry of Health and other staff files. The adequate and continued control of hypertension prevent complications and the Primary Care directs its work through educational activities and involvement of persons with risk factors for this disease, increasing social participation in the SUS (Unified Health System) .The results showed high hypertension index which was identified as a major health problem, the high number of people with this chronic disease, appearing between one of the main causes of death in the region.

Keywords: Hypertension. Contingency Plan. Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVO.....	13
3.1 Objetivo Geral.....	13
3.2 Objetivos Específicos.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

Cabo Verde é um dos mais antigos municípios do sul de Minas Gerais, faz limites com os municípios: Caconde (SP), Divisa Nova, Muzambinho, Monte Belo, Areado e Botelhos (MG) e possui os distritos de Serra dos Lemes e São Bartolomeu de Minas. Sua população é hoje estimada em cerca de 13.823 habitantes, dentre os quais 55% residem na Zona Rural. A área do Município é de 385 Km² e a área urbana é de 1, 4336 Km² (MINAS GERAIS, 2013).

As informações seguintes sintetizam os dados coletados por ocasião do Diagnóstico Situacional do Município Cabo Verde. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados secundários Sistema de Informação à Atenção Básica (SIAB 2014), entrevistas com informantes-chaves e observação ativa.

Entre os 13.823 habitantes da área da abrangência da ESF, 6.976 (50.5 %) são homens e 6.847 (49.5 %) são mulheres, preponderando à faixa etária entre 10-14 anos com 942 (6,8%) seguido da faixa etária de 15 -19 com 930 habitantes (9.7%). A economia do município baseia-se na agricultura e pecuária, mas as atividades comerciais tem crescido nos últimos anos. A renda média familiar é de R\$ 880,00/ habitantes e a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 37,68%%. O índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,74% (IBGE, 2015). O sistema de educação do município é publico, conta com uma escola municipal que oferece ensino pré-escolar, uma escola para ensino fundamental (urbana), uma escola para ensino médio (urbana), e uma escola Especial APAE, (CELDA). O nível de escolaridade de 07 a 14 anos é de 86,8% e de 15 a 17 anos de 31,7%; a taxa de analfabetismo na população de 10 a 15 anos é de 3% e de 15 ou mais é de 16,90 (IBGE, 2015).

A estrutura de saneamento básico na comunidade urbana e rural é realizada por rede geral de esgoto em 100% da zona urbana, na zona rural 90% das famílias utilizam fossa séptica e 10% fossa rudimentar. Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio absoluto de rede com água tratada na zona urbana e a zona rural utiliza poço ou nascente onde 70% filtram ou ferve a água.

O atendimento à saúde no Município Cabo Verde é realizado dentro das possibilidades financeiras, mas de forma igualitária, em conformidade com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Integralidade, Universalidade e Equidade. Desta forma elege a intersetorialidade como um dos mais importantes eixos de sua atuação. O município Cabo Verde consta com 6 Unidades de saúde, dentro destas 4 Unidades Básicas de Saúde, 1 de Pronto Atendimento e 1 Hospital.

Os dados de morbidade do ano 2014 mostram o alto índice de Hipertensão Arterial com um total de 3.200 pacientes e uma prevalência de 231.5/1.000 hab. Em segundo lugar, a Diabetes com 606 pacientes e uma prevalência de 43.8/1.000hab. As doenças mentais em terceiro lugar, com 306 pacientes e taxa de prevalência de 22.1/1.000 hab, são os principais problemas de saúde que afetam a população do município de Cabo Verde sendo da mesma forma na zona rural. Na área de abrangência da equipe de saúde da família em 2014, as doenças do aparelho circulatório foram as mais causadoras de mortes, com um total de 12 falecidos para uma taxa de 86.8/1.000 hab. Seguindo das doenças do aparelho respiratório e neoplasias com 6 falecidos e uma taxa de 43.4/1000 respectivamente.

O Programa de Saúde da Família está implementado em todas as unidades de saúde do município, com uma cobertura total. O município tem comunicação entre o nível primário de atenção e os outros níveis, secundário e terciário, onde se coordenam os fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção e Serviços de Saúde.

A ESF No 1 abrange uma população de 2.700 pessoas e um total de 721 famílias, a maior porcentagem da população mora na região urbana. O número de idosos é considerável, mas a população jovem entre 20 anos e 39 anos supera a população idosa.

A maioria das pessoas que moram em Cabo Verde leva uma vida de rotina; saem do trabalho, chegam a casa e vão pra igreja e da igreja voltar pra casa à maioria dos dias, não apresenta muitos lugares de recreação nem centros esportivos, o que contribui aumentar o sedentarismo e a obesidade.

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25.4 anos em 2000 a 38.2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão (BARRETO *et al.*, 2001).

Dessa forma, decidiu-se desenvolver este trabalho para a educação dos pacientes com fatores de risco para a HAS, por ser esta uma das doenças crônicas de maior prevalência na população da área de abrangência ESF N° 1 do município de Cabo Verde. Este projeto de intervenção tem como objetivo a diminuição do alto índice desta doença buscando promover um processo educativo em que os pacientes sejam instruídos sobre os fatores da HAS e desta forma aumentar a qualidade de vida dos mesmos.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma enfermidade prevalente no território da ESF No 1. Essa que é uma doença crônica que, se não tratada e acompanhada adequadamente, causa grande morbimortalidade, redução da qualidade de vida, altos custos com internações e tratamentos hospitalares, além de forte impacto na relação social e familiar. Todas essas consequências ocorrem a curto e longo prazo, aumentando exponencialmente o risco de Infarto agudo do miocárdio (DCV) e Acidente vascular encefálico (AVE) e outras sérias complicações como cegueira, insuficiência renal crônica, trombose, dentre outros. Estratificar esses pacientes é extremadamente importante para se identificar os riscos para DCV em um período de dez anos e, a partir disso, tomar as medidas preventivas e terapêuticas (BERLEZI, 2007).

A educação em HAS visa maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, redução da morbimortalidade e de lesões em órgãos- alvo, melhoria da qualidade e da expectativa de vida, redução dos gastos com internações e prevenção de doenças crônicas, assim como diminuir a aparição de novos casos através de ações sobre os fatores de riscos modificáveis, os estilos de vida errados como a alimentação inadequada, estresse mantido, obesidade, sedentarismo e outros (BERLEZI, 2007).

Portanto, é de suma importância a realização deste trabalho a fim de promover, restaurar e manter uma qualidade de vida saudável a essa população alvo e reduzir, em longo prazo, as DCV.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para a ESF N° 1 do município de Cabo Verde, abordando a questão da hipertensão e seus desdobramentos.

3.2 Objetivos específicos

- Planejar a viabilidade da formação de grupos de intervenção de pessoas com fatores de risco para HAS.
- Planejar a organização de palestras em locais públicos sobre as causas e consequências da HAS.
- Planejar a avaliação da proposta de intervenção.

4 METODOLOGIA

O trabalho foi pautado pelo método de Planejamento Estratégico Situacional preconizado pelos autores Campos, Faria e Santos (2010), sendo um estudo observacional e transversal. O estudo foi realizado no Município de Cabo Verde/MG, na população adstrita na ESF N° 1. Para este projeto foi utilizado o diagnóstico situacional e o conhecimento do território estudado.

Para o diagnóstico situacional foram consultados os dados disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Verde, dados do Ministério da Saúde e outros arquivos da equipe local.

Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados eletrônicas *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e LILACS, sobre o tema com os descritores Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Incidência e Prevalência da Hipertensão Arterial. Foram incluídos estudos dos últimos 10 anos, na língua portuguesa e Inglesa. O trabalho contará com a participação dos profissionais de saúde e população adstrita no ESF N° 1, no município de Cabo Verde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença caracterizada por níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas ou hormonais, fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas, vasculares) e sociodemográficos. É um problema de saúde pública, cujo controle visa prevenção de alterações irreversíveis no organismo, relacionadas à morbimortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

O controle da pressão arterial sistêmica está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento. Esta doença é considerada uma das causas de morbimortalidade prematura em nossos pacientes, pela alta prevalência e por constituir fator de risco relevante para complicações cardiovasculares, renal e vascular, tais como: insuficiência renal, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca e pode ocorrer, principalmente, pela não utilização adequada da medicação (SILVA; SOUZA, 2004).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), esta patologia é crônica, não transmissível, de início silencioso com repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovasculares e renovasculares, acompanhados frequentemente com morbidades de grande impacto para os indicadores de saúde da população. As morbidades mais prevalentes, além da hipertensão arterial, foram: desordens dos sistemas endócrinos (22,0%), músculo esquelético (20,0%), cardiovascular (19,0%) e gastrointestinal (15,0%).

Para o Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta maiores de 20 anos, e forte relação com 80% dos casos de acidente vascular encefálico e 60% dos casos de doenças isquêmicas do coração. Constitui-se, sem dúvidas o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja principal causa de morte, o acidente vascular encefálico, tem como origem a hipertensão não controlada (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e a hipertensão arterial está entre seus principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública como sedentarismo, falta de

dieta equilibrada, etilismo, tabagismo, fatores emocionais, deficiências físicas e mentais, abandono familiar. Estes fatores sozinhos ou associados desestimulam ou dificultam o tratamento correto de nossos pacientes hipertensos (SILVA; SOUZA, 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), a insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais frequente que as internações por acidente vascular cerebral.

A hipertensão arterial primária é uma característica individual, física ou comportamental associada com uma maior possibilidade de desenvolvimento de determinadas doenças. Esta hipertensão arterial, quando não é tratada corretamente, explica 25% dos casos de diálise por insuficiência renal crônica terminal, 80% dos acidentes vasculares cerebrais (derrame cerebral) e 60% dos casos de infarto do miocárdio, essas doenças são a principal causa de morte no país (HALLAR; KOTCHEN, 2003).

O tratamento da hipertensão arterial pode ser medicamentoso e não medicamentoso. O tratamento sem medicamentos tem como objetivo auxiliar na diminuição da pressão, e se possível evitar as complicações e os riscos por meio de modificações de estilo de vida como: a redução do peso, a redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, uma dieta rica em frutas e vegetal e alimentos com pouco teor de gordura, a diminuição ou abolição do álcool e a realização de atividade física (SILVA; SOUZA, 2004).

Segundo Mano (2009) os alimentos ricos em cálcio atualmente são preconizados em conjunto com toda a série de medidas dietéticas já citadas, que juntas são benéficas para a redução da pressão arterial. As modificações do estilo de vida são aplicáveis a todos os pacientes que se propõe a diminuição do risco cardiovascular, incluindo os normotensos, e necessária também quando se impõe o tratamento farmacológico da hipertensão.

Complementa Nettina (2003), que o tratamento com modificações no estilo de vida consiste em: perder peso se o índice de massa corpórea for superior ou igual a 25; limitar o consumo de álcool, não sendo recomendado mais que 30 ml

de etanol por dia para homens e 15 ml para mulheres; praticar exercícios aeróbicos regulares equivalentes a 30 a 45 minutos de caminhada intensa na maioria dos dias; cortar a ingestão de sódio para 2,4 gramas ou menos por dia; considerar reduzir a ingestão de café; parar de fumar; além de levar uma dieta rica em frutas, legumes, produtos lácteos com baixo teor de gordura e fibras e pobres em gordura saturada e total. As ações de prevenção e intervenção devem ser planejadas, utilizando uma abordagem integrada com o social, o psicológico e o biológico, visando diminuir o consumo abusivo de álcool e tabagismo, bem como prevenir seus malefícios à saúde. Desta forma, é imprescindível trabalhar em equipe no atendimento ao paciente com fatores de risco cardiovasculares e com o paciente hipertenso para conhecer as intervenções de educação em saúde. O trabalho interdisciplinar proporciona ao paciente uma visão mais ampla sobre sua saúde, sendo bastante importante o reconhecimento da avaliação da equipe multiprofissional no cuidado de todos os pacientes (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Hallar e Kotchen (2003) apontaram ser de fundamental importância elaborar um plano de assistência individualizada para facilitar o monitoramento do uso dos medicamentos, motivando os pacientes a incorporação de atitudes saudáveis dos hábitos de vida e a total adesão ao tratamento, principalmente no que diz respeito ao uso correto de medicamentos prescrito, evitando assim o risco cardiovascular.

A equipe de saúde deve acompanhar a todos os pacientes que tenham fatores de risco que predisponham o surgimento da hipertensão na tentativa de modificar aqueles casos modificáveis, estimulando a eles a participar nas atividades educativas, onde eles podem conhecer melhor os hábitos de vida saudáveis e obter informações sobre a doença em questão (LIMA; GAZETTA, 2007).

Os fatores de risco na população trazem como consequências aparição de doenças crônicas. Assim, a ação educativa no projeto orienta-se por princípios da Educação Popular em saúde e seu horizonte é ampliar espaços de debate que estimulem a estes pacientes a pensar a relação corpo/vida e atuar na direção de

integrar o fazer individual e coletivo que envolve a saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Acredita-se que tal ótica possibilita operar com uma visão integradora da promoção da saúde, que articule abordagem do autocuidado às necessidades sociais a ao fomento da participação popular na viabilização dos direitos da cidadania e saúde.

Desse modo, a doença hipertensiva tem se constituído num dos mais graves problemas da saúde pública. Modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria ideia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos. Autores defendem que as crenças com as quais as pessoas tendem a viver afetam diretamente a aparição de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

A importância da relação entre conhecimentos, atitudes e práticas para o planejamento e elaboração de intervenções educativas junto aos pacientes portadores de doenças cardiovasculares é reconhecida por pesquisadores, porém os mesmos consideram a relação entre essas variáveis complexa porque envolve fatores sociais, ambientais e emocionais. Ações educativas para capacitação das pessoas com fatores de risco para a hipertensão arterial, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, estão ainda estruturadas no modelo assistencial hegemônico, de abordagem predominantemente higienista, que culpa as pessoas por seus problemas de saúde e que desconsidera a participação da comunidade nos processos educativos a ela dirigidos (REZENDE, 2011).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Principais problemas de saúde da área de abrangência

Depois de fazer um reconhecimento da área de abrangência do ESF No 1 do município de Cabo Verde, e das particularidades do mesmo, a equipe juntou vários problemas que afetam a população, obtendo 5 problemas principais.

Passo 1 - Definição dos problemas

1. O aumento do índice de desempregados é mais evidente após o término da coleta de café, onde 1% a mais das pessoas ficam sem trabalho, até a próxima colheita. onde um por cento elevados de pessoas fica sem trabalho ate a outra coleta de café; só alguns são proprietários de terras e podem começar a preparar as mesmas para a plantação de outros produtos como feijão, milho, banana, entre outros.
2. A gravidez na adolescência embora tenha diminuído durante os últimos anos 2013-2014 de 40% das gestantes para 15%, devido a às ações de educação e prevenção, palestras feitas nas escolas, e nas comunidades sobre os riscos da mesma; e importância do uso do preservativo ou outros métodos anticoncepcionais. Mesmo assim, ainda tem muito trabalho que fazer em relação a este problema.
3. O alto índice de pacientes com HAS; existe uma alta prevalência desta doença, e uma elevada incidência, que vem acontecendo com o novo cadastramento da zona rural, de pacientes que ainda não foram cadastrados em ESF nem diagnosticados com esta doença crônica, e ao realizar o controle pressórico é demonstrada a doença, com porcentagem muito elevada.
4. O alto número de paciente que faz uso de psicotrópicos é outro dos problemas que apresentam um elevado índice de prevalência na comunidade e ainda mais preocupante; alguns pacientes com mais de um medicamento controlado, indicados a maior parte pelos psiquiatras; com uma grande dependência aos mesmos.

5. Alta prevalência e incidência de pacientes obesos e inadequados hábitos alimentares, demonstrados nas avaliações em consultas e visitas domiciliares, informações coletadas também por os agentes comunitários, onde um dos problemas maiores é a ingestão de gordura de porco e frituras, e o desconhecimento da importância da ingestão de frutas e vegetais, assim como a inexistência de exercícios físicos.

Passo 2 – Priorização dos problemas

Os problemas foram selecionados e priorizados pela ESF considerando os seguintes critérios: importância, urgência e principalmente pela capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. Dentro da classificação como importância (alta, média ou baixa) e sobre a urgência e capacidade de enfrentamento se outorgou um valor a cada problema de zero a dez pontos.

Quadro 1. Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da ESF N°1 do município de Cabo Verde, Minas Gerais, 2016.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade De Enfrentamento	Ordem de prioridade
O alto índice de pacientes com HAS.	Alta	10	Parcial	1
O alto número de paciente que faz uso de psicotrópicos.	Alta	9	Parcial	2
Alta prevalência e incidência de pacientes obesos e inadequados hábitos alimentares.	Alta	7	Parcial	3
O aumento do índice de desempregados.	Alta	4	Fora	5
A gravidez na adolescência.	Alta	6	Parcial	4

Ao realizar uma organização por ordem de prioridade dos problemas apresentados, os mesmos ficaram assim:

- O alto índice de pacientes com HAS.
- O alto número de paciente que faz uso de psicotrópicos.
- Alta prevalência e incidência de pacientes obesos e inadequados hábitos alimentares.
- A gravidez na adolescência.
- O aumento do índice de desempregados.

Passo 3 - Descrição do problema

Tomando ao problema: O alto índice de pacientes com HAS como a prioridade mais preocupante e a qual precisa do estudo mais profundo, chegamos a análises seguinte:

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica degenerativa de natureza multifatorial, na grande maioria dos casos assintomática, que apresenta evolução lenta e progressiva. Compromete o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores, aumentando a pressão no interior dos vasos sanguíneos, podendo ocasionar lesões em órgãos nobres como o coração, cérebro, rins e olhos. Pode, ainda, ocasionar complicações tais como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), insuficiência cardíaca e insuficiência renal (LESSA, 2010).

As doenças cardiovasculares (DCV) aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil e representam quase um terço dos óbitos totais e 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta onde se encontra na fase produtiva. No Sistema Único de Saúde (SUS) essas patologias foram responsáveis, em 2012, por mais de 1,2 milhões de internações, representaram 10,3% do total de internações e 17% dos gastos. (BRASIL, 2007)

Nesse contexto, a HAS aparece como uma das mais graves enfermidades entre as doenças crônicas não transmissíveis, sendo responsável direta e indiretamente por um elevado número de óbitos no mundo moderno. É uma

doença multifatorial e que possui curso assintomático e prolongado, sendo de detecção quase sempre tardia. Mesmo apresentando proporções epidêmicas, a HAS apresenta diagnóstica simples e de alcance a todos. A dificuldade para controle e adesão decorre, provavelmente, do curso assintomático e crônico da doença, além do desconhecimento da população sobre a enfermidade (LESSA, 2010).

Nesta área de abrangência a HAS é uma doença de alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de até 20%, podendo afetar na população idosa até 50%. A maioria dos pacientes com HAS identificados na comunidade apresentam fatores de risco como obesidade, tabagista, etilista, estresse, sedentarismo e são pacientes idosos.

Os dados correspondem com as estatísticas do Brasil onde as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a hipertensão arterial participa de quase a metade delas. A hipertensão arterial vem sendo o mais comum e importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, e tem com elas uma relação contínua e progressiva.

Passo 4 – Explicação do problema

Identificaram-se entre as varias causas àquelas consideradas mais importantes na origem do problema e que precisam ser enfrentadas:

- O desconhecimento das pessoas sobre a doença, o que compromete seu diagnóstico, tratamento, rastreamento de complicações e acompanhamento.
- Baixa adesão aos serviços da ESF e ao tratamento da HAS, prejudicando a continuidade dos cuidados.
- Ausência de estratificação de risco individual para os hipertensos conforme o escore de Framingham. A maioria dos hipertensos desconhece os riscos da enfermidade e sobre o que é a doença, seus sintomas e importância do tratamento.
- Existência de mitos e tabus sobre alimentação saudável, com inadequados hábitos alimentares e não prática de exercícios físicos.

Para enfrentar o problema é de muita importância conhecer as principais causas já descritas e outras não menos importantes como:

1. Relacionadas aos pacientes:
 - Hábitos e estilos de vida da população: não quer ser dependente da medicação, tabagismo, alimentação inadequada, consumo de álcool, sedentarismo, não adesão ao tratamento.
 - Baixo nível de instrução/ escolaridade: não saber como tomar a medicação, pacientes analfabetos.
 - Grau de dependência: pacientes acamados ou com incapacidade mental.
 - Baixo nível de informação respeito a sua patologia.
2. Relacionadas com equipe de saúde:
 - Receitas com prescrições ilegíveis.
 - Poucas atividades educativas sobre Hipertensão Arterial.
 - Falta de propagação na agenda da equipe para atendimento adequado ao HIPERDIA
 - Inexistência de incentivo para atividades de promoção a saúde e prevenção dos agravos.

Passo 5 – Descrição dos nós críticos

Os nós críticos identificados foram: Baixo nível de informação e conhecimento das pessoas sobre a doença HAS; Inadequados hábitos e estilo de vida; Deficiente processo de trabalho da ESF para enfrentar os problemas, incapacidade dos profissionais para a continuidade do acompanhamento.

Passo 6 - Desenho das operações

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano.

Quadro 2 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema: O alto índice de pacientes com Hipertensão Arterial da ESF N°1 do município de Cabo Verde, Minas Gerais, 2016.

Nós críticos	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
1-Baixo nível de informação e conhecimento das pessoas sobre a doença: HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica).	<p>Saber mais e cuidar-se melhor:</p> <p>-Aumentar o nível de informação e conhecimentos da população sobre as características, os riscos e complicações da HAS.</p> <p>-Aumentar a adesão da população aos serviços da ESF (Estratégia de Saúde Da Família) e ao tratamento da HAS.</p>	<p>Uma população mais informada e com maior conhecimento sobre as características, riscos e complicações da HAS.</p> <p>Aumentar um 90 % ou mais os atendimentos de pacientes hipertensos em ESF e um 100 % destes pacientes com tratamentos adequados para HAS.</p>	<p>Avaliação do nível de informação e percepção destes pacientes sobre a doença para que alcancem maiores conhecimentos</p> <p>Programas culturais, esportes organizados para diminuir os riscos da doença e suas complicações.</p> <p>Campanha de saúde escolar.</p> <p>ACS capacitado no controle e seguimento desta doença.</p> <p>Campanhas educativas em meios de comunicações como rádios e programas de TV, equipes de som móveis, etc.</p>	<p>Cognitivos:conhecimento oportuno dos temas a discutir pelos membros da equipe de saúde relacionados às características, os riscos e complicações da HAS.</p> <p>Organizacionais: fazer um cronograma de trabalho a cumprir por cada membro da equipe de saúde com uma avaliação semanal.</p> <p>Políticos: conseguir os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel; realizar uma articulação dos fatores em discussão neste programa. (parceria com o setor educação) e mobilização social.</p> <p>Financeiro:os necessários para adquirir recursos audiovisuais, folhetos educativos e carro de som.</p>
2-Inadequados hábitos e estilo de vida.	Viver com saúde	Diminuir hábito de fumar,	Organizar os bairros por clubes para	Cognitivos: informações dos temas às equipes

	<p>Modificar os hábitos e estilos de vida errados.</p>	<p>alcoolismo em 40 %, sedentarismo e obesidade em 50 % ao ano.</p>	<p>realizar exercício organizado.</p> <p>Programação de caminhadas na comunidade.</p> <p>Utilização de palestras educativas em lugares de maior reunião de pessoas.</p> <p>Campanhas educativas em meios de comunicações como rádios e programas de TV, equipes de som móveis e etc.</p>	<p>por pessoal da equipe de saúde e outros pessoais.</p> <p>Organizacional: organizar exercício por clubes em bairros com equipe de som móvel, panfletos informativos.</p> <p>Político: conseguir o local, os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel; mobilização social.</p> <p>Financeiro: os necessários para adquirir recursos áudio visuais, folhetos educativos, etc..</p>
<p>3-Deficiente processo de trabalho da ESF para enfrentar os problemas, incapacidade dos profissionais para a continuidade do acompanhamento.</p>	<p>Linha de cuidado:</p> <p>Implantar uma linha de cuidados de forma organizada que pode ser em grupo ou individual relacionada aos riscos e complicações da HAS, incluindo os mecanismos de referencia e contra referencia.</p>	<p>Cobertura de 90 % da população hipertensa ou com risco de HAS.</p> <p>Maior eficiência da equipe de ESF para enfrentar os problemas e diminuir a incidência de hipertensos, seus riscos e complicações</p> <p>Aumentar o número de pacientes controlados e acompanhados em ESF.</p>	<p>Linha e protocolos de cuidados para os riscos e complicações da HAS implantados.</p> <p>Uma capacitação dos ACS, outros membros da equipe e pessoal escolhido da comunidade nos temas relacionados às características, riscos e complicações da HAS.</p>	<p>Cognitivo: conhecimento oportuno dos temas a ser discutido pelos membros da equipe de saúde relacionados às características, riscos e complicações da HAS; (elaboração de projeto da linha e protocolos de cuidados)</p> <p>Organizacionais: organizar o cronograma de trabalho mensal e adequação de fluxos (referência e contra referência).</p> <p>Político: maior</p>

				articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Financeiro: os recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
--	--	--	--	---

Passo 7- Identificação dos recursos críticos

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

Os recursos críticos foram identificados e descritos anteriormente onde fizemos uma análise de cada um por separação que identificou o que se precisa para cumprir por cada um.

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema: O alto índice de pacientes com Hipertensão Arterial da ESF Nº1 do município de Cabo Verde, Minas Gerais, 2016.

Operação o projeto	Recursos críticos
Saber mais e cuidar se melhor	Políticos: conseguir os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel; realizar uma articulação dos fatores em discussão neste programa (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro: os necessários para adquirir recursos audiovisuais, folhetos educativos e carro de som.
Viver com saúde	Político: conseguir o local, os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel; mobilização social. Financeiro: os necessários para adquirir recursos áudio visuais, folhetos educativos, etc..
Linha de cuidado	Político: maior articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Financeiro: os recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).

Passo 8 - Análise da viabilidade do plano

Foi feita uma análise de cada ator que controla os recursos críticos e também sua motivação em relação a cada operação para complementar desse jeito o projeto desejado e planejar as ações estratégicas.

Quadro 4 - Propostas de ações para a motivação dos atores da ESF N°1 do município de Cabo Verde, Minas Gerais, 2016.

Operações do projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	
		Ator que controla	Motivação
Saber mais e cuidar se melhor. -Aumentar o nível de informação e conhecimentos Da população sobre as características, os riscos e complicações da HAS. -Aumentar a adesão da população aos serviços da ESF (Estratégia de Saúde Da Família) e ao tratamento da HAS.	Políticos: conseguir os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel; realizar uma articulação dos fatores em discussão neste programa. (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro: os necessários para adquirir recursos audiovisuais, folhetos educativos e carro de som.	-Setor de comunicação social.	Favorável
		-Secretaria de educação	Favorável
		-Associações de bairros.	Favorável
		-Secretaria de saúde	Favorável
Viver com saúde Modificar os hábitos e estilos de vida errados.	Político: conseguir o local, os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel; mobilização social. Financeiro: os necessários para adquirir recursos áudio visuais, folhetos educativos, etc..	Setor de comunicação social.	Favorável
		-Associações de bairros.	Favorável
		-Secretaria de saúde	Favorável

Linha de cuidado: Implantar uma linha de cuidados de forma organizada que pode ser em grupo ou individual relacionada aos riscos e complicações da HAS, incluindo os mecanismos de referencia e contra referencia.	Político: maior articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Financeiro: os recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).	Secretaria de saúde.	Favorável
		Prefeito Municipal	Favorável
		Secretaria de saúde	Favorável
		Fundo Nacional de Saúde.	Indiferente

Passo 9 - Elaboração do plano operativo

Realizou-se uma análise por cada uma da situação identificada dando tempo o prazo de cumprimento em dependência da complexidade de cada uma e também as responsabilidades por cada operação.

Quadro 5 - Plano Operativo da ESF Nº1 do município de Cabo Verde, Minas Gerais, 2016.

Operação	Resultados	Produtos	Operações	Responsável	Prazo
Saber mais e cuidar se melhor. -Aumentar o nível de informação e conhecimentos Da população sobre as características, os riscos e complicações da HAS. -Aumentar a adesão da população aos serviços da ESF (Estratégia de Saúde Da Família) e ao	Uma população mais informada e com maior conhecimento sobre as características, riscos e complicações da HAS. Aumentar um 90 % ou mais os atendimentos de pacientes hipertensos em ESF e um 100 % destes pacientes com tratamentos	- Avaliação do nível de informação e percepção destes pacientes sobre a doença para que alcancem maiores conhecimentos. -Programas culturais, esportes organizados para diminuir os riscos da doença e suas	Não é necessário	Secretaria de saúde e Equipe toda	Três meses para iniciar
				Secretario de cultura	Quatro meses
				Secretaria de educação	
				ESF e secretaria de cultura.	Um mês para

tratamento da HAS.	adequados para HAS.	<p>complicações.</p> <p>-Campanha de saúde escolar.</p> <p>-ACS capacitado no controle e seguimento desta doença.</p> <p>- Campanhas educativas em meios de comunicações como rádios e programas de TV, equipes de som móveis, etc</p>			iniciar
<p>Viver com saúde</p> <p>Modificar os hábitos e estilos de vida errados.</p>	<p>Diminuir hábito de fumar, alcoolismo em 40 %, sedentarismo e obesidade em 50 % ao ano.</p>	<p>Organizar os bairros por clubes para realizar exercício organizado, Programação de caminhadas na comunidade .</p> <p>Utilização de palestras educativas em lugares de maior reunião de pessoas. Campanhas educativas em meios de comunicações como rádios e</p>	<p>Acionado organismos vigentes com apoio governamentais</p>	<p>-Secretaria de ação social</p> <p>-Coordenação de atenção básica e epidemiológica</p> <p>-Prefeitura e secretaria de cultura.</p>	<p>Dois meses para iniciar</p> <p>Um mês para iniciar</p> <p>Três meses para iniciar</p>

		programas de TV, equipes de som móveis e etc.			
Linha de cuidado: Implantar uma linha de cuidados de forma organizada que pode ser em grupo ou individual relacionada aos riscos e complicações da HAS, incluindo os mecanismos de referencia e contra referencia.	Cobertura de 90 % da população hipertensa ou com risco de HAS. Maior eficiência da equipe de ESF para enfrentar os problemas e Diminuir a incidência de hipertensos, seus riscos e complicações. Assim como Aumentar o número de pacientes controlados e acompanhados em ESF.	Linha e protocolos de cuidados para os riscos e complicações da HAS implantados. Uma capacitação dos ACS, outros membros da equipe e pessoal escolhido da comunidade nos temas relacionados às características, riscos e complicações da HAS.		Secretaria de saúde.	Um mês para iniciar

Passo 10 - Gestão do plano

A principal finalidade desse passo é desenhar um modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 6 - Gestão do plano. Operação: Saber mais e cuidar se melhor da ESF Nº1 do município de Cabo Verde, Minas Gerais, 2016.

Operação: Saber mais e cuidar se melhor.					
Coordenação: Vanessa Campos. Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1-Avaliação do nível de informação e percepção destes pacientes sobre a	-Secretaria de saúde	Seis meses	Projeto de avaliação elaborado		

doença para que alcancem maiores conhecimentos.					
2-Programas culturais, esportes organizados para diminuir os riscos da doença e suas complicações.	-Secretaria de cultura	Quatro meses	Só o acionar do posto de saúde	Dificuldade com horário e cumprimentos da programação	Seis meses
3--Campanha de saúde escolar.	-Secretaria de educação	Um mês	Só o acionar do posto de saúde	Dificuldade com os materiais gráficos.	Quatro meses
4--Campanhas educativas em meios de comunicações como rádios e programas de TV, equipes de som móveis, etc.	-Secretaria de cultura	Um mês	Só acionar o posto de saúde	Dificuldade com horário e cumprimentos da programação.	Quatro meses

Quadro 7- Gestão do plano. Operação: Viver com saúde da ESF N^o1 do município de Cabo Verde, Minas Gerais, 2016.

Operação: Viver com saúde					
Coordenação: Vanessa Campos. Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1-Organizar os bairros por clubes para realizar exercício organizado	Secretaria de ação social	Dois meses	Só acionar do posto de saúde	Não existe uma boa intersetorialidade	Seis meses
2- Programação de caminhadas na comunidade	Secretaria de ação social	Três meses	Só o acionar do posto de saúde	Dificuldade com horário e cumprimentos da programação	Cinco meses

3-Utilização de palestras educativas em lugares de maior reunião de pessoa.	Coordenação de atenção básica e epidemiológica.	Dois meses	Só o acionar do posto de saúde	Dificuldade com os materiais gráficos.	Um mês
4-Campanha educativa em rádios, programa de TV, equipe de som móvel etc.	Prefeitura municipal e secretaria de cultura.	Três meses	Só acionar o posto de saúde	Dificuldade com horário e cumprimentos da programação	Seis meses.

Quadro 8 - Gestões do plano. Operação: Linha de cuidado da ESF Nº1 do município de Cabo Verde, Minas Gerais, 2016.

Operação: Linha de cuidado: Coordenação: Vanessa campos. Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1- Linha e protocolos de cuidados para os riscos e complicações da HAS implantados	Secretaria de saúde.	Um mês	Só acionar do posto de saúde	Não existe uma boa intersectorialidade	Cinco meses
2- Uma capacitação dos ACS, outros membros da equipe e pessoal escolhido da comunidade nos temas relacionados às características, riscos e complicações da HAS.	Secretaria de saúde.	Um mês	Só o acionar do posto de saúde	Dificuldade com horário e cumprimentos da programação	Seis meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta é assumir que ação educativa é parte inerente ao trabalho do médico e precisamos que o paciente possa se apropriar do conhecimento e, sobretudo possa assumir o seu papel de cuidador de sua própria saúde apoiados pela equipe de saúde, tendo em conta que na ordem social aumentará a qualidade de vida dos pacientes pretendendo diminuir o alto índice de hipertensão arterial, trabalhando com os pacientes que tenham fatores de risco desde idades muito jovens, para o surgimento desta doença, reduzindo além as suas complicações com o objetivo de diminuir as internações nos hospitais, por urgências e emergências hipertensivas, porém aumentar o conhecimento dos pacientes sobre o surgimento da hipertensão.

Considera-se que o desenvolvimento deste projeto é viável porque os recursos necessários para o seu desenvolvimento não são caros comparados com os benefícios sociais e econômicos que serão alcançados. A infraestrutura para desenvolver o projeto é o próprio PSF, os recursos humanos necessários são os membros da equipe de saúde, e os recursos materiais necessários são de baixo custo.

REFERENCIA

1. BARRETO, SM; PASSOS, VMA; FIRMO, JOA; GUERRA, HL; VIDIGAL, PG; LIMA-COSTA, MFF. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil- The Bambuí Health and Ageing Study. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia** 2001; 77(6):576-81
2. BERLEZI, EM. Estudos de fatores de risco para doenças cardiovasculares em indivíduos hipertensos adstritos a uma unidade de saúde da família. (tese-doutorado). Rio Grande do Sul: Instituto de Geriatria e Gerontologia Biométrica/PUCRS; 2007.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. DATASUS. Disponível em: < <http://pni.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 30 de julho 2009.
- 4 . BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 71p.
5. CAMPOS, FC.; FARIA, HP.; SANTOS, MA. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.
6. DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. SHB Sociedade Brasileira de Hipertensão, SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia, SBN – **Sociedade Brasileira de Nefrologia**, v.5, n.4. Campos do Jordão-SP: BG Cultura, 2002
7. HALLAR, I.; KOTCHEN, T.A. Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the United States, 1988-2000. **Jama**, v. 290, n. 2, p. 199-206, 2003.
8. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Minas Gerais. Cabo Verde. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: julho de 2015.
9. LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.8, ago.2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?codmun=315510. Acesso em: 23 fev..2015.
10. LIMA, LPM; GAZETTA, CE. Análise do programa do controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 14, n. 2, p. 88-94, 2007.
11. MANO, Reinaldo. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Manuais de Cardiologia. RJ. 2009. Disponível em:

<<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has.htm>> Acesso em: 23 de fev.2015.

12. MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014 a 2017. Ações e promoções de saúde de Cabo Verde, julho, 2013.

13. NETTINA, S. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

14. PÉRES, DS.; MAGNA, JM.; VIANA, LA. **Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas (trabalho científico)**, São Paulo, 2003.

15. REZENDE, AMB. Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional. Catalogo USP, São Paulo, 2011.

16. SILVA, JLL.; SOUZA, SL. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista electrónica de Enfermagem**, v.06, n. 03, 2004. Disponível em Faculdade de Enfermagem- FEN/UFG

17. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial V. Minas Gerais, 2010.