

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

YAILEK RODRIGUEZ GONZALEZ

**PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SANTA RITA DE CÁSSIAS NO MUNICÍPIO DE
LIBERDADE – MINAS GERAIS**

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS
2016**

YAIK RODRIGUEZ GONZALEZ

**PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SANTA RITA DE CÁSSIAS NO MUNICÍPIO DE
LIBERDADE – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS
2016**

YAIK RODRIGUEZ GONZALEZ

**PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SANTA RITA DE CÁSSIAS NO MUNICÍPIO DE
LIBERDADE - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Daniela Coelho Zazá - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte em 20 de maio de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus familiares pelo carinho, apoio, dedicação e por reconhecerem meus esforços em lutar para atingir os objetivos.

Aos meus pacientes, por acreditarem desde o primeiro momento em meu trabalho e pelas imensas demonstrações de respeito, amor e carinho que recebo diariamente deles que nunca vou esquecer.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente aos meus queridos pais, Elvis Rodriguez Marquez e Ledis Gonzalez Aldama, que definitivamente proporcionaram tudo que sou hoje. A meu irmão Yoelvis Rodriguez Gonzalez por ser meu grande incentivador nesta longa jornada para que eu nunca desistisse dos meus objetivos. A toda minha família e amigos, que acreditaram no meu sonho.

Minha gratidão aos professores e a todos aqueles que repartiram os seus conhecimentos, ensinando-nos sobre as diversas áreas, sobre a vida e principalmente sobre a arte de construir um hoje comprometido com o amanhã.

Aos pacientes que durante o trabalho foram de grande valia para o meu aprendizado.

À minha orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira por sua preocupação, orientação e dedicação.

Aos colegas de trabalho, trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Liberdade e aos governos do Brasil e Cuba por permitir-me viver esta experiência maravilhosa ao lado do povo brasileiro.

A todos que de forma direta ou indireta ajudaram a superar os obstáculos.

“O homem erudito é um descobridor de fatos que já existem - mas o homem sábio é um criador de valores que não existem e que ele faz existir”.

Albert Einstein

RESUMO

O estado de saúde da população brasileira é caracterizado por uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis dominando o quadro epidemiológico do país, onde a Hipertensão Arterial Sistêmica representa um grave problema de saúde pública por sua magnitude, presenteando uma alta morbi-mortalidade, elevado custo econômico, e o principal fator de risco para complicações como os acidentes vasculares cerebrais, doenças cardiovasculares e insuficiência renal crônica. Na Atenção Primária de Saúde existe uma alta prevalência e baixas taxas de controle dos pacientes hipertensos e precisam-se realizar maiores ações de saúde, dirigidas a elevar o conhecimento da população sobre a doença e como seu bom controle influi na prevenção das complicações. O objetivo deste projeto é elaborar um plano de ação para aumentar o controle da hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da unidade de saúde da família numero 2 "Santa Rita de Cássias", no município Liberdade, Minas Gerais. A metodologia utilizada está baseada no método de Planejamento Estratégico Situacional, executando-se o diagnóstico situacional, a revisão bibliográfica sobre o tema e a elaboração da proposta do plano de ação para o acompanhamento nas ações de saúde para o aumento do controle da hipertensão na área de abrangência. Serão desenvolvidas várias ações de saúde destinadas, primeiramente, a mensurar o nível de conhecimentos dos pacientes hipertensos sobre sua doença, orientações sanitárias dirigidas a elevar este conhecimento e posteriormente, através de visitas domiciliares e consultas médicas, avaliar o mesmo e o controle das cifras pressóricas. Este projeto contribuirá com a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com hipertensão, por adquirirem um maior conhecimento de sua doença, facilitando um adequado controle e estimulando a realização de mudanças em seus modo e estilos de vida.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica. Estratégia de Saúde da Família. Educação em saúde.

ABSTRACT

The health status of the Brazilian population is characterized by a high prevalence of non-communicable chronic diseases dominating the epidemiological frame of the country, where the systemic Arterial hypertension represents a serious public health problem by its magnitude, presenting a high morbidity and mortality, high cost economic, and the main risk factor for complications such as brain vascular accidents, heart disease, peripheral arteries and chronic renal failure, and these complications arising, and the leading cause of death in Brazil. In primary health care contact is a high prevalence and low rates of control because need is greatest health actions aimed at raising awareness of the population about the disease and how their good control influences the prevention of complications. The objective of this project is to develop an intervention project to increase the control of systemic arterial hypertension in the area covered by the family health unit number 2 "Santa Rita de Cassias", in the municipality Liberdade, Minas Gerais. The methodology is based on the method of Situational Strategic Planning, running the situational diagnosis, the literature review on the topic and the preparation of the proposed action plan for monitoring in health actions to control increasing hypertension in the catchment area. Several health actions will be developed aimed, first, to measure the level of knowledge of hypertensive patients about their illness, health hearings aimed to raise this knowledge and then through home visits and medical consultations, evaluate it and control of figures blood pressure. This project will contribute to improving the quality of life of patients with hypertension, by acquiring greater knowledge of their disease, facilitating an adequate control and stimulating making changes in your mood and lifestyles.

Keywords: Hypertension. Family Health Strategy. Health education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família 2 “Santa Rita de Cássias”. Liberdade 201427
Quadro 2	Descritores do problema complicações da Hipertensão Arterial. ESF 2 “Santa Rita de Cássias”.Liberdade 2014.....28
Quadro 3	Desenho de operações para os “nós” críticos do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da ESF 2 “Santa Rita de Cássias”. Liberdade. 2014.....31
Quadro 4	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema da área de abrangência da ESF 2 “Santa Rita de Cássias”.Liberdade. 2014.....32
Quadro 5	Propostas de ações para a motivação dos atores do problema selecionado da área de abrangência da ESF 2 “Santa Rita de Cássias”. Liberdade. 2014.....34
Quadro 6	Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da ESF 2 “Santa Rita de Cássias”. Liberdade. 2014.....35
Quadro 7	Gestão do plano do problema selecionado da área de abrangência da ESF 2 “Santa Rita de Cássias”. Liberdade. 2014.....37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
AVC	Acidente Vascular Encefálico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
FR	Fatores de risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município de Liberdade	12
1.2 Sistema local de saúde.....	14
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO DE LITERATURA	22
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Liberdade

Histórico de criação

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Liberdade em 1855 era considerado uma freguesia denominada Livramento que em 1923 passou a ser chamada Liberdade. Essa denominação foi mantida pelo município criado em 1938. Sua história baseia-se na fé de seus moradores (IBGE, 2014).

Não se sabe exatamente como se iniciaram penetrações na região onde se localiza o município. Entretanto, há alguns relatos que afirmam o arraial tenha nascido na época da mineração, pois se sabe que a capelinha, atual Matriz do “Senhor Bom Jesus do Livramento”, foi construída em torno de 1775. Nesta matriz, encontra-se imagem do padroeiro Bom Jesus de 1,90m de altura, que parecer ter sido esculpida em cedro inteiriço. No mês de setembro, é comemorado o jubileu do Senhor Bom Jesus do Livramento, quando é grande a presença de romeiros envolvidos com as festividades e cerimônias (IBGE, 2014).

Descrição do município

Liberdade é um município do estado de Minas Gerais, localizado no alto da serra da Mantiqueira a uma latitude 22°01'44" sul e a uma longitude 44°19'11" oeste, estando a uma altitude de 1.152 metros; é banhado pelo Rio Grande. Possui clima agradável e temperado com uma média anual de 19,1C. Os municípios vizinhos são: Seritinga, Carvalho, Bocaina de Minas, Passa Vinte, Bom Jardim, Arantina e Andrelândia (IBGE, 2014).

Segundo o IBGE (2014), sua população estimada em 2010 era de 5.346 habitantes, predominantemente urbana com 3.869 habitantes (72,4%); na zona rural residem 1.477 pessoas (27,6%). Em 2014 a população estimada é de 5373 apreciando que praticamente não teve crescimento populacional nos últimos anos. Os fatores que

contribuíram para esse fato são os jovens que saem para estudar em outras cidades a até mesmo procura de uma melhor oportunidade profissional. No ano 2015 a taxa de crescimento anual estimada é de 0,5%, com uma taxa de mulheres em idade fértil (10-49 anos) de 60,2% e uma proporção de população feminina em idade não fértil de 39,8%.

A população é predominantemente idosa com um total de 895 habitantes de 60 anos e mais, seguido de faixa etária de 30 a 39 anos com 833 e de 40- 49 anos com 782 habitantes. Existe um maior número de habitantes do sexo masculino com 2.701 representando 50,5% e 2.645 habitantes femininas as quais constituem o 49,5% de população (IBGE, 2014).

Sua área geográfica é de 402,7 km², com uma densidade demográfica de 13,32 hab/km² e tem aproximadamente 1.175 domicílios, sendo 98,76% deles construídos com tijolos; o índice de desenvolvimento humano (IDH) de Liberdade é de 0,672. A renda *per capita* por domicílio e aproximadamente de 361,19 reais (IBGE, 2014).

As principais atividades econômicas e de emprego são a agropecuária, industrial, comércio de mercadoria e serviços. Na agropecuária destaca-se a criação bovina (produção leiteira e queijo), equino e suíno e na agricultura, a fruticultura (banana e laranja), cultura de feijão, milho, mandioca.

O nível de emprego por atividade da população do município por setores apresenta um maior número de pessoas que trabalham em o setor agropecuário, extração de vegetal e pesca com 659 pessoas, em o setor industrial trabalham 397 pessoas e comércio e mercadorias 280. Em diferentes serviços trabalham 782 pessoas (IBGE, 2014).

Ressaltamos a renda que vem de serviços informais e também dos programas sociais do governo federal como Bolsa Família (650 famílias atendidas), benefícios do INSS e indústria de cerâmica. O comércio local é pequeno, o que provoca a saída dos jovens à procura de emprego, grande problema escutado em conversas com os moradores.

O abastecimento de água tratada do município é fornecido pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). Ficam para a prefeitura os cuidados com as redes de esgoto, sendo tarefa prioritária da mesma.

Embora a prefeitura municipal realize a coleta diária de resíduos sólidos domiciliares, comerciais e hospitalares, na sede do município não tem sistema de aterro ou reciclagem para os mesmos.

O município conta com treze estabelecimentos escolares, dos quais oito são de ensino fundamental, um ensino médio e dois ensinos pré-escolares. O número de matrículas em ensino fundamental em 2012 foi de 834, em ensino médio 222 e pré-escolar 59. A taxa de analfabetismo em todas as idades é de 19,2% (IBGE, 2014).

A população do município vive em média até os 73 anos de idade. Sendo que índice cresceu nos últimos anos, e espera-se uma população idosa ainda maior até o ano de 2025 (IBGE, 2014).

1.2 Sistema local de Saúde

O município tem um Conselho Municipal de Saúde paritário e atuante que é responsável por fiscalizar os recursos de saúde, acompanhar as verbas que chegam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os repasses de programas federais; participa da elaboração das metas para saúde, no controle a execução das ações na saúde e também reúne pelo menos uma vez por mês, existindo um controle da cidadania.

Para a preservação da saúde o município conta com duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um hospital privado em convênio para atendimento pelo SUS, brindando serviços de medicina geral, fisioterapia, vacinação, saúde bucal, consultas especializadas e internamento.

Durante o ano de 2013, o número de nascidos vivos foi de 60, com cinco recém-nascidos com baixo peso, representando uma taxa de 8,3%. Ocorreram três óbitos em menores de um ano, sendo um antes de 28 dias e dois depois dessa idade, a taxa de mortalidade infantil foi de um 5 % (IBGE, 2014).

Durante o ano foram realizadas 15.600 consultas médicas, com uma média por área de 2,9 pessoas e 728 visitas domiciliares.

As principais causas de mortalidade geral do município são as doenças de aparelho circulatório com um 54,5%; as demais causas definidas são doenças do aparelho respiratório, endócrino metabólico e as doenças infecciosas parasitárias (IBGE, 2014).

Equipe de Saúde da Família numero 2 “Santa Rita de Cássias”

A Equipe de Saúde da Família 2 “Santa Rita de Cássias” na qual estou inserido como médico é responsável pelo atendimento da zona urbana de município com uma população de 3.869, o que representa um 72,4%, distribuídas em 691 famílias, dedicadas principalmente aos trabalhos de serviços e comércio de mercadoria. 100% das moradias tem boa estrutura e recebem energia elétrica, beneficiadas por abastecimento de água por redes públicas, coleta diária de lixo, redes de esgoto.

A atenção médica é brindada por dois médicos todos os dias da semana nos horários de 8:00 às 12:00 horas e de 13:00 às 17:00 horas. A sede da equipe tem boas condições e conta com sala de triagem, sala de curativos, consultório odontológico, dois consultórios médicos, consultório da enfermeira, sala de fisioterapia, além de contarmos com farmácia e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Não contamos com os recursos nem medicamentos para o atendimento das urgências pelo que realizamos encaminhamento ao Hospital com o apoio da Prefeitura Municipal.

A equipe conta com seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, uma fisioterapeuta e dois médicos.

Em nossa área de abrangência, desde que começamos a trabalhar, percebemos grande número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), destacando-se pessoas com cifras tensionais elevadas de pressão arterial sem tratamento e outras diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) com tratamento irregular em uma população majoritariamente idosa, constituindo diariamente a maior demanda de assistência. O Diabetes Mellitus, geralmente

associado à HAS, as infecções respiratórias agudas, afecções crônicas do aparelho osteoarticular, parasitismo intestinal, infecções de pele abarcam mais dos 80% da demanda diária de consulta.

Dada à importância do controle adequado dos pacientes, por sua repercussão na saúde individual e coletiva da comunidade, assim como nos serviços de saúde, a HAS constitui um problema de saúde prioritário, sendo necessárias, por parte da equipe de saúde, ações imediatas que contribuam para um melhor controle dos pacientes hipertensos. Portanto esse é o problema da saúde a ser trabalhado no projeto de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico da situação de saúde na área de abrangência das equipes de saúde da família tem grande utilidade e validade para garantir a qualidade dos serviços. Requer participação comunitária para alcançar seus propósitos, é uma ferramenta que permite a identificação dos principais problemas de saúde da população e serve de base ao planejamento estratégico em saúde. É muito importante tanto para a definição das ações que serão implementadas a fim de enfrentar os problemas identificados, quanto para avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Ezzati *et al.* (2002) *apud* por Lima-Costa *et al.* (2009) afirmam que a HAS no mundo representa o fator de risco mais evidenciado para a mortalidade e a terceira causa responsável pela incapacidade das pessoas.

Ela responde por, aproximadamente, metade das ocorrências por doenças isquêmicas cardíacas e acidente vascular encefálico, perto de 47% e 54%, respectivamente, e estão associadas a altos custos socioeconômicos para a sociedade, família e o próprio indivíduo. Além disso, geram 40% das aposentadorias precoces no Brasil, sendo que sua prevalência em adultos varia entre 22,3% a 43,9%, com perspectivas de aumento nas próximas décadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; ANDRADE *et al.*, 2013).

Segundo Silva (2011), mudanças nos estilos de vida, tais como redução do peso, aumento da atividade física e modificações da dieta, que inclui diminuição de sal e incremento de alimentos com alto conteúdo de potássio, grãos, frutas, vegetais e produtos não graxos, podem ser de valor, sem necessidade de recorrer ao tratamento medicamentoso.

O município Liberdade tem uma população de 5.346 moradores, deles 4.242 são maiores de 15 anos (79,35% da população total); 1.204 estão diagnosticados com hipertensão para um 22,52% considerando que existe um sub-registro se levar em conta que esta doença, muitas vezes, cursa de forma silenciosa. 895 habitantes da população total são maiores de 60 anos (16,74%), constituindo uma população de risco por idade, considerando que esta enfermidade é mais frequente à medida que

aumenta a idade, por isso a incidência e prevalência da HAS e suas complicações aumentam. Dos 4.242 habitantes maiores de 15 anos, 1.204 são hipertensos, representando 22,52% da população total e 28,38% da população de risco maior de 15 anos.

Um grande número de pacientes hipertensos tem complicações diagnosticadas, fundamentalmente de risco cardiovascular, como transtornos secundários da repolarização ventricular, hipertrofia de ventrículo esquerdo, cardiopatias e de outros aparelhos com mais frequência renal e oftalmológica, devidas a fatores não modificáveis.

Entretanto, sabemos que a aparição e a evolução dessas complicações podem ser controladas, pois somos capazes de trabalhar com a população para modificar aqueles fatores passíveis de mudança, como: hábitos de vida inadequados, uso de drogas, tabaco e álcool, manter dieta adequada, prática de exercícios físicos, caminhadas, controle de doenças associadas, entre outros com vistas a melhorar a qualidade de vida.

De acordo com (IBGE, 2014), do total da população 650 (12,15%) são fumantes, 158 (2,95%) são obesos; não temos registro exato de sedentários e pessoas com sobrepeso, mas a cifra deve ser também considerável; 583 (10,9%) pacientes padecem de Diabetes Mellitus que consideramos existir de igual maneira um sub-registro, 305 (5,7%) são alcoólicos e um grande número da população adulta é maior de 60 anos e padece de hiperlipoproteinemia não existindo registro exato.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde no Brasil e no mundo, gerando elevados custos médico-sociais, principalmente por sua implicação nas complicações, como doenças cerebrovasculares, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, na insuficiência renal crônica, retinopias hipertensivas e insuficiência vascular periférica (KALIL, 2013). O aumento dos níveis pressóricos é comum no dia a dia nos atendimentos das equipes de atenção primária, portanto esse tema merece atenção de todos.

Dada a importância de seu controle, avaliação, e seguimento adequados para a saúde individual, da comunidade e da sociedade em geral, os serviços de saúde

precisam de ações imediatas que ocasionem mudanças nesses pacientes. A solução do problema está dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, tendo como objetivo primordial a prevenção de complicações.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

- Propor um projeto de intervenção para a prevenção da aparição e evolução das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica no território da Unidade de Saúde da Família no município de Liberdade.

Objetivos específicos

- Identificar os fatores determinantes da aparição e evolução das complicações da Hipertensão Arterial no ESF Liberdade. 2014.
- Propor ações de promoção, prevenção, pesquisa e reabilitação das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde da família numero 2 “Santa Rita de Cássias”.

Em um segundo momento realizou-se uma revisão narrativa da literatura, consultando publicações que abordassem o tema e subsidiasse a elaboração do projeto de intervenção. Essa busca deu-se na Biblioteca Virtual em Saúde, principalmente nos *sites Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A pesquisa da produção científica foi norteadada por meio dos seguintes descritores: Hipertensão arterial, Adesão do paciente, Educação em saúde.

Para elaboração do Projeto de Intervenção utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional, com base no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Atualmente, as doenças crônicas representam um dos maiores problemas de saúde pública mundial, sendo, segundo a Organização Mundial da Saúde, a primeira causa de mortalidade mundial. Essa situação se complica, considerando que 90% dos pacientes não seguem adequadamente o tratamento e que estas causas estão relacionadas a fatores não modificáveis como a herança, sexo, raça, idade, além dos fatores que podem ser modificados como a dieta, hábito de realizar exercícios físicos, peso corporal (obesidade), consumo excessivo de álcool, hábito de fumar, uso de anticoncepcionais orais e o estilo de vida muito sedentário, todos eles relacionados com o estilo de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O estado de saúde da população brasileira é caracterizado por alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, dominando o quadro epidemiológico do país onde a HAS representa um grave problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades em seu controle (FREITAS; GARCIA, 2012).

A HAS é uma condição clínica originada por vários fatores e caracteriza-se por elevação da pressão arterial (PA) quando essa atinge níveis acima de 140/90 mmHg. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O risco de desenvolver hipertensão arterial aumenta com a idade. É a doença crônica mais comum em idosos, com prevalência igual ou superior a 50% entre aqueles com idade de 60 a 69 anos e 75% nos acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estima-se que esta atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e tem uma prevalência entre um 15% e 20%, inclusive em alguns estudos se tem encontrado uma prevalência que oscila entre um 22.3% e 43.9% da população adulta em plena fase reprodutiva e mais de 50% dos idosos. Dos 30 milhões de brasileiros afetados

pela hipertensão arterial sistêmica, 36% são homens adultos e 30% mulheres. (CUNHA *et al.*, 2012).

A HAS é mais importante fator de risco para desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incluindo o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o infarto agudo do miocárdio (IAM), as duas maiores causas de mortes no país (WESCHESFELDER; GUE MARTINI, 2012; ANDRADE *et al.*, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica constitui um sério problema de saúde e sua prevalência na sociedade contemporânea é alta, aumentando à medida que a população envelhece. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, entretanto atinge baixas taxas de controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). “A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente” (PARK; TAYLOR, 2007 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1).

É o fator de risco mais importante na origem de doenças cardíacas, cérebro vasculares e da insuficiência renal crônica; produz lesões vasculares orgânicas, mais graves em aqueles órgãos brancos como coração, rim, cérebro e retina. Para Bertolotto (2014, p.224), são evidentes os benefícios de se reduzir a pressão arterial na diminuição do risco cardiovascular, principalmente “nas causas mais relacionadas como o acidente vascular cerebral, doença arterial coronária e insuficiência renal”.

Afetando 30% da população adulta, a HAS pode aparecer a partir dos 15 anos. Estima-se que depois dos 50 anos quase a metade das pessoas tem problemas com a pressão arterial, embora muitas não saibam que possuem a doença e vivem com o risco de sofrer uma crise hipertensiva. Por isso a HAS é conhecida como enfermidade silenciosa e no dia a dia, pode estar prejudicando as funções vitais de seu organismo como as do coração, o cérebro, os rins e a retina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Sendo a HAS, muitas vezes, silenciosa, as pessoas não procuraram os serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento, além de apresentarem dificuldades na

adesão ao tratamento, quando a doença é diagnosticada. Além disso, os serviços de saúde, geralmente, não se encontram estruturados para atender essa população e as ações educativas com foco na prevenção para a redução dos fatores de risco, quando desenvolvidas, são incipientes (MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013, p.29).

Apesar de representar um fator de risco independente e contínuo para a doença cardiovascular, a HAS não ocorre isoladamente, quase todos os hipertensos têm associados outros fatores de risco e sua concomitância aumenta o risco cardiovascular. Por isso, ao adotar medidas de prevenção e de controle da doença, devem-se abordar os múltiplos fatores de risco que cada indivíduo apresenta, incluindo-se os comportamentos desejados de saúde para possível prevenção de suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SILVA, 2011).

O controle da HAS, para Santa-Helena, Nemes e Eluf Neto (2010, p.2391), “depende de medidas dietéticas e de estilo de vida (atividade física regular, combate ao tabagismo, controle do consumo de álcool) e, quando necessário, do uso regular de medicamentos”.

Neste sentido, Alves e Calixto (2012, p.256) enfatizam que a adesão do paciente ao tratamento, seja ele medicamento ou não medicamentoso, não é fácil, e necessita de intervenções baseadas “nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde, para serem adaptadas às características e necessidades da população abrangente”, portanto as ações educativas individuais e coletivas desenvolvidas pela equipe de saúde são ferramentas fundamentais para se aumentar “a adesão e eficácia do tratamento e consequentemente a qualidade de vida dos pacientes”.

Medeiros *et al.* (2014) reforçam a necessidade de que ao se planejar as ações e estratégias para melhorar a adesão do paciente hipertenso ao tratamento, o

profissional de saúde utilize instrumentos que possibilitam a identificação precoce de usuários não aderentes e suas dificuldades de adesão, para que as intervenções sejam mais efetivas.

Portanto, conforme afirmam Daniel e Veiga (2013, p.332),

[...] priorizar a produção do conhecimento sobre os fatores que interferem na adesão pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias inovadoras, que possam favorecer o paciente a motivar-se por seu tratamento; contribuir com os profissionais no planejamento, execução e avaliação da assistência prestada; e garantir uma política de saúde eficaz para o controle da HA, nos diferentes níveis de complexidade.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Conforme, dito anteriormente, o projeto de intervenção seguiu os passos do plano de ação do Planejamento Situacional Estratégico: definição dos problemas, priorização do problema, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, análise dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Primeiro Passo: Definição dos problemas

Os principais problemas identificados nossa área foram:

- Elevada incidência e prevalência de Hipertensão Arterial
- A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a principal morbidade da área sendo a principal demanda de atendimento médico diário
- Deficiente controle do pacientes com HAS
- Elevada prevalência da Diabetes Mellitus
- Alto índice de tabagismo
- Alto índice de alcoolismo
- Alta prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão
- Alto consumo de psicofármacos
- Alta incidência de infecções respiratórias agudas
- Parasitismo Intestinal.

Segundo Passo: Priorização dos problemas

O passo seguinte consistiu na priorização dos problemas, conforme o quadro 1. Os critérios utilizados para a seleção dos problemas foram feitos a partir da análise da

Importância do problema, sua urgência e capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A importância foi classificada em alta, média e baixa. Utilizou-se o critério de pontuação segundo a urgência, sendo possível nota de um a dez.

Quanto à capacidade de enfrentamento da equipe classificou-se a demanda, fora ou parcialmente de acordo com as possibilidades da equipe solucionar o problema.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família 2 “Santa Rita de Cássias”. Liberdade. 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada incidência e prevalência de Hipertensão Arterial.	Alto	9	Parcial	1
Deficiente controle do pacientes com HAS.	Alto	8	Parcial	2
Elevada prevalência da Diabetes Mellitus	Alto	7	Parcial	3
Alto índice de tabagismo.	Alto	7	Parcial	4
Alto índice de alcoolismo	Alto	6	Parcial	5
Alto consumo de psicofármacos	Alto	6	Parcial	6
Alta incidência de infecções respiratórias agudas	Alto	5	Parcial	7
Parasitismo Intestinal	Alto	5	Parcial	8

Fonte: Autoria Própria (2016)

Terceiro Passo: Descrição do problema selecionado

Na classificação das prioridades o problema selecionado foi a elevada incidência e prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica. Portanto, foram selecionados os descritores em relação ao problema exposto, conforme mostra o quadro 2.

Quadro 2 - Descritores do problema complicações da Hipertensão Arterial. ESF 2 "Santa Rita de Cássias". Liberdade 2014.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados	1204	SIAB
Hipertensos Confirmados	1204	Registro de ECNT.
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	1204	Cadastros de família
Hipertensos controlados	999	Cadastros de família
Dietas inadequadas	1188	Informações da equipe
Tratamentos maus feitos	48	Informações da equipe
Abandoo de tratamento	19	Informações da equipe
Diabetes Mellitus	583	Informações da equipe
Fumadores	650	Informações da equipe
Alcoólicos	305	Informações da equipe
Obesos	158	Informações da equipe
Insuficiência renal	3	Informações da equipe
Outras complicações da HTA.	114	Informações da equipe
Internações por HTA e suas complicações	38	SIAB
Óbitos por complicações de HTA	6	SIAB

Nossa área de abrangência tem uma população de 2.743 pessoas, sendo as doenças crônicas as principais demandas diárias de atendimentos, fundamentalmente pacientes com HAS. A área tem diagnosticado 527 hipertensos com uma prevalência geral de HAS de 19,2% e 18.75% na população maior de 20 anos e em 70.7% dos pacientes idosos, observando-se um controle inadequado dos pacientes hipertensos.

Quarto Passo: Explicação do problema

O quarto passo desenvolvido consistiu na explicação do problema o qual tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O controle inadequado dos pacientes com HAS pode dever-se a muitas causas as qual se incidem em maior ou menor proporção no controle adequado, estimulando o debate entre os membros da equipe em nossa área de saúde. Pensamos que um dos fatores que incidem nesse controle ou contribui com a insistência dos pacientes às consultas programadas, acudindo geralmente às demandas espontâneas,

afetando seu seguimento e avaliações adequadas, apesar de existir um bom vínculo com a comunidade, é a realização de poucas atividades educativas sobre o tema. Tal situação contribui para que os pacientes tenham poucos conhecimentos afetando seu controle e favorecendo o desenvolvimento de hábitos e modos de vida inadequados que incidem negativamente em seu estado de saúde. Esta escassez de atividades educativas está relacionada ao pouco conhecimento que a equipe possui sobre diferentes técnicas educativas, somada à sobrecarga de trabalho da equipe devido ao planejamento inadequado onde é priorizada a atenção médica centrada na doença apesar dos avanços desenvolvidos.

Outro elemento de muita importância é a necessidade de fazer um tratamento farmacológico adequado, sendo este muitas vezes interrompido por falta de medicamento que nem sempre está disponível pelo sistema público, pois na população predomina o baixo nível econômico ou outras vezes não se preocupa em buscá-los; também incidem no problema as poucas informações gerando pouco conhecimento sobre o tratamento e sua importância em segui-lo de forma regular, contínua e tomando os medicamentos nas doses recomendadas.

Quinto Passo: Seleção dos “nós críticos”

Identificação dos "nós críticos" do problema caracterizado pelo deficiente controle dos pacientes com HAS foi o quinto passo. O “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítica” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe de saúde identificou os seguintes nós críticos:

- Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS (nível de informação deficiente).
- Hábitos e estilos de vida inadequados (sedentarismo, hábitos nutricionais inadequados).

- Dificuldades no seguimento dos pacientes com HAS (estrutura planejada dos serviços de saúde).
- Tratamento farmacológico inadequado.
- Baixo nível de realização de atividades educativas pela equipe de saúde (processo de trabalho da equipe de saúde).

Uma vez iniciando-se a realização do projeto de intervenção com a realização do diagnóstico de saúde, a identificação, priorização, descrição, explicação dos problemas, assim como a Identificação dos "nós críticos" , procedemos a realizar os seguintes passos:

- O desenho das operações.
- Identificação dos recursos críticos.
- Análise da viabilidade do plano.
- O plano operativo do projeto de intervenção.

Sexto Passo: Desenho das operações

O desenho das operações objetiva descrever “as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.66).

As operações para enfrentamento dos “nós críticos” do problema selecionado, elevada incidência e prevalência de Hipertensão Arterial, estão apresentadas no quadro 3, a seguir.

Quadro 3 - Desenho das operações para os “nós” críticos do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da ESF 2 “Santa Rita de Cássias”. Liberdade. 2014.

Nós críticos	Operações	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixo nível de conhecimento dos pacientes sobre a HAS.	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e da comunidade sobre HAS.	População com mais conhecimentos sobre HAS.	Avaliação o conhecimento dos pacientes sobre HAS. Paciente com conhecimento sobre HAS.	Cognitivos: Conhecimentos sobre a doença. Financeiros: Folhetos educativos e mídias audiovisuais. Políticos: Participação da população. Organizacional: Organização da agenda e de espaço físico para a atividade.
Tratamento farmacológico inadequado.	Elevar o conhecimento dos pacientes sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	Manter um tratamento diário estável e de jeito adequado.	Paciente informado sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado.	Cognitivos: Informações sobre a importância do tratamento farmacológico adequado. Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS para os pacientes. Materiais educativos e mídias audiovisuais. Políticos: Mais vontade pelos gestores de garantir os recursos para manter estabilidade em os subministros de medicamento. Organizacional: Organização da agenda e de espaço físico para a atividade e controle dos medicamentos.
Hábitos e estilos de vida inadequados.	Estimular mudanças de hábitos e estilos de vida.	Modificar hábitos inadequados. Desenvolver uma dieta balanceada e adequada. Diminuir a obesidade e estimular a prática sistemática do exercício físico.	População informada sobre como fazer mudanças em seu modo e estilo de vida.	Cognitivos: Informações sobre mudar os hábitos e estilos d vida. Financeiros: Folhetos educativos e mídias audiovisuais. Políticos: Fornecer uma maior participação social entre todos os gestores da sociedade. Organizacional: Organização da agenda e de espaço físico para a atividade.
Dificuldades no seguimento dos pacientes com HAS	Estabelecer um melhor seguimento dos pacientes com HAS.	Maior assistência dos pacientes nas consultas programadas. Melhor planejamento e desenvolvimento das visitas domiciliares.	Pacientes com HAS informados sobre a importância de comparecer às consultas programadas e seguimento para seu controle. Equipe de saúde com melhor planejamento e mais eficiência na realização das consultas programadas e visitas domiciliares.	Cognitivos: Informações sobre a importância das consultas programadas e seguimento. Financeiros: Transporte dos pacientes e equipe de saúde. Políticos: Participa-o da comunidade e garantir os recursos por parte da secretaria de saúde ou prefeitura. Organizacional: Organizar as consultas programadas e atendimento domiciliário.
Baixo nível de realização de atividades educativas pela equipe de saúde sobre HAS	Incrementar a realização sistemática de atividades educativas na área sobre o tema. Proporcionar à equipe os conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades. Estimular a participação social nas mesmas.	Desenvolvimento de mais ações de saúde preventivas em a área. Equipe de saúde mais capacitada com ferramentas necessárias para a realização das atividades educativas. Participação ativa da população nas atividades educativas.	Maior número de atividades educativas realizadas na área. Equipe de saúde com conhecimentos sobre o tema. Maior aderência da população às atividades.	Cognitivos: Informação sobre técnicas educativas a equipe de saúde e outros profissionais. Financeiros: Materiais e recursos para o desenvolvimento das atividades. Políticos: Articulação entre todos os componentes da sociedade. Organizacional: Organização da agenda e de espaço físico para a atividade.

Fonte: Autoria Própria (2016)

Sétimo Passo: Identificação dos recursos críticos

Este consistiu em “identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação” e “constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.69). O quadro 4 apresenta esses recursos críticos.

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema da área de abrangência da ESF 2 “Santa Rita de Cássias”.Liberdade. 2014.

Operações	Recursos críticos
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade sobre HAS.	Financeiros: Folhetos educativos e meios audiovisuais para a realização das atividades.
Elevar o conhecimento dos pacientes sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS para os pacientes. Materiais educativos e mídias audiovisuais. Políticos: mais vontade pelos gestores de garantir os recursos para manter estabilidade em os subministros de medicamentos.
Estimular mudanças de hábitos e estilos de vida.	Financeiros: Folhetos educativos e mídias audiovisuais. Políticos: Fornecer uma maior participação social entre todos os gestores da sociedade.
Estabelecer um melhor seguimento dos pacientes com HAS.	Financeiros: Transporte dos pacientes e equipe de saúde. Políticos: Participa-o da comunidade e garantir os recursos por parte da secretaria de saúde ou prefeitura.
Incrementar a realização sistemática de atividades educativas na área sobre o tema. Proporcionar à equipe os conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades. Estimular a participação social nas mesmas.	Financeiros: Materiais e recursos para o desenvolvimento das atividades. Políticos: Articulação entre todos os componentes da sociedade.

Fonte: Autoria Própria (2016)

Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano

O oitavo passo está dirigido à análise de viabilidade do plano e segundo Campos, Faria e Santos (2010, p.70-71) seus objetivos são:

- Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para desenvolvimento de cada operação;
- Fazer a análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano;
- Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

As propostas de ações para a motivação dos atores estão apresentadas no quadro 5.

Nono Passo: Plano operativo do projeto de intervenção

O plano operativo tem como objetivos designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das mesmas e o cumprimento das ações necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O plano operativo para enfrentamento do problema “elevada incidência e prevalência de hipertensão arterial sistêmica” está exposto no quadro 6.

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores do problema selecionado da área de abrangência da ESF 2 “Santa Rita de Cássias”. Liberdade. 2014.

Operações	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade sobre HAS	Financeiros: Folhetos educativos e médios audiovisuais para a realização atividades.	Secretário de saúde.	Favorável	Não é necessário.
Elevar o conhecimento dos pacientes sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	Financeiros: medicamentos disponíveis pelo SUS para os pacientes. Materiais educativos e médios audiovisuais. Políticos: mais vontade pelos gestores de garantir os recursos para manter estabilidade em os subministros de medicamentos.	Secretário de saúde. Prefeitura municipal. Fundo nacional de saúde.	Favorável	Apresentação projeto.
Estimular mudanças de hábitos e estilos de vida.	Financeiros: Folhetos educativos e médios audiovisuais. Políticos: Fornecer uma maior participação social entre todos os gestores da sociedade.	Secretário de saúde. Prefeitura municipal.	Favorável	Não é necessário.
Estabelecer um melhor seguimento dos pacientes com HAS.	Financeiros: transporte dos pacientes e equipe de saúde. Políticos: participa-o da comunidade e garantir os recursos por parte da secretaria de saúde ou prefeitura.	Secretário de saúde. Prefeitura municipal.	Favorável	Não é necessário.
Incrementar a realização sistemática de atividades educativas na área sobre o tema. Proporcionar à equipe os conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades. Estimular a participação social nas mesmas.	Financeiros: Materiais e recursos para o desenvolvimento das atividades. Políticos: Articulação entre todos os componentes da sociedade.	Secretário de saúde.	Favorável	Não é necessário.

Fonte: Autoria Própria (2016)

Quadro 6 - Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da ESF 2 “Santa Rita de Cássias”. Liberdade. 2014.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade sobre HAS.	População com mais conhecimentos sobre HAS.	Avaliação do conhecimento dos pacientes sobre HAS. Paciente com conhecimento sobre HAS.		Líderes comunitários.	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois de aprovado
Elevar o conhecimento dos pacientes sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	Manter um tratamento diário estável e de jeito adequado.	Paciente informado sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado.	Apresentação o projeto.	Equipe saúde da família	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois de aprovado
Estimular mudanças de hábitos e estilos de vida.	Modificar hábitos inadequados. Desenvolver uma dieta balanceada e adequada. Diminuir a obesidade e estimular a prática sistemática do exercício físico.	População informada sobre como fazer mudanças em seu modo e estilo de vida.		Equipe saúde da família. Líderes comunitários.	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois de aprovado
Estabelecer um melhor seguimento dos pacientes com HAS.	Maior assistência dos pacientes nas consultas programadas. Melhor planejamento e desenvolvimento das visitas domiciliares.	Pacientes com HAS informados sobre a importância de comparecer às consultas programadas para seu controle. Equipe de saúde com melhor planejamento e mais eficiência na realização das visitas domiciliares.		Secretário de saúde	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois de aprovado
Incrementar a realização sistemática de atividades educativas na área sobre o tema. Proporcionar a equipe os conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades. Estimular a participação social.	Desenvolvimento de mais ações de saúde preventivas na área. Equipe de saúde mais capacitada com ferramentas necessárias para a realização das atividades educativas. Participação ativa da população nas atividades educativas.	Maior número atividades educativas realizadas em a área. Equipe de saúde com conhecimentos sobre o tema. Maior aderência da população às atividades.		Secretário de saúde. Líderes comunitários. Equipe saúde da família.	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois de aprovado

Fonte: Autoria Própria (2016)

As responsabilidades dos órgãos públicos

- Tratamento e controle da qualidade de vida garantindo as áreas físicas para prática de exercícios físicos.
- Controle rigoroso das condições de saúde com ações de saúde Campanhas de orientações sobre o tema, com programas voltados para a promoção e prevenção.
- Garantir as estruturas físicas dos locais de atenção e cobertura de medicamentos para o controle da doença.

Do ponto de vista da comunidade a prevenção se faz através de:

- Educação para a saúde;
- Estímulo à prática de exercícios físicos.
- Promoção de hábitos alimentares saudáveis.
- Redução do consumo de substâncias tóxicas, álcool e fumar.

Décimo Passo: Gestão do plano

O ultimo passo é a Gestão do Plano e está centrado em desenhar um modelo de gestão do plano de ação e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos indicando as correções necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 7, a seguir, apresenta em linhas gerais como será feita a gestão do plano de ação.

Quadro 7 – Gestão do plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da ESF 2 “Santa Rita de Cássias”. Liberdade. 2014.

Operação Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade sobre HAS.	Avaliação do conhecimento dos pacientes sobre HAS. Paciente com conhecimento sobre HAS.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades			
Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	Paciente informado sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades			
Fornecer mudanças de hábitos e estilos de vida.	População informada sobre como fazer mudanças em seu modo e estilo de vida.	ACS, médico, Enfermeira.	2 meses para início das atividades			
Estabelecer um melhor seguimento aos pacientes com HAS.	Pacientes com HAS informado sobre a importância de assistir as consultas programadas para seu controle. Equipe de saúde com melhor planejamento e mais eficiência na realização das visitas domiciliares.	ACS, médico, Enfermeira.	2 meses para início das atividades.			
Incrementar a realização sistemática de atividades educativas na área sobre o tema. Proporcionar a equipe os conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades. Estimular a participação social nas mesmas.	Maior número atividades educativas realizadas na área. Equipe de saúde com conhecimentos sobre o tema. Maior número de assistências da população as	ACS, médico, Enfermeira.	2 meses para início das atividades.			

Fonte: Dados PSF 2 “Santa Rita de Cássias”. 2014.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura reforçou que a HAS configura-se um importante problema de saúde no mundo e Brasil, uma vez que atinge altas taxas de prevalência, apresentam complicações agudas e crônicas e por representar fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, que constitui a principal causa de morte por doença no mundo. Além disso, contribui para altas taxas de morbimortalidade aumentando os custos sociais e econômicos para as pessoas, comunidade e órgãos públicos.

O deficiente controle dos pacientes com HAS, produzido por uma inadequada adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e a não realização de mudanças de modo e estilos de vida no comportamento dos pacientes, constitui um sério problema na atenção primária de saúde. As equipes básicas de saúde constituem o pilar fundamental no diagnóstico, tratamento, reabilitação e diminuição das complicações da HAS, por meio do desenvolvimento de múltiplas ações de prevenção e promoção de saúdes dirigidas a melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores desta doença. Neste sentido, a educação em saúde constitui um instrumento valioso das ações de saúde favorecendo para melhor controle dos pacientes com e estímulo ao desenvolvimento de mudanças em seus hábitos e estilo de vida.

Em nossa área de abrangência a HAS constitui a principal morbidade de saúde e a primeira causa de atendimento médica no processo de trabalho diário da equipe de saúde, existindo uma proporção elevada de pacientes com cifras pressóricas não controladas, o que nos motivou a desenvolver esse Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família sobre este tema, que nos permitiu ter um maior conhecimento integral dos pacientes com essa doença e elaborar propostas para melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALVES, B.A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento da hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst.**, v.30, n.3, p.255-60, 2012.
- ANDRADE, J. P. *et al.* Programa Nacional de Qualificação de Médicos na Prevenção e Atenção Integral às Doenças Cardiovasculares. **Arq Bras Cardiol.**, v.100, n.3, p.203-211, 2013.
- BERTOLOTTO, L.. Importância da proteção cardiovascular durante o tratamento da hipertensão arterial: diferenças entre os agentes inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. **Rev Bras Hipertens**, v.21, n.4, p.223-231, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.
- CUNHA, P. R. M. S. *et al.* Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Revista Pesquisa Saúde**, v.13, n.3, p11-16, set/dez, 2012.
- DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E. V.. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**, v.11, n.3, p.331-337, 2013.
- EZZATI, M.; LOPEZ, A. D.; RODGERS, A.; VANDER, H. S.; MURRAY, C. J.. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. **Lancet.**, v.360, n.9343, p.1347-60, 2002. *Apud* LIMA-COSTA, M. F. F.; PEIXOTO, S. V.; CÉSAR, C. C.; MALTA, D.C.; MOURA, E. C. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 18-26, 2009.
- FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P.. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.21, n.1, p.7-19, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais.** 2014. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=313850&search=|liberdade>>. Acesso em: 03 fev. 2016.
- KALIL, M. Manuseio da hipertensão na Doença Arterial Coronária. **Rev Bras Hipertens**, v.20, n.3, p.103-108, 2013.

LIMA-COSTA, M. F. F.; PEIXOTO, S. V.; CÉSAR, C. C.; MALTA, D.C.; MOURA, E. C. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 18-26, 2009.

MEDEIROS, A. R.; ARAÚJO, Y. B.; VIANNA, R. P. T.; MORAES, R.M.. Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.100, p.104-118, Jan./Mar., 2014.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L.. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.9, n.32, p.273-278, 2014.

PARK, I. U.; TAYLOR, A. L.. Race and ethnicity in trials of antihypertensive therapy to prevent cardiovascular outcomes: a systematic review. **Ann Fam Med**, v.5, p.444-452, 2007. *Apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J.. Fatores associados a não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad Saúde Pública**, v.26, n.12, p. 2389-98, 2010.

SILVA, D. B. **Hipertensão Arterial e complicações associadas: análise do risco cardiovascular e de adesão ao tratamento em unidade do Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2011. 127p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2007.

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

WESCHESFELDER, M. D.; GUE MARTINI, J.. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde de família. **Enferm. glob.**, v.11, n.26, p.344-353, 2012.