

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

ILEANA AVILA RAVELO

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS
CONSEQUÊNCIAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF NOVA
SANTA LUZIA DO MUNICÍPIO CRISÓLITA - MG**

TEOFILO OTONI - MG

2016

ILEANA AVILA RAVELO

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS
CONSEQUÊNCIAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF NOVA
SANTA LUZIA DO MUNICÍPIO CRISÓLITA - 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.^aMe. Grace Kelly Naves De Aquino Favarato

Teófilo Otoni /MG
2016

ILEANA AVILA RAVELO

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS
CONSEQUÊNCIAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF NOVA
SANTA LUZIA DO MUNICÍPIO CRISÓLITA – 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.^aMe. Grace Kelly Naves De Aquino Favarato

Banca examinadora

Prof.^aMe. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM- Orientadora

Prof.^a.Dr.^a. Emiliane Silva Santiago - Universidade Federal de Mato Grosso-UFTM

Aprovado em Uberaba em: 08/03/2016

RESUMO

As doenças crônicas dominam o quadro epidemiológico da população brasileira e dentro destas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem uma alta conotação na saúde, dada por sua alta morbimortalidade. É uma doença multivariada, imperceptível nos estágios iniciais, na maioria das vezes progressiva e sempre perigosa, por isso, diagnóstico e tratamento são imprescindíveis. É o principal fator de risco para complicações como os acidentes vasculares cerebrais, doenças cardiovasculares e insuficiência renal crônica. Em base á alta prevalência de hipertensão arterial na comunidade, pelo grande número de pacientes com níveis pressóricos não controlado e precisam-se realizar maiores ações de saúde, dirigidas a elevar o conhecimento da população sobre a doença. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para reduzir a incidência de Hipertensão Arterial e suas consequências na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Nova Santa Luzia. A metodologia utilizada está baseada no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), realizando-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 reduzir a incidência da HAS na área de abrangência. Serão realizadas ações de saúde encaminhadas a elevar o nível de conhecimentos dos pacientes hipertensos sobre sua doença, e, posteriormente, através de visitas domiciliares e consultas médicas, avaliar o mesmo. Espera-se que este projeto contribua a alcançar melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos e evitar suas complicações a partir da incorporação de um maior conhecimento de sua doença, de estilos de vida saudáveis e da adesão á medicação.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica, educação em saúde, estilo de vida

Abstract

Chronic diseases dominate the epidemiological situation of the population and within this the Systemic Arterial Hypertension (SAH) has a high health connotation given by its high morbidity and mortality. It is a multivariate disease, noticeable in the early stages, most often progressive and always dangerous, so diagnosis and treatment are essential. It is the main risk factor for complications such as strokes, heart disease and chronic renal failure. Based on the high prevalence of hypertension in the community, the large number of patients with blood pressure uncontrolled and must be held greater health actions aimed at raising awareness of the population about the disease. The objective of this work is to develop an intervention project to reduce the incidence of Hypertension and its consequences in the area covered by the Family Health Team Nova Santa Luzia. The methodology is based on the method of Situational Strategic Planning (PES), carrying out the situation analysis, the literature review on the topic and the preparation of the proposed action plan for monitoring in health care to reduce the incidence of hypertension in the catchment area. Health actions will be carried forwarded to raise the level of knowledge of hypertensive patients about their disease, and subsequently, through home visits and medical consultations, evaluate the same. It is expected that this project will contribute to achieving improved quality of life of hypertensive patients and prevent its complications through the incorporation of a greater knowledge of their disease, healthy life styles and adhesion to medication.

Key words: Hypertension; Health education; Lifestyle

SUMÁRIO

1	Introdução.....	07
2	Justificativa.....	10
3	Objetivos.....	11
4	Procedimentos Metodológicos.....	12
5	Revisão bibliográfica.....	14
6	Plano de intervenção.....	18
7	Considerações finais.....	38
8	Referencias.....	39

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA) sendo definida como uma morbidade quando a PA atinge níveis a partir de 140/90 mmHg. Está frequentemente associada 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 (SBC, 2006; MALTA *et al.*, 2009).

O município de Crisólita, Estado de Minas Gerais originou-se de pequenas propriedades rurais que se dedicavam à agropecuária. Sua emancipação política ocorreu em 21 de dezembro de 1995, através da Lei nº. 12.030 publicada no Diário Oficial do Estado de Minas Gerais em 22/12/95, sendo um momento de festa e orgulho para os munícipes de Crisólita, pois a partir daí, havia a liberdade de escolha dos seus próprios líderes (IBGE, 2010).

Crisólita encontra-se no nordeste mineiro, no vale do Mucuri. O município ocupa uma área de 960,20 km². Sua população estimada é de 6.047 habitantes. É uma cidade com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,585, médio (PNUD/2000). Sua taxa de urbanização é de 27,90%, com uma renda média familiar de R\$289,91 per capita. A cobertura de rede de abastecimento de água é de 88,50%. A cobertura de sistemas de esgotamento sanitário é de 59,7% (IBGE, 2010). Não se conhece com exatidão a porcentagem de recolhimento de esgoto pela rede pública, mas todas as casas na zona urbana têm este serviço, o que não acontece na zona rural.

Possui uma densidade demográfica de 6,3 ha./km² (IBGE, 2010). A maior parte da população possui baixa renda familiar, condições precárias de saneamento e moradia, altos índices de violência e gravidez na adolescência, além de parte da população residir em áreas/comunidades rurais. A população usuária da assistência à saúde no SUS corresponde a 100% da população total (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CRISÓLITA, 2013).

A área urbana do município de Crisólita possui uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atende a região central e parte da área rural conforme o

mapeamento da área geográfica, levando em consideração a proximidade entre as micro áreas e o perfil socioeconômico e aspectos epidemiológicos semelhantes. No distrito de Nova Santa Luzia há uma Unidade de Saúde com ESF, com Equipe de Saúde Bucal modalidade I. O município de Crisólita conta atualmente com duas Equipes de Saúde da Família e duas Equipes de Saúde Bucal; atende 100% da população dentro do modelo de Saúde da Família (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CRISÓLITA, 2013).

A Secretaria Municipal de Saúde implantou o Programa de Saúde Bucal nas duas Unidades de Saúde enfatizando a atenção à saúde bucal a fim de considerar tanto as diferenças sociais quanto as peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa. A higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas (BRASILa, 2004).

O modelo de Atenção a Saúde ofertado pelo município de Crisólita é a Atenção Primária. As demandas especializadas são referenciadas para a microrregião de Águas Formosas e a Macrorregião em Teófilo Otoni. A microrregião de Águas Formosas é desprovida do serviço especializado em reabilitação física. Os pacientes são referenciados para o município de Governador Valadares, distante dos nove municípios que compõem a microrregião, dentre estes o município de Crisólita, que fica a aproximadamente 300 km, e para o município de Teófilo Otoni, no Centro de Reabilitação Física alocado no Hospital Bom Samaritano (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CRISÓLITA, 2013).

Tem também referência para o Centro Viva Vida para o Programa Hiperdia e alguns casos são referenciados para Belo Horizonte. Existe contra referência, mas não de todos os lugares. Crisólita tem Redes de Média e Alta Complexidade com Teófilo Otoni, Governador Valadares, Águas Formosas e Belo Horizonte.

No PSF Nova Santa Luzia tinha cadastrado no ano 2014, 276 portadores de hipertensão arterial, 34 portadores de diabetes, 38 portadores de deficiência, sendo um visual, três auditivas, sete físico-motoras, três retardos mentais e 24 transtornos mentais, 19 com epilepsia, 20 alcoolistas, um com hanseníase; porém consideramos que há um grande número de pacientes que não estão cadastrados. As principais

causas de internação no ano de 2013 segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações do aparelho circulatório, complicações de diabetes e AVE.

As principais causas de óbitos no ano de 2013, segundo levantamento realizado a partir dos dados das Declarações de Óbitos (DOs) foram: doenças do aparelho circulatório, algumas afecções originadas no período perinatal e doenças do aparelho respiratório. Os maiores problemas enfrentados pela equipe de saúde são o alto índice de gravidez na adolescência no município, alto índice de prevalência e incidência de hipertensão arterial e alta mobilidade por parasitoses intestinal.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de HAS na comunidade, pelas condições de vida da população, pelo desconhecimento acerca doença e seu diagnóstico tardio, bem como pelo grande número de pacientes com pressão arterial descompensada e pelas numerosas complicações desta doença. Por tal motivo é necessário fazer ações imediatas e montar um planejamento adequado e um plano de ação para o diagnóstico precoce, tratamento adequado e a oferta de ações para prevenir esta doença.

3 OBJETIVOS

Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para reduzir a incidência de HAS na área de abrangência do PSF Nova Santa Luzia.

Específicos

1. Diminuir os riscos relacionados à HAS na área de abrangência do PSF Nova Santa Luzia.
2. Proporcionar maior conhecimento aos pacientes com HAS acerca de sua doença mediante a realização de atividades educativas.
3. Examinar todos os pacientes maiores de 15 anos, residentes no território da unidade para rastreamento da hipertensão.
4. Reavaliar a cada três meses todos os pacientes com HAS na área de abrangência do PSF Nova Santa Luzia.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi feito o diagnóstico situacional e uma revisão da literatura sobre o tema com os descritores hipertensão arterial sistêmica, educação em saúde e estilo de vida, identificando-se o principal problema de saúde na área e a elaboração da proposta do plano de ação para o acompanhamento das ações de saúde e redução da incidência de HAS na área de abrangência do PSF Nova Santa Luzia. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com as orientações do módulo de planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

- Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- Segundo passo: priorização dos problemas (avaliação da importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação);
- Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- Sexto passo: desenho das operações (descrição das operações, identificação dos produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificação dos recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);

- Nono passo: elaboração do plano operativo (designação dos responsáveis por cada operação e definição dos prazos para a execução das operações);
- Décimo passo: desenho do modelo de gestão do plano de ação; discussão e definição do processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta e que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vêm aumentando a cada dia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2015).

Um em cada três adultos sofre de HAS, uma condição que causa cerca de metade de todas as mortes por Acidente Vascular Encefálico (AVE) e problemas cardíacos no mundo, destacou em 2014 a OMS em seu relatório anual sobre estatísticas sanitárias. No Brasil ela é responsável por 40% dos casos de infarto, 80% de AVC e 25% de insuficiência renal terminal (BRASILb, 2015).

Em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, tendo sido esses valores encontrados (pressão arterial acima de 14 por 9 ou 140 x 90 milímetros de mercúrio), em pelo menos duas aferições, realizadas na mesma ocasião ou em momentos próximos, são considerados hipertensos. Mas atenção, só é considerada pressão alta quando ela permanece elevada constantemente. A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). “Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais” (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006, p.1).

A doença acomete uma parcela importante da população brasileira, sendo que sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% em adultos, chegando a mais de 50% em indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Quando se observa o número de casos de hipertensão por gênero, tem-se 35,8% de homens e 30% de mulheres; já a prevalência por faixa etária envolve de 15 % a 20%

a população adulta, 1% a 11% a população infantil e adolescentes e 50% a população idosa SBC, 2010; CUNHA *et al.*, 2012).

Fatores como baixa renda econômica, baixo nível de escolaridade, maus hábitos alimentares, estresse, falta de conhecimento e ocupação podem ser determinantes para o desenvolvimento de HAS, uma vez que, estudos tem mostrado maior frequência de hipertensão em trabalhadores de classes menos favorecidas e com menor escolaridade (CUNHA *et al.*, 2012)..

O nível cultural também é muito influenciável na aparição de doença já que as pessoas fazem aquilo que seus antepassados costumavam fazer, como desprezar a medicação substituindo por remédios caseiros. A alimentação inadequada e o sedentarismo tem sido um ponto muito importante a ser questionado e tratado em meio a sociedade atual. A HAS primária é a forma mais comum, contabilizando 90% a 95% da doença, agravada pelo envelhecimento e interação poligênica multifatorial, sendo importante a interação complexa dentre genes e fatores ambientais. A HAS secundária é causada por doenças renais, transtornos endócrinos como Síndrome de Cushing, Hipertireoidismo ou Hipotireoidismo, Feocromocitoma, Coartação da aorta. Outras causas como a obesidade, apneia do sono, estresse, grande consumo de sal, falta de atividade física e gravidez também contribuem para o quadro de hipertensão (PIERIN, 1998).

Segundo Lyra Yuniór e cols. (2006), a não adesão a um tratamento médico adequado pode ser atribuído a vários fatores, como a idade (jovens e idosos), gênero (homens ou mulheres), doenças (crônica ou aguda), os relacionados com o paciente (esquecimento e problemas econômicos), os relacionados com os medicamentos (custos, efeitos adversos reais ou percebidos, horário de uso), os relacionados com a EBS (Equipo Básico de Saúde) (envolvimento ou relacionamento inadequado e as dificuldades com o seguimento ou monitoramento periódico). Outros autores destacam a baixa escolaridade, deficiências físicas ou mentais, falta de acompanhamento pela família ou cuidador, realização de uma dieta não adequada, sedentarismo ou falta de realização de exercício físico, aspectos culturais, hábitos de vida, desinformação do paciente (SANTA-ELENA e ELUN, 2010 e GILSOGAMO *et al.*, 2008).

Além da alta prevalência, a HAS tem baixas taxas de controle e é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis para a DCV (Doenças Cardiovasculares). Trezentos mil brasileiros morrem anualmente devido às DCV sendo que, quase 50% deles em decorrência da hipertensão. As DCV são também responsáveis por alta frequência de uso do sistema de saúde e de internações hospitalares, ocasionando custos elevados na área da saúde. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (NOBRE *et al.*, 2010).

A HAS é fator de risco para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, AVE (Acidente Vascular Encefálico), insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando esta associada a outros fatores de risco como, Diabetes Mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as consequentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (BRASIL, 2013). Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN *et al.*, 2006; SBC, 2010).

Um diagnóstico precoce e o tratamento adequado e contínuo, seja farmacológico ou não farmacológico, são fundamentais para o controle da HAS e redução de suas complicações. No Brasil existe um número razoável de hipertensos que desconhecem sua doença, que abandonam o tratamento ou o fazem de maneira irregular ou não fazem um controle adequado por falta de condições financeiras, desinformação e dificuldades assistenciais (LOPES, 2012).

O tratamento da HAS baseia-se em medidas não farmacológicas e farmacológicas. Em relação aos cuidados não farmacológicos, os objetivos referem-se a mudanças no estilo de vida, incluindo os cuidados com dieta, como a restrição de sal, redução de peso, atividade física regular, abandono do tabagismo e do álcool. Dentre as medidas farmacológicas, há inúmeras classes de anti-hipertensivos disponíveis, variando o seu mecanismo de ação, a sua potência, posologia e efeitos adversos (MANFROI *et al.*, 2006; NOBRE *et al.*, 2003).

Dentro das ações de saúde que podem ser desenvolvidas na ESF para o controle da HAS, a educação em saúde constitui uma valiosa e importante

ferramenta de trabalho para atingir uma melhor qualidade de vida dos pacientes hipertensos ou outras doenças crônicas. Contribui com o desenvolvimento de mudanças de comportamento nos pacientes, estimulando a adesão ao tratamento adequado e a criação de vínculo da equipe de saúde com os pacientes e a comunidade. Dentre essas medidas, estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco. A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações (OLIVEIRA, 2013).

Como hipertensão arterial ainda é um dos maiores problemas de saúde pública enfrentadas pelas nações tanto desenvolvidas como em desenvolvimento, e continua a ser o principal fator para as taxas de mortalidade por cardiopatias, um dos desafios para os profissionais de saúde e governos será o de modificar essa realidade.

6 PLANO DE INTREVENÇÃO

O presente trabalho foi realizado com pacientes pertencentes á área de abrangência da ESF “Nova Santa Luzia”, município de Crisólita, Minas Gerais, no ano 2014. Para a realização do estudo foi realizada uma busca ativa dos usuários da unidade onde foram examinados e os casos positivos adequadamente tratados.Foi de responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) conduzir os pacientes maiores de 15 anos, com sintomas, para a realização do exame. Os técnicos de enfermagem capacitados foram responsáveis por todos os exames realizados e responsáveis pelas palestras educativas. O médico foi responsável pelo exame e a prescrição da medicação aos casos positivos, acompanhar a medicação dada e da avaliação dos casos. A hipertensão arterial foi diagnosticada e classificada de acordo com os critérios da OMS (Organização Mundial de Saúde).

6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

Após discussão com a equipe de saúde, foi destacado os seguintes problemas na área de atenção do PSF Nova Santa Luzia:

- Aumento das demandas de atendimento aos pacientes com HAS;
- Aumento das demandas de atendimento aos pacientes por diferentes doenças;
- Aumento de casos de gravidez na adolescência;
- Alta incidência de parasitoses intestinais;
- Hábitos inadequados de alimentação.

6.2 Segundo passo: priorização de problemas

O segundo passo consistiu na priorização dos problemas levando em conta os critérios de relevância do problema, sua urgência e capacidade de enfrentamento da equipe. A importância do problema foi classificada como alta, média e baixa

importância. Utilizou-se o critério de pontuação segundo a urgência, sendo possível nota de um a dez. Em relação à capacidade de enfrentamento da equipe frente ao problema, foi classificado como fora ou parcial, de acordo com as possibilidades da equipe de solução.

QUADRO 1 – Priorização de problemas.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Aumento das demandas de atendimento dos pacientes com HAS descompensada	ALTA	7	PARCIAL	1
Aumento das demandas de atendimento dos pacientes por diferentes doenças	ALTA	7	PARCIAL	2
Aumento de casos de gravidez na adolescência	ALTA	7	PARCIAL	3
Hábitos inadequados de alimentação	ALTA	6	PARCIAL	4
Alta incidência de parasitoses intestinais	ALTA	7	PARCIAL	5

Fonte: RAVELO, 2016

6.3 Terceiro passo: descrição do problema

O terceiro passo desenvolvido foi à descrição do problema selecionado, o qual foi o aumento das demandas do atendimento dos pacientes com HAS descompensada.

QUADRO 2 - Descrições do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da estratégia de saúde da família.

Indicadores	Valores	Fonte
Total de população	2.401	SIAB
Total de Hipertensos em geral	276	SIAB

Total de população maior de 20 anos	1.539	SIAB
Total de Hipertensos maiores de 20 anos	273	SIAB

Fonte: RAVELO, 2016

A HAS constitui um fator de risco decisivo para as doenças cardiovasculares, as quais são responsáveis por aproximadamente 30% de das mortes no Brasil atualmente (MANO, PIERIN, 2005).

A área de abrangência da ESF Nova Santa Luzia apresenta uma população de 2.401 pessoas, onde as demandas diárias de atendimentos estão centradas nas doenças crônicas não transmissíveis. A área tem diagnosticado 276 hipertensos observando-se um controle inadequado nos pacientes hipertensos. Pela importância de seu controle, avaliação e seguimento adequado por sua repercussão na saúde do indivíduo, comunidade e na sociedade em geral, assim como para os serviços de saúde precisa-se de ações imediatas que ocasionem mudanças nestes pacientes estando à solução do problema dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.

6.4 Quarto passo: Explicação do problema

Esta etapa consistiu na explicação do problema, o qual teve como objetivo entender a gênese da doença que se quer enfrentar a partir da identificação das suas causas. O aumento das demandas do atendimento dos pacientes com HAS descompensadas deve-se a muitas causas, as quais incidem em maior ou menor grau.

Foi pensado que um dos fatores que incidem neste problema constitui a resistência dos pacientes às consultas programadas, atendendo geralmente as demandas espontâneas afetando seu seguimento e avaliações adequadas a pesar de existir um bom vínculo por parte da equipe de saúde com a população.

Além disso, a maioria dos pacientes moram longe e não tem transporte, e as estradas têm péssimas condições. Agregado a isto, a extensa área rural de mais de 30 km que dificulta a realização das visitas domiciliares por parte da equipe, visto que, não há meios de transporte para a locomoção. Tais dificuldades agravam o quadro de desinformação para com os pacientes acerca da doença, unido a realização de poucas atividades educativas por parte da equipe de saúde,

contribuindo para que os pacientes e a comunidade tenham poucos conhecimentos sobre a HAS, afetando seu controle e favorecendo o desenvolvimento de hábitos e estilos de vida inadequados que incidem negativamente em seu estado de saúde.

Outro elemento de muita importância é a necessidade de levar um tratamento farmacológico adequado, sendo este muitas vezes interrompido por falta de medicamentos no sistema público de saúde. Agregado a esse contexto, há o desconhecimento acerca da importância do tratamento para a hipertensão, agravando o prognóstico desses pacientes.

6.5 Quinto passo: identificação e seleção dos “nós críticos” referidos ao problema principal

Diante desta situação, alguns “nós críticos” foram identificados como fortes mantenedores do problema:

- Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Dificuldades no seguimento dos pacientes com HAS.
- Dificuldades de entendimento das orientações/prescrições por parte dos pacientes e/ou cuidadores.
- Baixa escolaridade/analfabetismo do paciente e/ou cuidador.
- Falta de cuidadores.
- Falta de medicamentos.

6.6 Desenho das operações.

O sexto passo do trabalho caracteriza-se pelo desenho das operações, o qual tem o objetivo de 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.

QUADRO 3: Desenho das operações para os “nós” críticos do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da ESF “Nova Santa Luzia”. Crisólita. MG. 2014.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixo nível de conhecimento dos pacientes sobre a HAS.	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes da área de abrangência sobre HAS.	População com maiores conhecimentos sobre HAS.	Avaliação do conhecimento dos pacientes sobre HAS. Paciente com conhecimento sobre HAS.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Financeiros: Folhetos educativos e mídias audiovisuais. Políticos: Articulação inter setorial (parceira com o setor educação) e mobilização social. Organizacional: Organização da agenda
Dificuldades de entendimento das orientações/ prescrições por parte dos pacientes e/ou cuidadores.	Elevar o nível de conhecimento sobre o uso correto de medicamentos conforme a prescrição médica.	Manter um tratamento contínuo, estável e adequado.	Paciente informado sobre a importância de manter um tratamento adequado.	Cognitivos: Oferecer informações sobre a importância do tratamento farmacológico adequado e contínuo.

				<p>Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS para os pacientes. Materiais educativos e mídias audiovisuais.</p> <p>Políticos: Os gestores devem garantir os recursos necessários para manter a estabilidade na distribuição de medicamentos a população</p> <p>Organizacional: Organização da agenda e controle dos medicamentos.</p>
Hábitos e estilos de vida inadequados.	Conscientizar a população quanto a importância de adoção de práticas saudáveis.	Diminuir o consumo de hábitos tóxicos. Manter uma alimentação saudável. Diminuir o sedentarismo e estimular a prática sistemática de exercícios físicos	População informada sobre como alcançar mudanças em seu modo e estilo de vida.	<p>Cognitivos: Informações para manter hábitos de vida saudável.</p> <p>Financeiros: Folhetos educativos e recursos audiovisuais.</p> <p>Políticos: Alcançar uma maior participação social entre todos</p>

				os gestores da sociedade. Organizacional: Organização da agenda e de espaço físico para a atividade.
Dificuldades no seguimento dos pacientes com HAS	Oferecer um melhor acompanhamento aos pacientes com a doença	Alcançar uma maior assistência dos pacientes as consultas programadas. Melhor planejamento das visitas domiciliares.	Pacientes informados sobre a importância de assistir às consultas programadas para manter um bom controle da doença. Equipe de saúde com melhor planejamento das consultas programadas e visitas domiciliares.	Cognitivos: Informações sobre a importância da assistência as consultas programadas e manter o seguimento. Financeiros: Transporte dos pacientes e equipe de saúde. Políticos: Participação da população e garantia dos recursos por parte da secretaria de saúde e da prefeitura. Organizacional: Organizar as consultas programadas e visitas domiciliares
Baixo nível de realização de	Incrementar a realização	Aumento das ações de saúde	Maior número de atividades	Cognitivos: Informação sobre

atividades educativas pela equipe de saúde sobre HAS	sistemática de atividades educativas sobre o tema na área. Proporcionar a equipe os conhecimentos necessários e ferramentas de trabalho para a realização das atividades.	preventivas na área. Equipe de saúde mais preparada com ferramentas necessárias para a realização das atividades educativas. Participação ativa da população nas atividades educativas.	educativas realizadas na comunidade. Equipe de saúde mais preparada e com conhecimentos sobre o tema. Maior adesão da população às atividades.	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: RAVELO, 2016

6.7 Identificação dos recursos críticos

O sétimo passo consiste em identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação.

Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema da área de abrangência da ESF “Nova Santa Luzia”. Crisólita. MG. 2014.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
------------------	-------------------

<p>Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e da área de abrangência sobre HAS.</p>	<p>Financeiros: Confecção de folhetos educativos e aquisição de mídias audiovisuais para a realização das atividades.</p>
<p>Elevar o conhecimento sobre o uso correto de medicamentos conforme a prescrição médica</p>	<p>Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS para os pacientes. Realização de materiais educativos e aquisição de recursos audiovisuais. Políticos: Mais disponibilidade pelos gestores de garantir os medicamentos anti-hipertensivos. Articulação Inter setorial.</p>
<p>Conscientizar a população quanto à importância de adoção de práticas saudáveis</p>	<p>Financeiros: Elaboração e distribuição de folhetos educativos e disposição de recursos audiovisuais. Políticos: Alcançar uma maior participação social entre todos os gestores da sociedade (articulação inter setorial).</p>
<p>Oferecer melhor acompanhamento aos pacientes com a doença</p>	<p>Financeiros: Transporte dos pacientes e equipe de saúde. Políticos: Participação da população e garantia dos recursos por parte da secretaria de saúde e prefeitura municipal.</p>
<p>Incrementar a realização sistemática de atividades educativas sobre o tema na área. Proporcionar a equipe os conhecimentos necessários e ferramentas de trabalho para a realização das atividades.</p>	<p>Financeiros: Materiais e recursos para o desenvolvimento das atividades. Políticos: Articulação entre todos os componentes da sociedade.</p>

Fonte: RAVELO, 2016

6.8 Análise da Viabilidade

O oitavo passo consiste na análise de viabilidade do plano. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais:

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano.
- Quais recursos cada um desses atores controla.
- Qual é a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores do problema selecionado da área de abrangência da ESF “Nova Santa Luzia”.Crisólita. MG. 2014.

Operações/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e da área de abrangência sobre HAS.	Financeiros: Folhetos educativos e recursos audiovisuais para a realização atividades.	Secretaria de saúde. Secretaria de educação	Favorável	Apresentar demanda.
Elevar o nível de conhecimento sobre o uso correto de medicamentos, conforme a prescrição médica.	Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS para os pacientes. Folhetos educativos e recursos audiovisuais.	Secretaria de saúde. Prefeitura municipal. Fundo	Favorável	Apresentação projeto.

	Políticos: garantir por parte dos gestores os medicamentos.	nacional de saúde. Secretaria de educação.		
Conscientizar a população quanto à importância da adoção de práticas saudáveis	Financeiros: Folhetos educativos e recursos audiovisuais. Políticos: Estimular a participação social entre todos os gestores da sociedade.	Secretaria de saúde. Prefeitura municipal.	Favorável	Não é necessário.
Oferecer um melhor acompanhamento aos pacientes com a doença	Financeiros: Garantir o Transporte dos pacientes e equipe de saúde. Políticos: Participação da população e que por parte da secretaria de saúde e prefeitura exista a garantia de recursos.	Secretaria de saúde. Prefeitura municipal.	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico
Incrementar a realização sistemática de atividades educativas sobre o tema na área. Proporcionar a equipe os conhecimentos necessários e ferramentas de trabalho para a realização das atividades.	Financeiros: Materiais e recursos para a realização das atividades. Políticos: Articulação inter setorial (parceria com o setor de educação) e mobilização social.	Secretaria de saúde.	Favorável	Não é necessário.

--	--	--	--	--

Fonte: RAVELO, 2016

6.9 Elaboração do Plano Operativo

A elaboração do plano operativo tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. Na unidade de saúde de desenvolvimento do projeto, foi definido, por consenso, a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Quadro 6: Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Nova Santa Luzia”. Crisólita. MG. 2014.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes da área de abrangência sobre HAS.	População mais informada sobre HAS.	Avaliação do nível de informação dos pacientes e da população sobre HAS. Paciente com conhecimento sobre HAS.	Apresentação de projeto de ação específica.	Equipe de saúde da área Líderes comunitários.	Apresentar o projeto em dois meses.
Elevar o nível de conhecimento sobre o uso correto de medicamentos conforme a prescrição médica.	Manter um tratamento contínuo estável e adequado.	Paciente informado sobre a importância de desenvolver um tratamento	Apresentação do projeto de ação específica.	Equipe saúde da área	Apresentar o projeto em dois meses. Início: dois meses após

		adequado.			aprovação e término em seis meses.
Conscientizar a população quanto à importância da adoção de práticas saudáveis	<p>Diminuir consumo de hábitos tóxicos.</p> <p>Manter uma alimentação saudável.</p> <p>Diminuir o sedentarismo e estimular a prática sistemática de atividades físicas.</p>	População informada sobre como fazer mudanças em seu estilo de vida.	Apresentação de projeto de ação específico.	<p>Equipe saúde da área.</p> <p>Líderes comunitários.</p>	<p>Apresentar o projeto em dois meses.</p> <p>Início: dois meses após aprovação e término em seis meses.</p>
Oferecer melhor acompanhamento aos pacientes com a doença.	<p>Melhorar a assistência dos pacientes as consultas do programa.</p> <p>Melhor planejamento das visitas domiciliares.</p>	<p>Pacientes informados sobre a importância de assistir as consultas programadas para manter um bom controle da doença.</p> <p>Equipe de saúde com melhor planejamento das consultas e visitas domiciliares.</p>	Apresentação do projeto de ação específico.	<p>Equipe de saúde da área</p> <p>Secretário saúde</p>	<p>Apresentar o projeto em dois meses.</p> <p>Início: dois meses após aprovação e término em seis meses.</p>

Incrementar a realização sistemática de atividades educativas sobre o tema na área. Proporcionar a equipe os conhecimentos necessários e ferramentas de trabalho para a realização das atividades.	Aumento das ações de saúde preventivas na área. Equipe de saúde mais preparada com ferramentas necessárias para a realização das atividades educativas. Participação ativa da população nas atividades educativas.	Maior número de atividades educativas realizadas na comunidade. Equipe de saúde com conhecimentos sobre o tema. Maior número de assistências da população as atividades.		Secretario saúde. Líderes comunitários. Equipe saúde da área.	Apresentar o projeto em dois meses. Início: dois meses após aprovação e término em seis meses.
--	--	--	--	---	---

Fonte: RAVELO, 2016

6.10 Gestão do plano.

Décimo passo: desenho do modelo de gestão do plano de ação; discussão e definição do processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS *et al*, 2010).

Quadro 7: Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos no PSF “Nova Santa Luzia”, Crisólita, MG, 2014.

Operação Projeto	Produtos	Responsável	Prazo
Aumentar o nível de conhecimento sobre HAS dos pacientes da área de abrangência.	Avaliação do conhecimento dos pacientes sobre HAS. Paciente com conhecimento sobre HAS.	Equipe de saúde	Dois meses para início das atividades
Elevar o conhecimento sobre o uso correto de medicamentos conforme a prescrição médica.	Paciente informado sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado.	ACS, médico, Enfermeira	Dois meses para início das atividades
Conscientizar a população quanto à importância da adoção de práticas saudáveis.	População informada sobre como fazer mudanças em seu modo e estilo de vida.	ACS, médico, enfermeira.	Dois meses para início das atividades
Brindar um melhor acompanhamento aos pacientes com a doença	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.	Dois meses para início das atividades.

<p>Incrementar a realização sistemática de atividades educativas sobre o tema na área. Proporcionar a equipe os conhecimentos necessários e ferramentas de trabalho para a realização das atividades.</p>	<p>Maior número de atividades educativas realizadas na área. Equipe de saúde com conhecimentos sobre o tema. Maior número de assistências da população as atividades.</p>	<p>ACS, médico, enfermeira.</p>	<p>Dois meses para início das atividades.</p>
--	---	---------------------------------	---

Fonte: RAVELO, 2016

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde constitui uma valiosa ferramenta de trabalho dentro das ações de saúde, como forma de um melhor controle dos pacientes com HAS e ajuda ao desenvolvimento dessas mudanças. O tratamento da doença e a intervenção medicamentosa, promoveram uma redução quantitativa da doença, isso só ocorreu devido ao sincronismo das ações e ao trabalho em equipe que permitem que os casos sejam diagnosticados e tratados adequadamente e gerar mudanças no modo e estilo de vida da população.

Na área de abrangência onde o trabalho foi desenvolvido, a HAS constitui a principal morbidade de saúde e primeira causa de atendimento médico no processo de trabalho diário, contando com uma quantidade elevada de pacientes com valores pressóricos não controlados, motivando o desenvolvimento do trabalho final do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Pretende-se com esta pesquisa, acompanhar a situação da doença na comunidade, diminuir sua incidência, assim obtendo os números de casos de hipertensão, podendo estender a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de todos os casos presentes na área de abrangência da unidade de saúde. Espera-se que este projeto contribua para alcançar melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos e evitar suas complicações a partir da incorporação de um maior conhecimento de sua doença, de estilos de vida saudáveis e da adesão ao tratamento médico.

REFERÊNCIAS

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p.:il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) .Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso: 17/11/2014.

BRASILb. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

CAMPOS, C. F.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. In: Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

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.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GILSOGAMO, C. A. et. Al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da HAS em pacientes atendidos no Núcleo de atendimento ao Hipertenso (NAHI) e no Programa de Saude da Família (PSF), no município de Barbacena. Rev. Bras. Med. Fam. Rio de Janeiro, v 4, n 15, Out/ Dez. 2008).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Populacional 2010. Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312015&idtema=76&search=minas-gerais%7Ccrisolita%7Ccenso-demografico-2010:-cnefe-cadastro-nacional-de-enderecos-para-fins-estatisticos-> Acesso em: 22/11/2014.

LIRA JUNIOR, D. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da HAS. Revista Latino-Ame. Enfermagem v 14, n 3, Ribeirão Preto May/June. 2006.

LOPES, R.D; Baixa Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo: uma revisão teórica, 2010. Disponível em : <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca><. Acesso: 23/11/2014

MALTA, D.C; MOURA L; SOUZA, F.M; ROCHA, F; FERNANDES, F.M. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Saúde Brasil 2008 Ministério da Saúde, Brasília. 2009. p. 337-62.

MANFROI, A. A; DOLIVEIRA, F. Dificuldades da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Ver Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio Janeiro. V 2, n. 7, out/dez, 2006. Disponível em :<<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/52/42>.

MANO, G.M.P; PIERIN, A.M.G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde de Familiar em um Centro de Saúde Escolar. Acta Paulista Enfermagem. São Paulo, v18. N3 ju/set, 2005.

NOBRE, F. et al. Diretrizes Brasileira de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão. Rio De Janeiro, vol, 17, n. 5, jan/mar. 2010, 57 p.

OLIVEIRA, T. L. et. al., Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Acta Paul Enferm, São Paulo, V. 26, n. 2, p.179-184. 2013.

PIERIN, A. M. G. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. Rev. Esc. Enferm. USP. v. 22, n.2, p. 223-223,1998.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRISÓLITA. Relatório de gestão de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. v. n. p. 1-48, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/medica/diretrizes.asp>. Acesso em: 20/12/2015.