

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

YAIMA MONTALVO HERNÁNDEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CONHECER FATORES DE RISCO PARA
PREVENÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Pólo de Campos Gerais/MG
2016

YAIMA MONTALVO HERNÁNDEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CONHECER FATORES DE RISCO PARA
PREVENÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

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. Ma Lucélia Terra Jonas

Pólo de Campos Gerais/MG
2016

YAIMA MONTALVO HERNÁNDEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CONHECER FATORES DE RISCO PARA
PREVENÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Nome - Instituição

Examinador 2 – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico esta revisão à equipe de saúde e comunidade do município Marmelópolis,
por me ajudar a ser uma melhor pessoa e melhor Profissional através das
experiências vividas nestes anos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à minha supervisora Ma Lucélia Terra Jonas pela compreensão e o apoio durante a realização desta pós-graduação.

Agradeço ainda a toda a equipe do NESCON pela ajuda durante este processo de crescimento pessoal e profissional.

*“Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de
saúde e força para qualquer sociedade”*

Albert Einstein

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares e sua prevenção e diagnóstico precoce vêm sendo enfatizados como importante estratégia na saúde pública. No Brasil, estudos apontam uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica que varia de 22 até 44% da população adulta. Primeiramente realizou-se um diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) "Terras Altas", pertencente ao município Marmelópolis, para conhecer melhor o problema existente e identificar o nó crítico "Hipertensão Arterial". Este estudo propôs um plano de ação para diminuir a incidência da hipertensão na ESF. Para o embasamento científico foi realizada uma revisão da literatura com artigos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Agora/UFG. E como critérios de inclusão foram selecionados artigos publicados entre 2009 e 2015. O plano de ação foi elaborado seguindo o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) com a priorização do problema "Alta incidência de pessoas com HAS". Com base na revisão de literatura e no plano de intervenção proposto, conclui-se que é imprescindível conhecer a área de abrangência de atuação onde a unidade de saúde está inserida, pois desta forma é mais fácil se planejar as ações quando se conhece a realidade de determinada população. Além disso, é necessário que todos os profissionais de saúde que compõem a equipe juntamente com os usuários se mobilizem para que a implantação do plano de intervenção proposto surta resultados positivos e efetivos.

Palavras - chaves: Prevenção. Hipertensão Arterial. Atenção Primária à Saúde.

SUMMARY

Systemic arterial hypertension (SAH) is the main risk factor for cardiovascular disease and its prevention and early diagnosis has been emphasized as an important strategy in public health. In Brazil, studies show a prevalence of hypertension ranging from 22 up to 44% of the adult population. First performed a situational diagnosis by rapid assessment method in the area of coverage of the Family Health Strategy (FHS) "Terras Altas" belonging to Marmelópolis city, to better understand the existing problem and identify the critical node "Hypertension". This study proposed a plan of action to reduce implication hypertension in the FHS. For the scientific basis was carried out a literature review with articles available in the database as: Virtual Health Library, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, SCIELO and specialization course modules in Primary Care in Family Health available now the Platform / UFMG. And as inclusion criteria were selected articles published between 2009 and 2015. The action plan was prepared following the method Situational Strategic Planning (PES) with the prioritization of the problem "High incidence of people with hypertension. Based on the literature review and the proposed action plan, it is concluded that it is essential to know the coverage area of operations where the health unit is inserted, because this way it is easier to plan the actions when you know the reality given population. Moreover, it is necessary that all health professionals who make up the team along with users mobilize for the implementation of the proposed action plan freak out positive and effective results.

Key - words: Prevention. Arterial hypertension. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASC	- Agentes Comunitários de Saúde
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	- Índice de Massa Corporal
MG	- Minas Gerais
NESCON	- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PES	- Planejamento Estratégico Situacional
RPPN	- Reserva Particular do Patrimônio Natural
SCIELO	- <i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Priorização do problema.....	22
Quadro 2. No Critico 2.....	24
Quadro 3. No critico 3.....	25
Quadro 4. No critico 4.....	26

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVO.....	16
4. MÉTODOS.....	17
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	18
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

O município de Marmelópolis situa-se no sul do Estado Minas Gerais, na microrregião de Itajubá. É privilegiado em relação à localização por formar parte do Circuito Turístico Caminhos do Sul de Minas e também devido a sua posição em relação às grandes capitais da região sudeste: Belo Horizonte (499km), Rio de Janeiro (308km) e São Paulo (243km). Além disso, abriga uma RPPN – Reserva Particular do Patrimônio Natural, conhecida como Serra da Mantiqueira (BRASIL 2014a).

De acordo com a tradição, um dos primeiros moradores foi de origem portuguesa, o qual pertencia a Cavalaria Imperial, possuía muitos escravos que, além do garimpo, trabalhavam em lavoura de milho, feijão e fumo. Um dos seus filhos (Manoel Federico Ribeiro) trouxe em 1914 as primeiras mudas de marmelo. O marmelo, originário da Pérsia, foi trazido para o Brasil em 1532 por Martim Alfonso de Souza. Devido ao sol e ao clima da localidade, os marmeleiros adaptaram-se facilmente e, em 1935, a agricultura do marmelo já era extensa e a primeira fábrica começou a ser instalada para transformar a fruta em massa, transportada para outras cidades para a produção de doce. Neste contexto de desenvolvimento, o município de Marmelópolis foi fundado em 1963 (Prefeitura de Marmelópolis, 2013).

Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Marmelópolis tem uma área de 108,1km², a altitude de 1.277m e uma população de 3.220 habitantes. Com uma distribuição por sexo, de 1.620 homens e 1.600 mulheres. Constituída por 880 famílias. Dentre a população cadastrada, 89.91% são alfabetizados, 189 famílias recebem Bolsa Família, ou seja, 5.86%. (Prefeitura de Marmelópolis, 2013).

As principais atividades econômicas desenvolvidas na cidade são agricultura e comércio. Na lavoura temporária são produzidas principalmente batata, mandioca, pinhão, figo e milho.

A cidade possui abastecimento de água encanada, proveniente da mina, mais não é tratada pela prefeitura, 57,59% dos domicílios são atendidos pela rede pública de abastecimento de água, cujo tratamento é realizado no próprio domicílio por meio da filtração, e 79,87% das moradias possuem lixo coletado por serviço de limpeza pública. Constando que 71,43% das residências possuem rede geral de esgoto adequado, 1,91% semi-adequado e 26,66% inadequado ou inexistente.

Vale destacar que 100% dos domicílios possuem energia elétrica. Ademais, 97.08% da população vivem em condições adequadas, em vivendas de tijolo/adobe (SIAB, 2014).

No município existe uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no centro da cidade, a qual foi criada em Janeiro de 1974. Em 2014, ocorreu a unificação desta UBS com o Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual foi denominada de ESF “Terras Altas”.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) “Terras Altas” promove uma assistência humanizada e integral a 3220 habitantes, correspondendo a uma cobertura de 100% da população geral. A equipe de saúde é composta por dois médicos, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde, dois dentistas, um farmacêutico, uma recepcionista e oito motoristas. Conta com 12 profissionais com carga horária de 40 horas semanais (os médicos, a enfermagem, auxiliar de enfermagem e oito agentes), com vínculo contratado por cooperativa.

Tal ESF enfrenta muitos problemas de saúde, sendo a principal causa de morte as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, seguida das doenças do aparelho circulatório (DATASUS, 2014). Estão presentes dentro da área de abrangência, alguns riscos à população como a situação da água potável, que apesar da maioria utilizar a rede pública a mesma não é tratada pela prefeitura. Somado a falta de asfalto nas ruas, que com a influencia dos câmbios climáticos gerando períodos de seca, afetam a saúde da população.

Ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família, iniciado pela autora em marco de 2014, foi requerido o levantamento de dados e informações do município a partir das quais se elaborou um diagnóstico situacional da área de abrangência. Em seguida foi solicitada a elaboração de um Plano de Ação para intervenção na realidade encontrada visando modificá-la. O presente projeto pretende atender a esse objetivo.

Após a identificação dos principais problemas que acometem a população adstrita na área de abrangência, a equipe de saúde se reuniu para discussão e análise conjunta dos mesmos.

Os problemas foram classificados conforme as prioridades identificadas pela equipe, sendo o principal a Alta incidência de HAS. Também foram identificados os

nós críticos do problema principal, como forma de subsidiar o planejamento e a adoção de medidas que visem o enfrentamento de tais situações.

Na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) “Terras Altas” de um total de 3.220 habitantes, 586 pacientes sofrem de hipertensão, representando 18,1% da população (SIAB, 2014), sendo os mais afetados os pacientes do sexo masculino e com mais de 45 anos. Uns dos fatores que contribui na incidência e prevalência de níveis elevados de pressão arterial são a falta de planejamento e programação das ações de promoção por parte da equipe de saúde, as características da população atendida, que além de ter baixo nível econômico e cultural, tem pouco conhecimento sobre a doença e hábitos e estilos de vida pouco saudáveis, sendo parte dos problemas enfrentados pela equipe de saúde. Portanto, o nosso objetivo será propor um plano de intervenção com ações de educação em saúde visando diminuir a incidência de HAS na população, além de incrementar os cuidados com os existentes, mantendo-os controlados.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave da saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável pelo menos de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com a Diabetes Mellitus, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9% (BRASIL,2006,p.9).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2006).

Na ESF “Terras Altas”, do município Marmelópolis é freqüente o diagnóstico de casos novos de HAS. Muitas pessoas com HAS mostram abandono do tratamento, e assim, as complicações precoces são muito comuns. A realização de atividades de promoção e educação para tais pessoas não se realiza com a frequência que se necessita. Tendo em vista a dificuldade de adesão ao tratamento da HAS bem como suas complicações, o problema de investigação constitui-se na seguinte questão: como evitar a aparição de novos casos de hipertensos, com a prevenção dos fatores de riscos.

É premente destacar que é a primeira vez que se realiza na comunidade tal plano de ação, o qual poderá servir de base para posteriores estudos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para diminuir a incidência de pessoas com HAS na comunidade pertencente à Equipe da ESF “Terras Altas”, no Município Marmelópolis.

3.2 Objetivos específicos

Fornecer ações de saúde dentro e fora da unidade que garantam o conhecimento da população sobre prevenção da doença.

Propor intervenções que diminuam sempre que forem possíveis os fatores de riscos que incrementam a incidência de hipertensão arterial na população.

4 MÉTODOS

Primeiramente para o cumprimento das etapas (diagnóstico situacional) foi considerado o levantamento feito pelos agentes comunitários de saúde (ACS) no cadastro familiar, os estudos epidemiológicos e os dados fornecidos pelo SIAB, no período de Janeiro a Dezembro do ano 2014.

O presente trabalho é um projeto de intervenção voltado para o tema Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica, com enfoque na população adstrita da equipe da ESF “Terras Altas” do município Marmelópolis.

Para a construção desse projeto, realizou uma revisão da literatura por meio da base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Agora (www.nescon.medicina.ufmg.br/agora). Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como as publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância entre os anos 2009 e 2015. Outros dados importantes utilizados foram os disponíveis na secretaria municipal de saúde do município de Marmelópolis, dados do Ministério da Saúde, além de arquivos da própria unidade de saúde. Na pesquisa bibliográfica usamos as seguintes palavras chaves: Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Prevenção, Educação em saúde, Fatores de risco, Autocuidado.

Nesse projeto de intervenção foi aplicado o método PES (Planejamento Estratégico Situacional), descrito por Carlos Matus, que se caracteriza pela realização da análise situacional para identificação dos problemas, com a participação dos atores sociais envolvidos (MATUS, 1993).

5 REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

De acordo com Rosário e colaboradores (2009) a HAS é considerada como uma doença que se associa a um agregado de distúrbios metabólicos, entre eles estão: a obesidade, o aumento da resistência a insulina ou diabetes mellitus.

A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mm Hg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mm Hg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010, p. 41): o diagnóstico de hipertensão faz-se na presença de pressão sanguínea elevada e persistente ($\geq 140/90$ mmHg). Tradicionalmente, isto implica três medições com esfigmomanômetro efetuadas em consultório médico, depois de a pessoa estar em repouso pelo menos 10 minutos, efetuadas em posição sentada e repetidas com um intervalo de um minuto.

A hipertensão primária é mais comum entre adultos e corresponde a múltiplos fatores de risco, incluindo obesidade, hábitos alimentares em que predomina o excesso de sal, o consumo diário de águas ricas em cloreto de sódio e antecedentes familiares. Podem também ser realizados exames de laboratório de modo a identificar possíveis causas de hipertensão secundária, e determinar também se a hipertensão já causou danos no coração, olhos ou rins. Também são normalmente realizados exames complementares para a diabetes e colesterol elevado, uma vez que ambos são fatores adicionais de risco para a eventualidade de uma doença cardiovascular e podem requerer tratamento complementar (ROSARIO *et al.*, 2009).

A prevalência da hipertensão é maior em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento, mas a grande massa populacional em países em desenvolvimento tem contribuído de forma significativa para o número total de

indivíduos hipertensos no mundo todo. Estima-se que por volta de 2025, 1,5 bilhões de pessoas terão hipertensão (CIPULLO *et al.*, 2010).

Atualmente, a prevalência média mundial estimada da hipertensão é de 26,4%, com uma ampla variação dependendo da população estudada, atingindo 21,0% nos EUA e Canadá, 33,5 a 39,7% nos países europeus, 15 a 21,7% nos países africanos e asiáticos e cerca de 40% na América Latina (CIPULLO *et al.*, 2010).

A prevalência da hipertensão no Brasil varia de 24,8 a 44,4%. Em estudo realizado no Brasil, a prevalência de hipertensão foi avaliada de acordo com grupos etários, determinando um número de indivíduos proporcional ao número de habitantes para cada grupo etário e ajustando-os para a população adulta (CIPULLO *et al.*, 2010).

O impacto que o Programa da Saúde da Família traz para o controle da Hipertensão Arterial é muito significativo sem esquecer que existem fatores de risco associados que permanecem, necessitando controle adequado. As cifras de pressão arterial podem diminuir quando é garantido o cuidado sistemático, incluindo prevenção e controle de fatores de risco e acompanhamento profissional adequado. Estudos realizados em hipertensos demonstram presença de sobrepeso ou obesidade; cifras ligeiramente ou moderadamente elevadas; valores levemente elevados de colesterol total e glicemia em jejum. O fator sócio econômico continua sendo importante na hora de avaliar estes casos, pois o mais baixo nível de escolaridade, é maior a prevalência de doença; não sendo assim com outros fatores socioeconômicos como são a renda familiar, as características da vivenda ou características médias ambientais, onde não existe muita diferença em relação a outras doenças (PEREIRA *et al.*, 2011).

5.1 Fatores de Risco

A Hipertensão Arterial possui natureza multicausal e os principais fatores de risco são distribuídos entre não modificáveis (raça, história familiar) e modificáveis (estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada) (BORGES, *et al.*, 2008).

Fatores de risco como idade, gênero, etnia e hereditariedade não são controláveis, mas mesmo assim merecem atenção por indicar a vulnerabilidade do

indivíduo aos fatores de risco controláveis, alertando para a necessidade de um controle mais rigoroso (GAMA et al., 2010).

Quanto à idade, o risco duplica após os 55 anos, com morbidade duas vezes maior nos homens, dos 35 aos 44 anos, com queda progressiva desta diferença, reduzindo-se a 1:1 após os 75 anos. Em relação ao gênero, a perda do efeito protetor do perfil hormonal estrogênico pré-menopausa parece ser um fator de risco importante. No que se refere ao perfil genético, a predisposição genética para Hipertensão Arterial é indicada por história familiar. É importante fator de risco em parentes do primeiro grau, homens abaixo dos 55 anos e mulheres abaixo dos 65 anos. Quanto à etnia, a raça negra é um determinante de elevado risco de evento cardiovascular. No Brasil, a importância da miscigenação na modificação desse risco ainda é fator a ser melhor avaliado (GAMA et al., 2010).

Nas pessoas com hipertensão, ainda se destaca a presença de forma significativa dos referidos estilos de vida inadequados, como o tabagismo e o índice de massa corporal mais elevado. Quanto ao etilismo, apesar da quantidade de etanol ingerida por dia apresentar-se na faixa mediana de tolerância para as pessoas com hipertensão, observou-se que os mesmos têm esse hábito a muito mais tempo do que os não têm hipertensão, o que pode estar relacionado com a idade mais elevada. Sabe-se que, junto com a obesidade e o consumo de sal, o consumo alcoólico é fator de risco para a hipertensão (CIPULLO, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas, assim como a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento, e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

Diante as dificuldades apontadas pelos hipertensos e as enfrentadas pela equipe de saúde da família na prevenção e controle da doença, varias ideias foram propostas para desenvolver neste projeto.

6.1 Identificação do problema

Após reunião com a equipe, foram escolhidos os que mais estavam atingido aos nossos pacientes.

Utilizando o método de estimativa rápida foi concluído que:

- Existem muitos fatores associados à prevalência de doença crônica;
- A doença é provocada ou incrementada por fatores de risco que estão em torno ao indivíduo;
- Existe um déficit controle e acompanhamento pela ESF;
- O nível de conhecimento do individuo sobre a doença e um fator muito importante para garantir o seu controle;
- Existe desinteresse do paciente em relação ao autocuidado.

6.2 Priorização do problema

Quadro 1. Priorização do problema na ESF “Terras Altas”.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/prioridade
Hipertensão	Alta	4	Parcial	1º
Diabetes	Alta	4	Parcial	2º
Estilo de vida	Alta	4	Parcial	3º
Violência	Alta	3	Parcial	6º
Drogas	Alta	3	Parcial	5º
Adesão ao tratamento	Média	3	Parcial	4º

Fonte: Elaborado pela autora

O problema priorizado foi a elevada incidência de hipertensos, pois além de ter a maior pontuação em relação a demanda, nossa equipe apresenta um elevado número de hipertensos que não reconhecem a doença.

6.3 Descrição do problema selecionado

A hipertensão arterial é uma doença crônica degenerativa que fatores determinantes são multifatoriais e constitui um problema de saúde pública no Brasil e especificamente na área de abrangência da equipe “Terras Altas” do município Marmelópolis. Ocupa um lugar de destaque no contexto epidemiológico, onde apresenta fator de risco para ocorrência de acidente vascular e infarto do miocárdio, agravos crônicos não transmissíveis, sendo considerada uma das principais causas de morbimortalidade na população (BRASIL, 2006)

A maior razão para o controle inadequado da pressão arterial seria a falta de adesão ao tratamento, uma vez que, a adesão engloba o comportamento do indivíduo, em termos de tomar os medicamentos, mudar hábitos de vida, seguir dietas e comparecer a consultas médicas.

6.4 Explicação do problema

A grande maioria dos hipertensos de nossa área de abrangência estão usando 5 ou mais medicamentos, para uma ou outra doença. Os pacientes

relataram que mesmo com o uso desses medicamentos a pressão arterial continuava elevada e, em outros casos referem abandono do tratamento por melhoria dos sintomas. Somado a poucas ou nenhuma mudança no estilo e hábitos de vida.

O que significa que mantinham seus hábitos alimentares com ingestão excessiva de sal, farinhas, massas e pouco usam de vegetais, legumes, frutas, verdura; também não praticavam atividade física: caminhadas, *liang gong*, hidroginástica, academia; aqueles tabagistas mantinham seu hábito e os alcoólatras também continuavam bebendo.

Todos concordavam numa questão, para eles o medicamento tinha que solucionar seu problema de saúde sem dar a menor importância ao resto. Por isso procuravam atendimento constantemente com a esperança de que o médico trocasse seu medicamento por outro melhor ou “mais forte” segundo eles.

6.5 Seleção dos “nós” críticos

A identificação das causas de um problema é muito importante. Após avaliação detalhada, poderão ser identificadas várias causas, as que devem ser erradicadas para solucionar o problema principal e assim transformá-lo. Para realizar essa análise utiliza-se o conceito de nó crítico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dias e Savassi (2007) apontam que para um problema ser considerado um nó crítico ele precisa ser capaz de mudar positivamente o vetor descritor do problema, ser politicamente oportuno e estar dentro da governabilidade dos atores envolvidos.

- Nível de informação;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Processo de trabalho da equipe de saúde da família.

6.6 Desenhos das Operações para os “nós” críticos

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) após a identificação e a explicação das causas do problema, parte-se para o próximo passo, que é a elaboração do plano de ação que encaminha estratégias e soluções para enfrentamento do problema. Assim faz-se necessário relatar as operações para o enfrentamento das

causas identificadas como “nós críticos”. Após são identificados produtos e resultados para cada operação, com a seleção dos recursos indispensáveis para a implantação e implementação das operações. Finalmente são designados os indivíduos responsáveis por cada operação, além de definir os prazos para execução das mesmas. Tal etapa corresponde ao cronograma do plano de ação.

As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos quadros 2 a 4.

Quadro 2 - Operações sobre o “Nó crítico 1” - Falta de conhecimento dos integrantes da equipe com relação à HAS, seus fatores de risco e complicações.

No crítico 2	Capacitação da equipe de saúde para desenvolver atividades de educação em saúde para o cuidado da população.
Operação	Aprender mais para cuidar
Projeto	Aumentar os conhecimentos da equipe
Resultados esperados	Profissionais mais capacitados
Produtos esperados	Equipe mais preparada e motivada
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde da família
Recursos necessários	Estrutural: Organizar as capacitações da equipe de saúde. Cognitivo: Aumentar o conhecimento sobre prevenção e controle de HAS. Financeiro: Para aquisição de materiais educativos. Político: Mobilização social para divulgar informações sobre a prevenção e controle da HAS.
Recursos críticos	Articulação com a secretaria de saúde
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de saúde com motivação favorável.
Ação estratégica de motivação	Reunir a equipe para apresentar o projeto e que todos possam envolver-se com as propostas feitas e sugerir alguma ação. Capacitar a equipe de saúde sobre a Doença e os fatores de riscos. Proporcionar materiais educativos para os profissionais. Divulgar informação sobre a doença nos murais. Realizar avaliação do trabalho mensalmente nas reuniões da equipe.
Responsáveis	Dra. Yaima Montalvo Hernandez
Cronograma/ Prazo	Três meses para início das atividades
Gestão,	O acompanhamento e avaliação do plano de ação serão

acompanhamento e avaliação	verificados por meio dos indicadores do SUS, pela equipe de saúde. Baseado em dados levantados no momento, o acompanhamento será mensal e a avaliação será seis meses após a implantação. No final do primeiro ano será analisado e avalia-se se o objetivo proposto foi alcançado, além disso, se deve: • Pelas visitas domiciliares avaliar as modificações dos hábitos e estilo de vida. • Avaliar o conhecimento dos profissionais sobre os fatores de risco. • Monitorar mensalmente nas reuniões da equipe os conhecimentos e ações desenvolvidas em relação ao controle da HAS.
-----------------------------------	---

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3 - Operações sobre o “Nó crítico 2” Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS, seus fatores de risco e complicações.

No crítico 3	Necessidade de proporcionar informação através de atividades de educação em saúde às famílias e comunidades sobre fatores de riscos para a HAS
Operação	Conhecer os principais fatores de risco para se cuidar.
Projeto	Aumentar o nível de conhecimento e mais saúde.
Resultados esperados	População mais informada sobre a doença, maior autocuidado, diminuição da incidência e melhor controle.
Produtos Esperados	Melhor nível de conhecimento. Ações de educação em saúde (Programa de saúde escolar, atividades com grupos).
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe saúde da família e comunidade.
Recursos necessários	Estrutural: Organizar as atividades de capacitação, fazer o formulário para as entrevistas. Cognitivo: Informação sobre estratégias de comunicação em saúde. Financeiro: Para material educativo. Político: Mobilização social e com outros setores.
Recursos críticos	Financeiro: Para a compra de vídeos, folhetos educativos. Políticos: Para o vínculo com educação e programas na rádio.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de saúde e educação assim como comunicação social. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	• Apresentação do projeto aos setores sociais para que todos possam envolver-se. • Realização de encontros (reuniões/grupos) semanalmente para a comunidade da ESF com o objetivo de

	• Realização de encontros (reuniões/grupos) mensais nas escolas, centros de trabalho, igrejas. • Acompanhamento trimestral de todos as pessoas com potenciais fatores de risco para HAS. • Realização de busca ativa de casos novos em maiores de 18 anos. • Avaliação dos fatores de risco dos casos estudados nas visitas domiciliares. • Realização de reuniões mensais com a equipe de saúde para avaliar o trabalho realizado. As atividades também serão baseadas nas seguintes ações: • Promoção de ações de alimentação saudável no programa nacional de alimentação. • Elaboração de espaços para a prática de atividades físicas. • Divulgação de temas educativos através da rádio comunitária.
Responsáveis	Dra. Yaima Montalvo Hernandez
Cronograma / Prazo	Três meses para início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação	O acompanhamento e avaliação do plano de ação serão verificados por meio dos indicadores do SUS e pela equipe de saúde. Baseado em dados levantados no momento, o acompanhamento será mensal e a avaliação será seis meses após a implantação. No final do primeiro ano será analisado e avaliado, se o objetivo proposto foi alcançado. Além disso, se deve avaliar: • Nas visitas domiciliares as modificações dos hábitos e estilo de vida. • Avaliar o conhecimento dos pacientes sobre os fatores de risco da doença. • Monitorar mensalmente os conhecimentos e ações desenvolvidas em relação ao controle da HAS pela equipe através de ações de vigilância do agravo desenvolvidas nas reuniões da equipe.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4 - Operações sobre o “Nó crítico 3” Carência de atividades de educação em saúde por parte da equipe de saúde da família.

No crítico 4	Promover a formação de grupos operativos de hipertensos nas diferentes comunidades a fim de promover o autocuidado.
Operação	Formar grupos operativos
Projeto	Mais conhecimento
Resultados	Diminuir aparição de novo casos e incrementar o controle dos

esperados	existentes.
Produtos esperados	População mais informada e com mais saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde da família e comunidade.
Recursos necessários	Estrutural: Organizar os grupos operativos. Cognitivo: Informação sobre estratégias de saúde. Financeiro: Para materiais educativos. Político: Mobilização social e intersetorial com a rede de saúde
Recursos críticos	Político: articulação intersetorial.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de saúde com motivação favorável.
Ação estratégica de motivação	• Formação de grupos operativos de hipertensos para discutir temas referentes a Hipertensão, sua prevenção, tratamento e controle. • Realização de reuniões com os grupos operativos para apresentação dos participantes e definição dos temas de interesse para as atividades de educação em saúde, da duração e dos melhores horários, além disso, será explicada ao grupo a metodologia a ser utilizada nas sessões de educação em saúde. • Entrevistar as pessoas para identificar os diferentes fatores de risco e o grau de conhecimento que estes possuem sobre a doença. • Realizar busca ativa de casos novos em maiores de 18 anos.
Responsáveis	Dra. Yaima Montalvo Hernandez
Cronograma / Prazo	Três meses para início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será verificada a gestão por meio dos indicadores do SUS, pela equipe de saúde da unidade. Baseado em dados levantados no momento, o acompanhamento será mensal e a avaliação será seis meses após a implantação. No final do primeiro ano será analisado e avaliado se o objetivo proposto foi alcançado. Além disso, deve-se: Através das consultas e visitas domiciliares avaliar o cuidado em saúde e as modificações de hábitos e estilos de vida. Avaliar e monitorar o nível de informação da população sobre os riscos de HAS. Monitorar mensalmente os conhecimentos sobre HAS dos grupos operativos.

Fonte: Elaborado pela autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como proposta de intervenção realizar um plano de ação para prevenção de casos de HAS na comunidade pertencente a ESF Terras Altas do município de Marmelópolis.

Sabe-se que a atenção primária à saúde configura-se como porta de entrada do usuário para ações de promoção e prevenção a saúde, a mesma constitui também como uma forma de proporcionar melhorias no bem estar das pessoas além de proporcionar o conhecimento das doenças decorrentes na população adstrita em seu território.

A diminuição da incidência de hipertensos constitui uns dos maiores desafios para os profissionais da saúde. Promoção e prevenção são, por tanto, atividades de saúde que facilitam a inter-relação do pessoal de saúde com a comunidade, pressupondo sua participação nas decisões sobre o cuidado da saúde.

Porém, são muitos os fatores que contribuem para aparição da HAS, tais como a inadequação da relação medico-paciente, o desconhecimento das características da doença e de seus principais fatores de risco, distribuídos entre não modificáveis e modificáveis (estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada), entre eles associa-se a obesidade e o excesso de peso. Já historia familiar pode ser classificada como um fator de risco não modificável.

Com base na revisão de literatura e no plano de intervenção proposto, conclui-se que é imprescindível conhecer a área de abrangência de atuação onde a unidade de saúde está inserida, pois desta forma é mais fácil se planejar as ações quando se conhece a realidade de determinada população. Além disso, é necessário que todos os profissionais de saúde que compõe a equipe juntamente com os usuários se mobilizem para que a implantação do plano de intervenção proposto surta resultados positivos e efetivos.

REFERÊNCIAS

Borges HP, Cruz N do C, Moura EC. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(2):110-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília. DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sinanweb>. Acesso em: 9 mar.2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 07 de mar. 2014.

CIPULLO, J. P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Jose de Rio Preto, p.519-526, abr. 2010.

DATASUS. Ministério da Saúde. Acessado em 3, 10, 15, 21 e 27 Set. 2014. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>

DIAS, R. B; SAVASSI, L. C. M. **Planejamento de Ações na Equipe.** Grupo de Estudos em Saúde da Família (GESF), 2007. Disponível em:< <http://www.smmfc.org.br/gesf>> Acesso em: março de 2014.

GAMA, Glicia Gleide Gonçalves et al. Revisando os fatores de risco cardiovascular. *Enfermagem, Rio de Janeiro*, v. 4, n. 18, p.650-655, 2010.

IBGE/ MARMELOPOLIS MINAS GERAIS. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Marmelopolis_\(Minas_Gerais\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Marmelopolis_(Minas_Gerais)) >Acesso :2010.

MATUS, C. Metodologia de Planejamento Estratégico Situacional, 1993, p. 26.

PEREIRA, A. F. *et al.* Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular. Belo Horizonte: PRODABEL, 2011.

Relatório de Gestão - Prefeitura de Marmelópolis/ Secretaria Municipal de Saúde, Marmelópolis, 2013.

ROSARIO, T. M. *et al.* Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobre, MT. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Nobres, Mt, 07 abr. 2009. p. 672-678.

SIAB-Sistema de informação da Atenção Básica. Disponível em: www.datasus.gov.br/SIAB >Acesso: 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. (Julho 2010). "VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão" (PDF) (em português). **Arq Bras Cardiol** 95 (Supl. 1): 1-51.