

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

**BEATRIZ MÁRQUEZ RODRIGUEZ**

**EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM GRUPO DE HIPERTENSOS DA  
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA VENEZA II**

**GOVERNADOR VALADARES - MG**

**2016**

**BEATRIZ MÁRQUEZ RODRIGUEZ**

**EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM GRUPO DE HIPERTENSOS DA  
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA VENEZA II**

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: Valéria Tassara

**GOVERNADOR VALADARES - MG**

**2016**

**BEATRIZ MÁRQUEZ RODRIGUEZ**

**EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM GRUPO DE HIPERTENSOS DA  
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA VENEZA II**

Banca examinadora

Profa. Valéria Tassara (Orientadora)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG.

Aprovado em Belo Horizonte:

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a meus pais e a minha irmã pelo amor, incentivo e apoio, sem vocês nada disso seria possível.

Agradeço à Doutora Yenisey Frómeta, pelo estímulo e apoio dispensados, pelo apreço, atenção, carinho e compreensão, obrigado. Essa vitória não é só minha, é nossa!

À Universidade Federal de Minas Gerais, pela oportunidade de fazer o curso. A esta universidade, ao corpo docente, à direção e à administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro, um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

À professora e orientadora do TCC Valeria Tassara, pelo convívio, pelo apoio e pela compreensão. Assim como pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

Agradeço meu TCC a todos aqueles que fizeram do meu sonho realidade, me proporcionando forças para que eu não desistisse de ir atrás do que eu buscava para minha vida. Muitos obstáculos foram impostos para mim durante esses últimos meses, mas graças a vocês eu não fraquejei.

Obrigado por tudo família, professores, amigos e colegas.

Para aquelas pessoas que fazem meu coração sorrir...

Obrigado.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica constitui um importante problema de saúde pública. No diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe Laranja da Estratégia Saúde da Família (ESF) Veneza II, observou-se elevado número de hipertensos não controlados. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para determinar a efetividade da intervenção educativa no controle da pressão arterial em hipertensos da USF de Veneza II no município de Ipatinga. A metodologia foi executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: desconhecimento sobre Hipertensão Arterial; inadequados hábitos e estilo de vida; deficiente estrutura dos serviços de saúde; processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “**Saber +**” para aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS; “**+Saúde**” para modificar hábitos e estilos de vida; “**Cuidar Melhor**” para melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos hipertensos e; “**Linha de Cuidado**” para implantar a linha de cuidado para atenção à pacientes hipertensos.

**Palavras chave:** Hipertensão. Descompensação. Estratégia saúde da família.

## ABSTRACT

Hypertension is a major public health problem. The situational diagnosis of the coverage area of Orange Health Strategy Team II Venice, there was a high number of uncontrolled hypertension. Thus, this study aimed to develop a plan of action to determine the effectiveness of educational interventions to control blood pressure in hypertensive of the Venice II USF in the city of Ipatinga. The methodology was performed in three steps: completing the situational diagnosis; literature review and development of a plan of action. In this study the following critical nodes were selected: ignorance of Hypertension; poor habits and lifestyle; Poor structure of health services; FHS work process inadequate to address the problem; Based on these critical nodes have been proposed the following coping actions: creation of projects "**know +**" to increase the population's level of knowledge about hypertension; "**Health +**" to change habits and lifestyles; "**Best Care**" to improve the structure of the service for the care of hypertensive; "**Watch Line**" to deploy the type of care for attention to hypertensive patients.

**Key words:** Hypertension. Decompensation. Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	11
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	12
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	13
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	14
<b>6 PLANO DE AÇÃO</b> .....	18
6.1. Primeiro passo: Identificação dos problemas.....	18
6.2. Segundo passo: Priorização dos problemas.....	18
6.3. Terceiro passo: Descrição do problema .....	19
6.4. Quarto passo: Explicação do problema.....	20
6.5. Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”.....	20
6.6. Sexto passo: Desenho das operações.....	20
6.7. Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.....	22
6.8. Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano.....	23
6.9. Nono passo: Elaboração do plano operativo.....	25
6.10. Décimo passo: Gestão do plano.....	27
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença muito frequente no Brasil, constituindo-se em importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo e é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É responsável por pelo menos 40 % das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 25% das mortes por doença arterial coronariana. Esta doença tem uma alta prevalência entre as pessoas idosas e é um fator determinante de morbidade e mortalidade e pode ter complicações, limitações funcionais e incapacidades (BRASIL, 2006).

A HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (AMODEO e LIMA, 1996).

A HAS também é uma das doenças mais prevalentes na cidade de Ipatinga, cidade no interior do estado de Minas Gerais, pertence à mesorregião do Vale do Rio Doce e à microrregião de mesmo nome. Localiza-se a nordeste da capital do estado, distando desta cerca de 209 quilômetros. Está a 947 quilômetros de Brasília, a capital federal. A cidade localiza-se exatamente no local em que as águas do rio Piracicaba se encontram com o rio Doce. Sua área é de 165,509 km<sup>2</sup>, sendo que 22,9245 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano (IBGE, 2014).

Em 2010, a população do município de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 239 177 habitantes, sendo o décimo mais populoso do estado e apresentando uma densidade populacional de 1 445,1 habitantes por km<sup>2</sup> (IBGE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Ipatinga é considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Seu valor é de 0,806, sendo o trigésimo maior de todo estado de Minas Gerais (IBGE, 2014).

A renda per capita é de 25 577,18 reais, a taxa de alfabetização adulta é 92,90%

e a expectativa de vida é de 72,24 anos. O coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social é de 0,38, sendo que 1,00 é o pior número e 0,00 é o melhor. A incidência da pobreza, medida pelo IBGE, é de 15,81%, o limite inferior da incidência de pobreza é de 8,29%, o superior é de 23,33% e a incidência da pobreza subjetiva é de 11,21% (IBGE, 2014).

O Produto interno bruto - PIB de Ipatinga é o maior de sua microrregião, sendo seguido por Timóteo, destacando-se na área industrial. Nos dados do IBGE de 2005 o município possuía R\$ 5 509 973 mil no seu Produto Interno Bruto. Desse total 6 182 516,210 mil são de impostos sobre produtos líquidos de subsídios. O PIB *per capita* de R\$ 25 577,18 (IBGE, 2014).

A indústria atualmente é o setor mais relevante para a economia ipatinguense uma vez que 2 664 623 reais do PIB municipal são do valor adicionado bruto da indústria (setor secundário). Cerca de 20 a 30% da produção industrial do município é gerada pela Usiminas - Usinas Siderúrgicas de Minas Gerais - e sua subsidiária a Usiminas Mecânica (USIMEC), produtora de estruturas metálicas (dentre as quais estão as da célebre ponte JK em Brasília), máquinas pesadas e vagões de trens. A siderúrgica foi criada, graças ao Plano de metas de JK, que previa a construção de uma usina de grande porte, para produzir aço. A Usiminas exerce uma grande participação na cultura e na vida ativa da cidade, tendo interferido, inclusive, em seu planejamento urbano (IBGE, 2014).

O Programa Saúde da Família foi implantado no município no ano 2012. O Município tem 40 equipes de saúde, 54 médicos, 51 enfermeiras, 294 Agentes Comunitários de Saúde e 80 Técnicos de Enfermagem.

A Unidade Básica de Saúde de Veneza II funciona de segunda a sexta, localiza-se na Rua Mangaratiba, nº 160, no bairro Veneza II, no horário de 07 as 18 horas, dividido em dois turnos, 07 às 13 e 12 às 18h.

É uma unidade de atendimento primário em que o fluxo de pacientes é extenso relacionado ao de outras unidades básicas, atende aproximadamente 174 pacientes por dia.

A população de abrangência são pessoas residentes nos bairros Veneza I e II, Centro e Vila Ipanema. Predominam famílias de baixa renda sendo que o último citado

se caracteriza por uma população mais idosa, bairro de pequeno porte e com uma classificação de risco de vulnerabilidade social bem reduzido. São vários moradores que são aposentados da empresa Usiminas.

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Veneza II, após análise do diagnóstico situacional, feito como atividade do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), foi detectada a alta prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, constituindo o principal problema de saúde.

A HAS pode ser uma doença assintomática pelo que deve ser pesquisada e investigada sistematicamente. Na população da UBS de Veneza II são muito frequentes fatores de risco que tem influência na aparição da HAS como o excesso de peso, hábitos alimentares não saudáveis, o uso excessivo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo, educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial, abandono de tratamento, processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema e deficiente estrutura dos serviços de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial é a mais prevalente de todas as DCV, afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez (BRASIL, 2010).

Por se tratar de uma doença de grandeza universal, é preciso envidar esforços no sentido de realizar mais estudos direcionados para o conhecimento da HAS e ações educativas para que a população seja instrumentalizada a respeito da doença, suas complicações e cuidados em grupos populacionais específicos.

Na literatura disponível ainda são incipientes estudos sobre a efetividade de intervenção educativa no controle da hipertensão arterial, particularmente no município de Ipatinga, que permitam o delineamento para implementação e acompanhamento do impacto de ações e políticas voltadas para a melhoria de suas condições de vida e saúde.

O número de pacientes hipertensos com elevação da pressão arterial na área de abrangência justifica a necessidade de realizar ações para diminuir os níveis pressóricos dos hipertensos. Para atingir esse objetivo elaboramos uma proposta de intervenção educativa para controle da hipertensão arterial.

Com o desenvolvimento desta investigação, pretende-se oferecer educação para a saúde aos usuários hipertensos e, dessa forma, conhecer os fatores de risco associados à elevação da pressão arterial, a prevenção da doença, etc., contribuindo a evitar as complicações, que repercutem em maior custo econômico a família e a sociedade.

A grande importância deste trabalho consiste em melhorar a qualidade de assistência que é prestada pela equipe de saúde aos usuários hipertensos na área de abrangência, este estudo poderá contribuir para que o usuário tenha uma melhor qualidade de vida.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção educativa no controle da pressão arterial em hipertensos da USF de Veneza II, no município de Ipatinga.

#### **3.1 Objetivos específicos**

- Aumentar o nível de conhecimento da população hipertensa da área de abrangência da UBS Veneza II sobre Hipertensão Arterial, através da educação para a saúde.
- Melhorar a qualidade de assistência prestada pela equipe de saúde aos usuários hipertensos da área de abrangência estudada.

## 4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho usou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Carlos Matus (1989). O PES, a partir de seus fundamentos e método, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizada a análise do diagnóstico situacional de área de abrangência por médio do método da Estimativa Rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foram revisados registros da Unidade de Saúde para a coleta dos dados e após, através de reuniões da equipe de saúde, foram identificados os principais problemas da área de abrangência tendo em conta a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento, determinando assim o problema de saúde prioritário.

Após a descrição e explicação do mesmo, se identificaram os nós críticos que seriam necessários para modificá-lo. Logo foi proposto um plano de ação, contendo operações para o enfrentamento das principais causas do problema prioritário para atingir o objetivo do projeto.

Fez-se pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), e na Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão, descompensação e Estratégia saúde da família.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) caracteriza-se por níveis elevados e sustentados de pressão arterial e normalmente se une alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo tais como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, além de alterações metabólicas e, portanto, com maior grau de riscos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), a detecção, o tratamento e o controle são fundamentais para a redução e controle de eventos cardiovasculares.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p19)

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade.

A hipertensão tem alta prevalência e ainda apresenta baixo controle tanto do tratamento quanto da adesão ao mesmo e, por isso, é avaliada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente, a possibilidade de morte por doença cardiovascular aumenta progressivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Investigações realizadas, em cidades brasileiras nos últimos 20 anos, assinalaram existir uma prevalência de hipertensão acima de 30%. Em relação à classificação da pressão arterial da população por sexo e uso ou não de medicação anti-hipertensiva, identificou-se que entre pessoas uso de medicação anti-hipertensiva, 30,3% dos homens e 47,7% das mulheres estavam normotensos. No que diz respeito às pessoas em uso de medicação e com a pressão arterial não controlada, notou-se predomínio dos homens (69,7%) em relação às mulheres (52,3%). Quanto aos hipertensos sem uso de medicação, houve predomínio dos homens em relação às mulheres (ROSÁRIO *et al.*, 2009).

Em relação ao tratamento da HAS há duas abordagens terapêuticas: tratamento não medicamentoso, baseado em modificações do estilo de vida como a perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, dentre outros e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS (BRASIL, 2006).

As principais estratégias para o tratamento não medicamentoso da HAS incluem as seguintes: controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, abandono do tabagismo, prática de atividade física regular (BRASIL, 2006).

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial (BRASIL, 2006, p. 25).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, independentemente do valor do Índice de Massa Corporal (IMC), a localização de gordura, principalmente no abdome, associa-se, com muita frequência, à resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Dessa forma, a circunferência abdominal com valores superiores ao de referência é um fator preditivo de doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

A dieta exerce papel importante no controle da hipertensão arterial e os benefícios sobre a pressão arterial têm sido associados ao alto consumo de sal, potássio, magnésio e cálcio nesse padrão nutricional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A dieta deve ter redução de sódio, ser rica no consumo de frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de colesterol (BRASIL, 2006).

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens

normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições. Isso corresponde, para o homem, a ingestão diária de no máximo 720 ml de cerveja (uma garrafa); 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada (uma dose). Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006, p. 26).

Outra medida importante é a cessação do tabagismo, sendo uma medida prioritária na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e de diversas outras doenças. Quanto mais cigarros fumados maior o risco e este é maior em mulheres do que em homens. Assim, pessoas hipertensas fumantes devem ser estimuladas a abandonar esse hábito por meio de medidas educativas e terapêuticas de suporte específicas (BRASIL, 2006).

“Ensaio clínico controlado demonstraram que os exercícios aeróbios (isotônicos), que devem ser complementados pelos resistidos, promovem reduções de PA, estando indicados para a prevenção e o tratamento da HAS” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 18).

A atividade física para pessoas hipertensas deve iniciar e ser regular pois além de diminuir a pressão arterial, pode reduzir o risco de doenças associadas à hipertensão.

A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua ou acumulada. A orientação ao paciente deve ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos/semana (equivalente a pelo menos 30 minutos realizados em 5 dias por semana). (BRASIL, 2006, p. 27).

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis

tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BRASIL, 2006).

“A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular” (BRASIL, 2013, p.58).

Com relação ao tratamento anti-hipertensivo, as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão recomendam que se deva considerar:

- o esquema anti-hipertensivo deve manter a qualidade de vida do paciente, de modo a estimular a adesão às recomendações prescritas;
- existem evidências de que para hipertensos com a pressão arterial controlada a prescrição de ácido acetilsalicílico em baixas doses (75 mg) diminui a ocorrência de complicações cardiovasculares, desde que não haja contraindicação para o seu uso e que os benefícios superem os eventuais riscos da sua administração;
- dada a necessidade de tratamento crônico da hipertensão arterial, o Sistema Único de Saúde deve garantir o fornecimento contínuo de, pelo menos, um representante de cada uma das cinco principais classes de anti-hipertensivos comumente usados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 29).

Outra medida de suma relevância que os pacientes com hipertensão devem ser cuidados por equipe multiprofissional.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

### **6.1 Primeiro passo: definição dos problemas**

Foi possível identificar diferentes problemas na área de abrangência da ESF Laranja da UBS Veneza 2, após análise e discussão do diagnóstico situacional. Em ordem de prioridade eles foram:

- 1- Elevada porcentagem de Hipertensos não controlados.
- 2- Elevada porcentagem de Diabetes Mellitus tipo 1 e 2 não controlados.
- 3- Elevado índice de enfermidades de transmissão sexual e HIV.
- 4- Aumento da incidência de doenças cardiovasculares.
- 5- Elevada incidência de acidentes em crianças.
- 6- Acúmulo de lixo em terrenos baldios.
- 7- Dificuldades no consumo de água tratada.
- 8- Maus hábitos dietéticos.

### **6.2 Segundo passo: priorização dos problemas**

Após identificação dos problemas, fizemos a seleção e priorização dos que serão enfrentados. Para isso, consideramos os seguintes critérios: importância do problema, urgência, e a própria capacidade para enfrentá-los ou resolvê-los.

O Quadro 1 mostra a análise feita, estabelecendo a ordem de prioridade de acordo com os critérios atribuídos:

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na Equipe Laranja da UBS Veneza 2.

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Elevada porcentagem de Hipertensos não controlados	Alta	9	Parcial	1
Elevada porcentagem de Diabetes Mellitus tipo 1 tipo 2 não controlados	Alta	9	Parcial	1
Elevado índice de enfermidades de transmissão sexual e HIV	Alta	8	Parcial	2
Aumento da incidência de doenças cardiovasculares.	Alta	7	Parcial	3
Elevada incidência de acidentes em crianças.	Meia	5	Parcial	4
Acúmulo de lixo em terrenos baldios.	Média	5	Parcial	4
Dificuldades no consumo de água tratada.	Média	5	Parcial	4
Maus hábitos dietéticos.	Média	4	Parcial	6

Fonte: Autoria Própria (2015)

### **6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado**

A Equipe de Saúde definiu como problema prioritário a elevada porcentagem de hipertensos não controlados. Na área de abrangência, de 369 hipertensos cadastrados,

278 (84%) ficaram acompanhados, 243 estão controlados e 146 (47.7%) permanecem com pressão arterial elevada apesar do tratamento médico.

#### **6.4 Quarto passo: explicação do problema**

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem uma alta prevalência entre as pessoas idosas e é um fator determinante de morbidade e mortalidade e pode ter complicações, limitações funcionais e incapacidades (BRASIL, 2006).

Em minha opinião é muito importante avaliar este problema porque de maneira geral é uma doença com uma alta prevalência e dessa mesma forma acontece em minha área de abrangência. A HAS é uma doença crônica e um fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, renais, que pode ter consequências e incapacidades para a pessoa. Um dos principais problemas é que pode ser uma doença assintomática pelo que deve ser pesquisado e investigado sistematicamente.

#### **6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

A Equipe de Saúde definiu como nós críticos fundamentais para o problema “elevada porcentagem de Hipertensos não controlados”

- \* Desconhecimento sobre Hipertensão Arterial;
- \* Inadequados hábitos e estilo de vida;
- \* Deficiente estrutura dos serviços de saúde;
- \* Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema;

#### **6.6 Sexto passo: desenho das operações**

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Elas se encontram apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultado s esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Desconhecimento sobre Hipertensão Arterial.	<b>Saber +</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial.	População mais informada sobre Hipertensão Arterial.	Avaliações realizadas sobre o nível de informação da população sobre HAS: Campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS.	<b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; <b>Organizacional:</b> organização da agenda; <b>Político:</b> articulação inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Hábitos e estilos de vida inadequados.	<b>+ Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida.	Maior número de hipertensos fisicamente ativos e com alimentação equilibrada.	Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de caminhada, dança, etc.); Grupos operativos para orientação nutricional.	<b>Organizacional:</b> organização dos grupos operativos; <b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema; <b>Político:</b> conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial com a rede; <b>Financeiros:</b> para recursos audiovisuais, folhetos educativos.

Deficiente estrutura dos serviços de saúde.	<b>Cuidar Melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de pacientes.	Medicamento, materiais e insumos previstos em quantidade suficiente.	Capacitação de pessoal; contratação de compra de medicamentos, materiais e insumos previstos; consultas especializadas.	<b>Políticos:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; <b>Financeiros:</b> aumento da oferta de exames e consultas e <b>Cognitivo:</b> elaboração do projeto de adequação.
Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.	<b>Linha de Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes Hipertensos.	Cobertura de 80% da população acima dos 15 anos.	Linha de cuidado para atenção à Hipertensos; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado.	<b>Cognitivo:</b> elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; <b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; <b>Organizacional:</b> adequação de fluxos.

### 6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Todo processo de transformação consome recursos, com mais ou com menos intensidade, pelo que essa transformação vai depender da disponibilidade dos mesmos.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. No Quadro 3, esses recursos estão apresentados.

Quadro 3 - Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Saber +</b>	<b>Político:</b> articulação inter setorial.
<b>+ Saúde</b>	<b>Político:</b> conseguir o espaço na rádio local; <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Cuidar Melhor</b>	<b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; <b>Financeiro:</b> recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
<b>Linha de Cuidado</b>	<b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

### 6.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. São aquelas nas quais o ator não controla, previamente, os recursos necessários para alcançar seus

objetivos. 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 a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

Quadro 4 - Proposta de ação para motivação dos atores.

<b>Análise e viabilidade do plano</b>				
<b>Operações/ Projetos</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ação estratégica</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	
<b>Saber+</b> Aumentar o nível de informação da população sobre Hipertensão Arterial.	<b>Político:</b> conseguir o espaço na rádio local; Articulação inter setorial com a secretaria de saúde. <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de comunicação social; Secretaria de Educação Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
<b>+Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida.	<b>Político:</b> conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial com a rede; <b>Financeiros:</b> para recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Secretaria de Educação Secretário de Saúde	Favorável  Favorável	Não é necessária
<b>Cuidar Melhor.</b>	<b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos	Prefeito Municipal	Favorável	Apresentar projeto de

Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de Hipertensos.	para estruturar o serviço; <b>Financeiros:</b> recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas).	Secretário de Saúde Fundo Nacional de Saúde		estruturação da rede.
<b>Linha de Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à Hipertenso.	<b>Político:</b> articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Não necessária

### 6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

A ESF, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o Quadro 5 a seguir.

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Profissionais envolvidos	Prazo
<b>Saber +</b>	População mais informada sobre Hipertensão Arterial.	Avaliação do nível de informação da população sobre fatores de risco em a Hipertensão Arterial; campanha	Não é necessária	Equipe de Saúde.	Três meses para o início das atividades

		educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS.			
<b>+Saúde</b>	Aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos e com alimentação equilibrada.	Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de caminhada, dança, etc.); grupos operativos para orientação nutricional.	Não é necessária	Equipe de Saúde	Início em quatro meses; Avaliações a cada semestre; Início em dois meses
<b>Cuidar Melhor.</b>	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de Hipertensos com qualidade	Capacitação de pessoal; contratação de compra de medicamentos, materiais e insumos previstos; consultas especializadas.	Apresentar projeto de estruturação da rede	Secretaria de Saúde	4 meses para projeto e 8 meses para aprovação e liberação dos recursos; 4 meses aquisição materiais início em 4 meses e finalização em 8 m
<b>Linha de Cuidado.</b>	Cobertura de 80% da população acima dos 15	Linha de cuidado para atenção à Hipertenso;	Não é necessária	Secretaria de Saúde	Início em 3 meses e finalização em 12 meses

	anos.	protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado			
--	-------	---	--	--	--

### 6.10 Décimo passo: gestão do plano

O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 6 - Planilhas de acompanhamento do projeto.

<b>Operação “ Saber +”</b>					
Produtos esperados	Responsável.	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo.
População avaliada sobre Hipertensão Arterial.	Equipe de Saúde	Três meses para início das atividades	Programa implantado e implementado em todas as micro áreas.		
Campanha educativa na rádio local;	Equipe de Saúde	Três meses para início das atividades	Programa para implementar	Formato e duração do programa definidos; Conteúdos definidos; falta definição de horário pela emissora local.	
Programa de Saúde Escolar;	Equipe de Saúde	Três meses para início	Programa para implementar. Conteúdos,		

		das atividades	programas e meios audiovisuais já definidos		
Capacitação dos ACS	Equipe de Saúde	Três meses	Programa implantado e implementado em todas as microáreas.		
<b>Operação “+ Saúde”</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo.
Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de caminhada, dança, etc.) e de orientação nutricional.	Equipe de Saúde	Início em quatro meses; Avaliações a cada semestre;  Início em dois meses	Programa para implementar		
<b>Operação “Cuidar Melhor”</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo.
Capacitação de pessoal;	Secretaria de Saúde	Início em quatro meses e finalização em oito meses.	Projeto a implementar		
Contratação de compra de medicamentos, materiais e insumos previstos;	Secretaria de Saúde	Oito meses	Projeção de demanda e estimativa de custos realizada; edital elaborado.		

consultas especializadas					
<b>Operação “Linha de Cuidado”</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo.
Linha de cuidado para atenção à Hipertensos.	Secretaria de Saúde	Doce meses	Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde.		
Protocolos implantados;	Secretaria de Saúde	Três meses	Projeção de demanda e estimativa de custos realizada; edital elaborado.		
Recursos humanos capacitados;	Secretaria de Saúde	Oito meses	Programa de capacitação elaborado; capacitação com início para dois meses.		
Regulação implantada;	Secretaria de Saúde	Doce meses	Projeto de regulação em discussão.		
Gestão da linha de cuidado	Secretaria de Saúde	Doce meses	Projeto de gestão da linha de cuidado em discussão.		

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Hipertensão Arterial é considerada um importante problema da saúde pública no Brasil assim como no mundo. Ela traz complicações que podem levar o indivíduo a óbitos ou limitações depois na vida.

Este estudo pode ser utilizado como suporte para orientar os profissionais de saúde da Unidade no que se refere às medidas de controle da Hipertensão Arterial, mas o melhor controle depende dos usuários desejarem mudar comportamentos, o que pode repercutir no estilo de vida das pessoas.

O plano de ação proposto nos leva a acreditar que todo processo educativo busca a melhora dos indivíduos com descontrole na Hipertensão Arterial, é o melhor jeito para atingir nossos objetivos e estimular as pessoas a terem uma vida saudável especialmente as que pertencem à UBS Veneza II. Mantê-los informados e oferecer-lhes serviços de saúde de máxima qualidade é responsabilidade de todos os envolvidos no atendimento da saúde da população.

## REFERÊNCIAS

AMODEO, C; LIMA, DA C. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Medicina**, Ribeirão Preto. v. 29, p. 239-243, abr./set., 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. 2010

BRASIL. 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.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **IBGE - cidades**. Ipatinga, Minas Gerais, 2014. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313130&search=minas-gerais|ipatinga>. Acesso em 10/05/14.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010.

ROSÁRIO, T.M.; SCALA, L.C.N.S.; FRANÇA, G.V.A.; PEREIRA M.R.G.; JARDIM, P.C.B.V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Card**. v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.