

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

YANEISY PABLO NODAS

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DONA
FRANSISCA TOSCANO CARDOSO”, MUNICÍPIO DE GURINHATA, MINAS
GERAIS**

UBERLANDIA \ MINAS GERAIS

2016

YANEISY PABLO NODAS

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DONA
FRANCISCA TOSCANO CARDOSO” MUNICÍPIO DE GURINHATÂ MINAS
GERAIS**

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. Liliane da Conceição Campos Ribeiro.

UBERLÂNDIA \ MINAS GERAIS

2016

YANEISY PABLO NODAS

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DONA
FRANSISCA TOSCANO CARDOSO”, MUNICÍPIO DE GURINHATÂ, MINAS
GERAIS**

Banca Examinadora:

Examinador 1: Prof. Liliane da Conceição Campos Ribeiro.

Examinador 2: Prof. Samara Macedo Cordeiro

Aprovado em Belo Horizonte, em 10 de agosto de 2016

DEDICATÓRIA

À meus pais por ser minha razão de vida.

A minha professora e supervisora HELENA PARO; pela sua ajuda, seus conhecimentos, e esse jeito de ser humano tão especial.

A alguém que além das dificuldades e tristezas, lutou ate o fim, esse alguém, sou EU.

AGRADECIMENTOS

A minha coordenadora da atenção primária à saúde, Pollyanna.

Ao PMMB, pela estância no seu país, e puder levar de volta a casa, lembranças destes anos no Brasil.

“Chega já dessa ilusão de que os problemas do mundo podem ser resolvidos com armas nucleares. As bombas poderão até matar os familiares, os enfermos e os ignorantes, mas não podem matar a fome, as enfermidades e a ignorância”.

FIDEL CASTRO.

(Discurso pronunciado na ONU, como líder do movimento dos países não alinhados, 1979).

RESUMO

Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença de alta prevalência e determinante de alta morbidade e mortalidade se não adequadamente diagnosticada e apropriadamente tratada. O diagnóstico depende da medida correta da pressão arterial, utilizando-se atualmente métodos alternativos ou medida convencional de consultório como a Monitorização Ambulatorial de Pressão arterial (MAPA). Na Atenção Primária de Saúde (APS) existe uma alta prevalência e baixas taxas de controle dos pacientes hipertensos e necessita-se realizar maiores ações de saúde, para elevar o conhecimento sobre a doença. Realizou-se um diagnóstico situacional pelo método de estimativa rápida na Equipe de Saúde da Família “Dona Francisca Toscano Cardoso”, no município Gurinhatã, Minas Gerais, para conhecer os principais problemas da comunidade e problemas detectados pela equipe de saúde. A equipe escolheu como principal problema um aumento de pacientes hipertensos não controlados, motivo importante para propor um plano de ação para aumentar o controle desta doença crônica não transmissível. A metodologia utilizada está baseada no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), executando-se o diagnóstico situacional, a revisão bibliográfica sobre o tema e a elaboração da proposta do plano de ação. Que mostrou com ações de saúde, aumento no conhecimento da doença, seu controle medicamentoso, assim como mudanças nos hábitos e estilos de vida, para um aumento no controle da hipertensão arterial.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica; Equipe de Saúde da Família; Ações em saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a highly prevalent disease and determining high morbidity and mortality if not properly diagnosed and treated appropriately. The diagnosis depends on the correct measurement of blood pressure, currently using up alternative methods or conventional measure of office as the Ambulatory blood pressure (MAP). In Primary Health Care (PHC) there is a high prevalence and low control rates of hypertensive patients need to realize greater health actions to raise awareness about the disease. We conducted a situational diagnosis by rapid assessment method in the Family Health Team "Dona Francisca Cardoso Toscano" in the municipality Gurinhatã, Minas Gerais, to know the main community issues and problems encountered by the health team. The team chose as the main problem an increase in uncontrolled hypertensive patients, an important reason for proposing an action plan to increase the control of this non-communicable chronic disease. The methodology is based on the method of Situational Strategic Planning (PES), performing the situational diagnosis, the literature review on the topic and the preparation of the proposed action plan. It showed that in primary care, increase knowledge of the disease, drug control, as well as changes in habits and lifestyles, to an increase in hypertension control.

Key words: Hypertension; Health Team Family; health actions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- População – Perfil demográfico da população estimada dos 2013, por gêneros e faixas etárias, município de Gurinhatã, MG.....	27
Tabela 2- Território do PSF “Dona Francisca Toscano Cardoso”, Gurinhatã, MG, segundo número de famílias e habitantes por áreas.....	28
Tabela 3- Caracterização da população cadastrada do PSF “Dona Francisca Toscano Cardoso” durante ano 2015, município de Gurinhatã, MG, segundo idade e gênero.....	28
Tabela 4 - Classificação das prioridades dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família “Dona Francisca Toscano Cardoso”. Gurinhatã MG. 2014.....	35
Tabela 5- Descritores do problema selecionado no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família “Dona Francisca Toscano Cardoso”. Gurinhatã MG. 2014.....	36
Tabela 6- Desenho das operações para os “nós” críticos do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família “Dona Francisca Toscano Cardoso”. Gurinhatã MG. 2014.....	39
Tabela 7- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema da área de abrangência da unidade de saúde da família “Dona Francisca Toscano Cardoso”. Gurinhatã. MG. 2014.....	41
Tabela 8 - Propostas de ações para a motivação dos atores do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Dona	

Francisca Toscano Cardoso”. Gurinhatã. MG.
2014.....42

Tabela 9: Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Dona Francisca Toscano Cardoso”. Gurinhatã. MG. 2014.....43

Tabela 10. Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS “Dona Francisca Toscano Cardoso”, Gurinhatã, MG, 2014.....45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de Saúde.

APS- Atenção Primária de Saúde.

AVC-Acidente Vascular Encefálico.

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde.

DCV - Doenças Cardiovasculares.

DCNT- Doenças crônicas não transmissíveis.

EBS- Equipe Básica De Saúde.

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FR - Fatores de risco

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estadística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano.

IMC - Índice de Massa Corporal

INFOMED- Sistema informação de Ciências Médicas de Cuba.

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde.

MG- Minas Gerais.

MS – Ministério da Saúde

NESCON-Biblioteca virtual.

OMS- Organização Mundial de Saúde.

PA - Pronto Atendimento.

PA-Pressão arterial

PES- Planejamento Estratégico Situacional.

PIB-Produto Interno Bruto.

PSF- Programa de Saúde da Família.

SAMU- Serviço De Atendimento Móvel de Urgência.

SUS- Sistema Único de Saúde.

SCIELO - Scientific Electronic Library Online.

SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica.

SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO E FORMAÇÃO ADMINISTRATIVA.	18
1.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS.	20
1.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
1.4 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
1.5 – TERRITÓRIO/ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF “DONA FRANSISCA TOSCANO CARDOSO”.	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
1.6 – RECURSOS DA COMUNIDADE	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
2 JUSTIFICATIVA	28
3 OBJETIVOS	29
3.1. OBJETIVO GERAL	23
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4 METODOLOGIA	30
5 RESULTADOS	30
5.1 REVISÃO DE LITERATURA	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	33
6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF “ DONA FRANCISCA TOSCANO CARDOSO”	27
6.1.1 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS	28
6.1.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS	28
6.1.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	29
6.1.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA	30
6.1.5 IDENTIFICAÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS	31
6.1.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES	31
6.1.7 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS	34
6.1.8 ANÁLISE DA VIABILIDADE	35
6.1.9 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	36
6.1.10 GESTÃO DO PLANO	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47

REFERÊNCIAS.....	48
------------------	----

1 – INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é o principal fator de risco de doenças cardiovasculares. A redução da pressão arterial (PA), através de modificações no estilo de vida ou de medicamentos, são eficazes na redução do risco e prevenção de doenças. (SARNAK, M.J.; LEVEY, A.S.; SCHOOLWERTH, A.C., et al.: 2003).

Pressão Arterial em níveis menores são muito importantes na prevenção das doenças. Como a PA é uma variável contínua, o aspecto mais desafiador e importante é definir os limites entre o valor normal e o anormal (SARNAK MJ, LEVEY AS, ac et al & SAFAR ME, LEVY BI ac et. al.: 2003 p.53).

Valores pressóricos menores, são recomendados para pacientes com doença renal e diabetes. O controle, mantendo essas médias são recomendados para esses pacientes. A não adesão ao tratamento medicamentoso e o não cumprimento das médias pressóricas pelo medico, compromete a redução de risco cardiovascular. Este cenário compromete a esperada redução de risco com o tratamento da HAS e necessita de esforços conjuntos entre o governo e a sociedade para efetivar e melhorar as taxas de controle da HAS.

Atualmente os valores que caracterizam a hipertensão arterial para indivíduos acima de 18 anos são aqueles iguais ou superiores a 140 mmHg, para pressão sistólica e/ou iguais ou superiores a 90 mmHg para pressão diastólica. A meta com o tratamento da HA é atingir uma PA < 140/90 mmHg. (POZZAN, R.; BRANDÃO, A. A.; MAGALHÃES, M. E.; FREITAS, E. V., BRANDÃO, A.P.: 2003 p.43)

O aumento do risco cardiovascular associado à elevação da pressão arterial (PA) é hoje um conceito bem fundamentado. Vários estudos apresentam que esta é uma relação intrínseca, que independe de outros fatores de risco.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis–DCNT representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os

portadores, suas famílias e a sociedade em geral dos países, especialmente os de baixa e média renda. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem apresentado um papel preponderante para a ocorrência direta ou como fator de risco quando se pensa na morbidade e mortalidade no contexto das patologias do sistema cardiocirculatório (CAMPOS, F. C.; HORÁCIO P.; ac. et. al. 2010).

O grande problema enfrentado, no contexto da HAS, é que são poucas as ações preventivas e de promoção à saúde, vivemos ainda um processo em que a atenção curativa predomina em relação à promoção à saúde e prevenção de doenças. Vários estudos da população evidenciam a importância do controle da Hipertensão para a redução da morbimortalidade cardiovascular. Os países de industrialização recente, apresentam elevadas taxas de morbimortalidade cardiovasculares, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia: 2010).

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica, de elevado custo econômico social, principalmente em decorrência das suas complicações, e com grande impacto na população brasileira e do mundo. A prevalência mundial estimada é da ordem de um bilhão de indivíduos hipertensos sendo que aproximadamente 7.1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos à Hipertensão Arterial (MÁRCIA G., DE BACKER G., DOMINICZAK A., et al. 2007).

Estudos de base populacional realizados nos últimos 10 anos demonstram que a prevalência de pessoas com HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (prevalência média de 32% em dependência da região no país), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Quando se observa a prevalência por gênero tem-se 35.8% de homens e 30% mulheres. Quando se analisa por idades, 15 % a 20% envolve a população adulta, 1% a 11% a população infantil e adolescente é 50% da população idosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; CUNHA et al, 2012).

A etnia, assim como idade, sexo, características socioeconômicas, consumo de sal, obesidade, consumo de álcool e a inatividade física, são fatores importantes de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial (COLELHO, J. S.: 2008).

Apesar de conhecidos os fatores de risco, inquéritos domiciliares recentes revelam baixos níveis (20 a 39%) de controle da pressão arterial (PIERIN, A. M. G.; ORTEGA, K.; JUNIOR, D. M. ac. et. al.: 2008)

O controle inadequado dos níveis pressóricos é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis para a DCV. Trezentos mil brasileiros morrem anualmente devido às DCV sendo quase 50% deles em decorrência da HAS. As DCV são também responsáveis por alta frequência de uso do sistema de saúde e de internações hospitalares, ocasionando custos socioeconômicos e em saúde elevados. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (NOBRE et. al., 2010).

Na maioria dos casos, desconhece-se a causa da hipertensão arterial. Porém, vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos. Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação deste sobre a elevação da pressão arterial. São conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobres em gorduras) sobre o comportamento dos níveis da pressão arterial (KSHISAGAR, AV; CARPENTER, M; et. al.: 2006).

Dessa maneira, o controle da HAS depende dos padrões de vida e alimentação do indivíduo (atividade física regular, redução do consumo de álcool, combate ao tabagismo, e se recomendado o uso de anti-hipertensivos). Porém, estima-se que um terço das pessoas que se tratam regularmente nos serviços de saúde mantém seus níveis pressóricos adequados. A não adesão ao tratamento medicamentoso neste momento toma um papel preponderante para a ocorrência deste problema. A preocupação com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), não é de responsabilidade exclusiva da Atenção Primária à saúde (APS), todavia as oportunidades-chaves de atenção ocorrem em nível primário de assistência à saúde, a doença hipertensiva pode-se valer como um importante parâmetro na saúde da

família, por ser um agravo com atenção prioritária na saúde do adulto, e por ser uma patologia específica, torna-se também um agravo que requer cuidado longitudinal, o que compreende uma ação da APS (SANDIM, E. H. p. 2011)

Aos atores envolvidos na atenção primária (profissionais e gestores), principalmente os que estão inseridos na estratégia saúde da família, resta o desafio de atuar com precisão propondo abordagens coletivas (grupos, campanhas e outros), além de ações individuais na rotina das unidades (consultas médica, de enfermagem), acrescentando-se nesse mesmo contexto uma atuação efetiva dos ACS nas visitas domiciliares, todo esse esforço precisa ter o foco na melhor adesão dos portadores de HAS à terapêutica prescrita (GIOVANELLAT, L. 1990)

A área de abrangência da unidade de saúde da família “Dona Francisca Toscano Cardoso” não está livre deste problema: apresenta uma população, em que a demanda diária de atendimentos está centrada em sua maioria nos pacientes com doenças crônicas. A HAS constitui a primeira causa de atendimento diário de nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) e dada à importância do controle adequado dos pacientes com esta doença por sua repercussão na saúde individual, comunidade e na sociedade em geral, assim como para os serviços de saúde, constitui uma prioridade da equipe de saúde que demanda ações imediatas que contribuam para um melhor controle dos pacientes hipertensos.

1.1 Histórico de Criação do Município e Formação Administrativa

Foram os ameríndios da tribo *CAIAPÓS*, os originários habitantes do sertão onde se situa hoje o município de Gurinhatã. Ali viviam, até a chegada do homem branco, as tribos indígenas dominantes desta localidade entre os rios Tijuco e da Prata, numa superfície regional pouco acidentada e formando um clássico "pilão" neste Brasil-Central. (Plano Municipal de Saúde 2014-2017)

Gurinhatã é efeito da ação desbravadora de bravos bandeirantes, e da determinação de vários destemidos sertanistas, que se tornaram seus primeiros posseiros, responsáveis, no passado, por sua situação atual, no contexto das Minas Gerais. (Plano Municipal de Saúde 2014-2017)

Na obra denominada "Toponímia de Minas Gerais", do autor Joaquim Ribeiro da Costa, da Imprensa Oficial da Capital Estadual Belo Horizonte, o nome GURINHATÃ, na etimológica vernácula significa: "A AVE QUE CANTA MUITO", traduzindo-se assim: "GUIR + ENHÉ + ATÁ". Seu adjetivo gentílico que melhor identifica é *gurinhatãense*. (Plano Municipal de Saúde 2014-2017)

Por tradição familiar, numa linguística não formal, porém coloquial, seus moradores a chamam carinhosamente de "CIDADE DO PÁSSARO AZUL". (Plano Municipal de Saúde 2014-2017)

O ilustre Galeno EDELWEIS TEIXEIRA, Historiador abalizado e cujo nome se encontra registrado imortalmente no LIVRO DE OURI da História das primeiras e principais cidades do falado "SERTÃO DA FARINHA PODRE", é que nos reporta, numa mnemônica imperecível, GURINHATÃ, o antigo e badalado SÃO JERÔNIMO. "O nome ameríndio significa "Sanhaço Azul", nome científico da Euphonia Áurea, família dos Transgrídeos". (Plano Municipal de Saúde 2014-2017)

A fazenda de São Jerônimo Pequeno, nas cabeceiras do ribeirão desse nome, pertenceu a José Venâncio Machado de Resende, falecido antes de 1874. À beira da estrada, debaixo de frondoso jatobazeiro, ergueu-se um cemitério, o "Cemitério do Jatobá", diz Edelweis. (Plano Municipal de Saúde 2014-2017)

"Sucedeu-lhe, na posse, José Nunes de Medeiros, que por sua vez vendeu-a a Antônio Bartolomeu, vulgo "Antônio Abadia", por ser natural de Tupaciguara, denominada "Terra da Mãe de Deus", antiga Abadia do Bom Sucesso. Ao efetuar a partilha entre os herdeiros, Hilário Guimarães foi se afazendar no perímetro do atual patrimônio da povoação. José Martins Alameu, nascido Há 24 de agosto, São Bartolomeu, dia aziago pela matança dos huguenotes na França, Alameu era

oriundo do Prata, foi o doador do patrimônio, inaugurado festivamente a 25 de maio de 1930. Por título passado em setembro de 1930, oficializou-se a doação em escritura pública. Nos fundos da capela, cerca de 200 metros, ao nascente, está o primitivo cemitério. Em nossas pesquisas - diz Edelweis, fomos encontrar ao lado do cepo do jatobazeiro que o machado destruidor a pouca havia derrubado..." (Plano Municipal de Saúde 2014-2017)

"Na casa de Cornélio Antônio Ferreira, Padre Magalhães realizou diversos batizados em junho de 1928". Dedicada a São Jerônimo, o tradutor da Vulgata, foi benta em 1942 pelo Bispo Diocesano, finaliza Edelweis. Atualmente a Paróquia de São Jerônimo conta com Vigário próprio e está ligada à Cúria Diocesana de Ituiutaba. (Plano Municipal de Saúde 2014-2017)

Gurinhata passou a distrito de Ituiutaba pelo Decreto-Lei Nº 1058, de 31/12/1943. O município foi criado em 31/12/1963, pela Lei Estadual Nº 2764. Já sua instalação deu-se há 1º/03/1963. Seu antigo arraial satélite chamado GURITA, pela Lei Nº 8285, de 08/10/1982 foi elevado a Distrito, com o novo nome de FLOR-DE-MINAS, sendo instalado solenemente há 16/03/1983. O ainda distrito de Flor de Minas está situado no extremo noroeste do seu município (Gurinhata), à margem esquerda da Rodovia "BR-365". (Plano Municipal de Saúde 2014-2017)

1.2 Aspectos geográficos e socioeconômicos

O município Gurinhata está localizado na região do Triângulo Mineiro, nordeste da capital do Estado de Minas Gerais (MG). O município fica a 543 metros de altitude. As coordenadas geográficas são: Latitude: 18° 2' 40" Sul; Longitude: 41° 39' 41" Oeste. Seu território pertence a mesorregião do triângulo mineiro e região do alto de Paranaíba; microrregião de Ituiutaba. Possui clima agradável e temperatura média anual de 24,6 C. É composto pelos distritos: Flaviolandia São Jeronimo, Rosada; Flor de Minas, Temeroso. Sua área geográfica e de 1.844,347 km², com uma concentração habitacional de 3.37 habitantes por Km², e aproximadamente 6.165 domicílios, sendo que 98,76% dos mesmos são de tijolos/adobe (BRASIL, 2014).

Vizinho dos municípios Ituiutaba; Santa Vitoria Campina Verde; Gurinhatã se situa a 161 km a Sul-Oeste de Uberlândia; maior cidade nos arredores (BRASIL, 2014).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) de Gurinhatã é de 0,634 segundo a Atlas de desenvolvimento humano/PNUD (2010). O Produto Interno Bruto (PIB) per capita a preços correntes durante o ano 2012 foi de R\$ 8.008,57 segundo os últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As principais atividades econômicas são a pecuária e a agricultura, tendo um tímido desenvolvimento industrial. Na pecuária destaca-se a criação bovina (produção leiteira), equino e suíno, e na agricultura, a fruticultura (banana e laranja), cultura de milho, mandioca e cana de açúcar. Na indústria, a base é o laticínio, podendo ser observado também a existência de olarias, pronta entrega de roupas, serralherias e carpintarias. Os setores onde mais nível de emprego tem por atividade são: os agropecuários, com 4332 pessoas; no setor industrial trabalham 1230 pessoas e comércio e mercadorias 858. Em diferentes serviços trabalham 3223 pessoas (BRASIL, 2014).

Ressaltam-se também a renda que vem de serviços informais e também os programas sociais do governo federal como Bolsa Família (2.829 famílias atendidas), benefícios do INSS e indústrias de cerâmica. O comércio local é pequeno e não têm indústrias, isso causa a saída dos jovens à procura de emprego, que ainda é grande problema no município. A renda per capita por domicílio é de aproximadamente de R\$361,19. (IBGE, 2010).

2 – JUSTIFICATIVA

O presente trabalho justifica-se pela importância que tem a HAS como principal fator de morbi-mortalidade na nossa cidade e região, e ainda, tendo em conta número crescente de pacientes com controle deficiente dos níveis pressóricos e à baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Além disso, constatamos que as atividades de HIPERDIA que realizamos (palestras e outras atividades de educação em saúde) são ineficazes, já que o atendimento das urgências hipertensivas é frequente no cotidiano da nossa unidade.

O trabalho realizado de informação, acompanhamento e orientação pelas ESF ainda é muito ineficaz, haja vista que a população ainda tem uma grande resistência em realizar o acompanhamento contínuo, o uso dos medicamentos de forma correta e orientada e principalmente o sedentarismo, má alimentação e outros hábitos que influenciam na adesão a um tratamento adequado.

No ano de 2015, foram realizados mais de 7.000 atendimentos a pacientes com HAS, dentre eles, consultas médicas, atendimento de emergências, reavaliação de medicamentos, dentre outros associados. A HAS é associada ao diabetes em boa parte da população com HAS, tal comorbidade proporciona outros atendimentos de maior complexidade dentro e fora da unidade, tais como curativos.

Aproximadamente 70% das consultas realizadas na unidade, seja agendada e/demanda espontânea são direcionadas aos pacientes com HAS. Além disso, a agenda ainda é um problema, haja vista que o paciente não comparece na grande maioria das vezes às consultas agendadas, o que demanda ainda mais atendimentos espontâneos de urgência/emergência.

A cultura da população, a falta de informação e principalmente a resistência às mudanças são fatores que atrapalham a melhoria da qualidade de vida desta população com HAS.

Desta forma, este estudo é de fundamental importância para que possamos criar estratégias que possam ajudar a reverter este quadro progressivo de HAS na população de Gurinhatã.

A adesão ao tratamento é lenta e difícil, os pacientes, com HAS participam das reuniões de grupos, recolhem o medicamento todos os meses, passam por consultas médicas regularmente, mas a mudança de hábitos comportamentais e alimentares ainda é um grande problema.

Muitos dos pacientes com HAS, são pacientes também com diabetes descontrolado. As duas doenças são associadas.

Podemos dizer que 40% dos pacientes com HAS não estão controlados, tendo que passar por consultas recorrentes e mudança medicamentosa.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Propor um plano de intervenção para aumentar o controle da HAS na UBSF “Dona Francisca Toscano Cardoso”, do município Gurinhatã, MG.

3. 2. Objetivos específicos

- Elevar o nível de conhecimento que os pacientes com HAS têm sobre sua doença a respeito dos fatores de risco e abordagens para minimizá-los.
- Estimular a melhoria dos hábitos, estilos e modo de vida dos pacientes portadores de HAS.

4. METODOLOGIA

Baseado no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), foi executado o diagnóstico situacional, a revisão de literatura sobre o tema e a elaboração da proposta do plano de ação para o acompanhamento nas ações de saúde e aumento do controle da HAS na área de abrangência da UBSF “Dona Francisca Toscano Cardoso”, município Gurinhatã, MG.

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS “Dona Francisca Toscano Cardoso” durante o ano 2015. A revisão de literatura sobre o tema foi feita junto à base de dados de registros eletrônicos sobre o tema específico de Hipertensão Arterial Sistêmica durante o período compreendido entre os anos 2000 e 2015, em especial as páginas da rede mundial de computadores, os dados eletrônicos das bibliotecas virtuais *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual de saúde (BVS), Biblioteca virtual NESCON e Biblioteca cubana virtual INFOMED. As informações coletadas nos permitiram ter acesso a informações atualizadas sobre o tema, que foram utilizados na realização do presente trabalho. A elaboração da proposta do plano de ação foi desenvolvida descrevendo cada etapa desenvolvida (CAMPOS, 2010). Neste trabalho foram utilizados os seguintes descritores: “hipertensão arterial sistêmica”; “estratégia de saúde da família”; “educação em saúde”.

REVISÃO DE LITERATURA

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal (PIMAZONI et al., 2006).

A hipertensão arterial é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90

mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva" (JAMES et al., 2014).

Os fatores de risco para HAS são características ou condições que, quando presentes, aumentam a probabilidade de ocorrência de HAS, mas também do mau controle da HAS nos pacientes diagnosticados (BRANDÃO, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. Na avaliação do paciente hipertenso, a estratificação do risco do paciente com HAS é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada pelo cálculo do escore de Framingham (PIMAZONI et al., 2006).

Para um controle adequado da doença, é necessário, além do uso de medicamentos, mudança no estilo de vida, com redução dos fatores de risco cardiovasculares, tais como: excesso de peso, sedentarismo, elevada ingestão de sal, tabagismo, alto estresse emocional, entre outros. Conforme destacado por estudos, combater a hipertensão é prevenir o aumento da pressão pela redução dos fatores de risco em toda a população e nos grupos com maior risco de desenvolver a doença (BRASIL, 2013).

Segundo Gravina (2007), os maus hábitos nutricionais interferem em diversos fatores de risco, tais como: hipertensão, dislipidemia, obesidade e diabetes. Assim, para a prevenção de tais doenças, é importante a conscientização do paciente sobre a relevância do controle de sua dieta.

A pressão arterial se eleva progressivamente à medida que o índice de massa corporal (IMC) aumenta (GRAVINA, 2007). De acordo com FERREIRA (2005), apesar dos benefícios do exercício físico como coadjuvante na prevenção de

Doenças Cardiovasculares (DCVs), grande parte da população continua inativa e o sedentarismo é o fator de risco mais prevalente no Brasil. Segundo Palma (2009), o sedentarismo poderia promover a ocorrência de diferentes doenças.

Na área de abrangência do nosso PSF, a alta prevalência de pacientes que não conseguiram controlar a HAS está relacionada com a elevada exposição dos mesmos aos fatores de risco. Os principais fatores de risco presentes na população, que contribuem para a aparição desta doença crônica são: tabagismo, maus hábitos alimentares, sedentarismo, sobrepeso, obesidade e dislipidemias.

A recomendação geral de dieta para controle de hipertensão baseia-se em uma dieta rica em frutas, vegetais, fibras e pobre em gordura saturada, colesterol e calorias, além da utilização de produtos derivados do leite com baixo teor de gordura (GRAVINA et al., 2007). Ainda, além dos benefícios sobre a pressão arterial, a atividade física tem papel relevante como coadjuvante na redução do peso e para encorajar a adesão à prática esportiva, os exercícios menos intensos são os que estão associados à menor possibilidade de reclamações e desconforto, sendo mais bem aceitos e indicados.

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

As razões para o controle inadequado da pressão arterial são complexas. Vários fatores podem ter influência, tais como baixa adesão ao tratamento, estratégias de tratamento inadequadas e presença de lesões cardiovascular irreversível antes do início do tratamento (MION, 2006).

Um diagnóstico precoce e o tratamento adequado e contínuo, seja farmacológico ou não farmacológico, são fundamentais para o controle de 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).

Segundo Lyra Junior et al., (2006), a não adesão a um tratamento médico adequado pode dever-se a muitos fatores como a idade (jovens e idosos), sexo (homens ou mulheres), doença (crônica ou aguda), os relacionados com o paciente (esquecimento, diminuição do sensorial e problemas econômicos, os relacionados com os medicamentos (custos, efeitos adversos reais ou percebidos, horário de uso), os relacionados com a EBS (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; ELUN, 2010 e GILSOGAMO et. Al., 2008).

6 – PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência do PSF “ Dona Francisca Toscano Cardoso”

Para a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família, foram utilizados vários instrumentos para a identificação dos problemas como a observação ativa da equipe no próprio processo de trabalho diário, as reuniões internas e externas efetuadas mensalmente, a realização de entrevistas a informantes-chaves da comunidade, o uso de informações utilizando o sistema de atenção básica de saúde (SIAB 2013-2015), o consolidado da Vigilância Epidemiológica da secretaria municipal de saúde de Gurinhatã, os registros da equipe de saúde e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Este diagnóstico foi baseado no método da estimativa rápida a qual é uma importante ferramenta do trabalho e constitui um jeito de obter informações sobre um

conjunto de problemas e recursos potenciais para seu enfrentamento, em um curto período de tempo, sem gastos.

6.1.1 Identificação dos problemas

Uma vez realizado o diagnóstico de saúde foi possível identificar os seguintes problemas de saúde da área:

- Pobre controle dos hipertensos.
- A HAS é a principal morbidade da área sendo a principal causa de atendimento médico diário.
- Aumento de incidência de pacientes diabéticos.
- Alta prevalência de pacientes com doenças mentais
- Uso e abuso de psicofármacos, hipnóticos e benzodiazepínicos.
- Inadequado destino final do lixo.
- Poucos medicamentos para o atendimento das urgências, assim como seu encaminhamento.

6.1.2 Priorização dos Problemas

O segundo passo consistiu na priorização dos problemas tendo em conta os critérios de importância do problema, sua urgência e capacidade de enfrentamento da EBS.

A importância do problema foi classificada como alta, média ou baixa. Utilizou-se o critério de pontuação segundo a urgência, sendo possível nota de um a dez. Em relação à capacidade de enfrentamento da equipe ao problema, foi classificado como fora ou parcial de acordo com as possibilidades da solução do problema por parte da equipe, conforme descrito na tabela 4.

Tabela 4: Classificação das prioridades dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família “Dona Francisca Toscano Cardoso”. GURINHATA, MG. 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Pobre controle de hipertensos	Alta	9	Parcial	01
Principal causa de mobilidade, HAS.	Alta	8	Parcial	02
Uso e sobre uso de psicofármacos (hipnóticos, benzodiazepínicos)	Alta	7	Parcial	04
Alta prevalência de pacientes com doenças mentais	Alta	7	Parcial	04
Aumento de incidência de pacientes diabéticos.	Alta	6	Fora	05
Inadequado destino final do lixo	Alta	6	Fora	05

Fonte: Dados PSF "DONA FRANCISCA TOSCANO CARDOSO". 2014.

6.1.3 Descrição do Problema

O terceiro passo desenvolvido foi a descrição do problema selecionado, deficiência no controle dos pacientes com HAS, para o qual foram selecionados os seguintes descritores, conforme Tabela 5.

Tabela 5: Descritores do problema selecionado no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família "DONA FRANCISCA TOSCANO CARDOSO". GURINHATA, MG. 2014.

Indicadores	Valores	Fonte
Total de população	4533	MS-2015
Total de Pacientes com HAS	1000	PSF-2015
Total de população maior de 20 anos	3510	MS-2015
Total de Pacientes HAS maiores de 20 anos	102	PSF-2015
% de pacientes maiores de 20 anos hipertensos	77	MS-2015
Total de consultas realizadas durante o ano	11331	MS-2015

Total de consultas por HAS realizadas durante ano	7868	MS-2015
% de consultas anual realizadas aos pacientes com HAS maiores de 20 anos	69.4	SIAB
% de pacientes maiores de 20 anos hipertensos	10,2	SIAB

Fonte: Dados PSF "DONA FRANCISCA TOSCANO CARDOSO". 2014-2015.

A HAS representa um grave problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades em seu controle, estima-se que esta atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros (CUNHA et al, 2012).

A área de abrangência da unidade de saúde da família apresenta uma população de cerca de 2.000 pessoas e a demanda diária de atendimentos está centrada nas doenças crônicas. Durante o ano 2015, foram realizadas mais de 3.000 consultas médicas, mais de 11.000 atendimentos, com uma média de 1,5 consultas por pacientes, dessas, mais de 1200 foram pacientes com HAS, representando 40% do total das consultas realizadas. A área tem diagnosticado 361 hipertensos com uma prevalência geral da doença de 16% e 18% na população maior de 20 anos, predominando esta em 80% dos pacientes idosos e observando-se um controle inadequado nos pacientes hipertensos apesar das orientações desenvolvidas pelo EBS.

6.1.4 Explicação do problema

A hipertensão não tratada ou descontrolada pode levar a várias lesões orgânicas: coração, cérebro, rins, artérias e olhos que são particularmente vulneráveis a esta doença. Destas lesões em órgãos alvos resultam doenças irreversíveis com sequelas que afetam a qualidade de vida e podem levar até à morte do paciente.

O controle inadequado dos pacientes hipertensos é multifatorial: a alta incidência de consultas não programadas, com a assistência realizada apenas no

momento da urgência hipertensiva, dificulta nosso trabalho. Além disso, a falta de conhecimento que a população tem da doença, a irregularidade no tratamento, a disponibilidade de poucos medicamentos na rede pública e o alto custo de outros, a predominância da população em zona rural, com baixa adesão às atividades programadas pela equipe, devem ser considerados como fatores associados ao controle deficiente dos níveis pressóricos da população da nossa unidade.

6.1.5 Identificação dos nós críticos

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

A equipe de saúde identificou os seguintes nós críticos:

- Sedentarismo.
- Maus hábitos de alimentação.
- Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS.
- Tratamento medicamentoso inadequado

6.1.6 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.

Tabela 6: Desenho das operações para os “nós” críticos do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família “Dona Francisca Toscano Cardoso”. Gurinhatã. MG. 2014.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixo nível de conhecimento dos pacientes sobre a HAS.	Saber Mais Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade sobre HAS, através de reuniões de grupo mensais, palestras com multiprofissionais (NASF, Enfermeiras, Médicos).	População com maior conhecimento sobre HAS.	Avaliação do conhecimento dos pacientes sobre HAS. Paciente com conhecimento sobre HAS.	Cognitivos: Conhecimento sobre a doença. Financeiros: Folhetos educativos e mídias audiovisuais. Políticos: Participação da população. Organizacional: Organização da agenda e de espaço físico para a atividade.
Tratamento medicamentoso inadequado.	Saber Mais Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento medicamentoso adequado, através de reuniões de grupo mensais, palestras com multiprofissionais (NASF, Enfermeiras, Médicos).	Manter um tratamento diário estável e de jeito adequada.	Paciente informado sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado.	Cognitivos: Informações sobre a importância do tratamento farmacológico adequado. Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS para os pacientes. Materiais educativos e mídias audiovisuais. Políticos: Mais vontade pelos gestores de garantir os recursos para manter estabilidade nos subministros de medicamento. Organizacional: Organização da agenda e de espaço físico para a atividade e controle dos medicamentos.
Sedentário	“Viver melhor” Elevar o conhecimento sobre a importância da atividade física, através	Práticas de atividades físicas.	Melhorar a qualidade do sono e convivência	Econômicos- Para melhorar estruturas esportivas. Organizacionais- Para caminhadas, Praticar esporte.

	de incentivo pelas Equipes à prática de atividade física, utilização das Academias ao Ar Livre e Academia Popular. Promover atividades físicas.			Cognitivos - para promover educação. De poder - para promover eventos de estímulo às praticas corporais
Maus hábitos alimentares	“Mais saúde” Elevar o conhecimento sobre alimentação saudável. Modificar hábitos alimentares.	Práticas alimentação saudável.	de Material educativo.	Econômicos - para folhetos educativos, material instrucional. Organizacional- para fazer avaliação nutricional; conferências. Cognitivos- para reduzir riscos. De poder- para realização de campanhas de saúde

“Fonte: Dona Francisca Toscano Cardoso”. 2014.

6.1.7 Identificação dos recursos críticos

O sétimo passo consiste em identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação e constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

Tabela 7: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema da área de abrangência da unidade de saúde da família “Dona Francisca Toscano Cardoso”. Gurinhatã. MG. 2014.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre HAS.	Financeiros: Realização de folhetos educativos e aquisição de equipamento audiovisual para a realização das atividades.
Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento medicamentoso adequado.	o Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS para os pacientes. Realização de materiais educativos e aquisição de equipamento audiovisual. do Políticos: Mais vontade pelos gestores de garantir os medicamentos anti-hipertensivos. Articulação Inter setorial.
Combater o sedentarismo	Financeiros: Inaugurações de academias da saúde, pra brindar saúde a população. Políticos: participação de pessoal, treinado, capacitado.
Eliminar os Maus hábitos alimentares	Financeiros: Elaborar um cardápio para a família,, distribuição de folhetos com informações de dieta saudável. Políticos: Participação Inter setorial,

Fonte: Dados PSF “Dona Francisca Toscano Cardoso”. 2014.

6.1.8 Análise da Viabilidade

O oitavo passo está dirigido à análise de viabilidade do plano: Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para o desenvolvimento de cada operação, fazer a análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Tabela 8: Propostas de ações para a motivação dos atores do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Dona Francisca Toscano Cardoso”. Gurinhatã. MG. 2014.

Operações/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade sobre HAS	Financeiros: Folhetos educativos e equipamentos audiovisuais para a realização atividades.	Secretário de saúde.	Favorável	Apresentar demanda.
Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	o Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS para os pacientes. Materiais educativos e equipamentos audiovisuais. Políticos: Mais vontade pelos gestores de garantir os recursos para manter os medicamentos.	Secretário de saúde. Prefeitura municipal. Fundo nacional de saúde.	Favorável	Apresentação projeto.
Combater obesidade	Financeiros: criação das	Secretário de saúde.	Favorável	Apresentar projeto

		academias da Prefeitura saúde municipal. Políticos: Fornecer uma maior participação social entre todos os gestores da sociedade.			
Eliminar hábitos alimentares	Maus	Financeiros: elaborar folhetos com receitas, cardápios para conhecimento da família. Políticos: Participação intersectorial, em apoio com nutricionistas, e radio pra divulgar informação.	Secretário de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico

Fonte: PSF Dona Francisca Toscano Cardoso.

6.1.9 Elaboração do Plano Operativo

No nono passo, realiza-se a elaboração do plano operativo que tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação, o gerente da operação e definir os prazos para a execução das operações para o cumprimento das ações necessárias.

Tabela 9: Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Dona Francisca Toscano Cardoso”. Gurinhatã. MG. 2014.

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
SABER MAIS AUMENTAR O NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS PACIENTES SOBRE HAS.	População informada sobre HAS.	Avaliação do conhecimento dos pacientes	Apresentar projeto.	ACS Médico Enfermeira Líderes formais	Início 1 meses depois aprovado, e término em 6 meses.
SABER MAIS ELEVAR O CONHECIMENTO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ADEQUADO.	Manter um tratamento diário estável	Paciente estável com seguimento do tratamento medicamentoso, e conhecedor da importância do mesmo.	Apresentação do projeto.	Equipe saúde da área	Início 1 meses depois aprovado e término em 6 meses
VIVER MELHOR COMBATER OBESIDADE.	População com menos fatores de risco.	População informada sobre como fazer mudanças em seu modo e estilo de vida.	Apresentação de projeto de ação específico.	Equipe saúde da área. Líderes formal	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado (Fevereiro 2015) e término em 4 meses (Maio 2015).
MAIS SAÚDE ELIMINAR OS MAUS HÁBITOS	População com, mas conhecimento de fatores de	População com mais saúde e mais controle e	Apresentação de projeto de ação específico.	ACS. Médico.	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado (Fevereiro

ALIMENTARES

risco.

seguimento.

Enfermeira.

2015) e termino em 4
meses (Maio 2015).

Secretario saúde

Fonte: Dados PSF "Dona Francisca Toscano Cardoso". 2014

6.1.10 Gestão do plano

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

Tabela 10. Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS “Dona Francisca Toscano Cardoso”, Gurinhatã, MG, 2014.

Operação Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes com HAS	Avaliação do conhecimento dos pacientes sobre hipertensão.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para inicio das atividades			
Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento medicamentoso adequado.	Paciente estável, com tratamento medicamentoso, e conhecedor da importância do mesmo..	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para inicio das atividades			
Combater obesidade.	População com mudanças em seu modo e estilo de vida e mas informada..	ACS, médico, Enfermeira.	2 meses para inicio das atividades			
Eliminar maus hábitos alimentares.	População informada em mudanças alimentaria, porém, mas controle e seguimento.	ACS, médico, Enfermeira.	2 meses para inicio das atividades.			

"Fonte: Dados PSF Dona Francisca Toscano Cardoso". 201

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem multiprofissional, intersetorial, com metas direcionadas a mudanças no estilo de vida, tendo em vista o indivíduo como ser biopsicossocial e espiritual, deve levar em consideração ações educativas e terapêuticas, que geralmente são lentas e dificilmente mantidas com a regularidade necessária.

Muitos são os fatores que contribuem para a falta de adesão da população às ações educativas e terapêuticas propostas: o desconhecimento das características da doença e a sua cronicidade, hábitos de vida e uso errôneo de medicamentos.

Nossa população tem como principal problema de saúde a HAS, com incidência crescente. Infelizmente, essa é uma doença não controlada, silenciosa, que tantas vidas leva devido a suas complicações, o que nos leva aos motivos desse trabalho de conclusão de curso: um futuro melhor para o povo de Gurinhatã.

Elaborar este projeto foi um desafio para mim e minha equipe, pois temos várias barreiras a serem cruzadas, o idioma, a falta de dados consolidados e um sistema mais efetivo de informações sobre essa população e um acompanhamento que não seja apenas de conhecimento, físico, mas uma ferramenta adequada destes pacientes, com planilhas, dados e informações pertinentes. Além disso, há uma carência de recursos humanos, típica de cidades pequenas, com recursos financeiros também precários.

Mas é uma lição de vida poder montar um plano de intervenção e ter que colocá-lo em prática dentro de uma população, de forma que surta efeitos.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, K.G.; ECKEL, R.H.; GRUNDY, S.M.; et al. **Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention**. National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. p. 1640–1645, 2009.

ALMEIDA, L. M. **Da prevenção primordial à prevenção quaternária**. *Revista portuguesa de saúde pública*, Lisboa, vol. 23, 1, p. 91-96, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: ministério da saúde, 2005.

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, 2013.128 p.: il. (cadernos de atenção básica, n. 37)

BRASIL MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria da atenção. Departamento de atenção básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da saúde, secretaria de atenção a saúde, departamento de atenção básica – Brasília: ministério da saude, 2013.

CAMPOS, F. C. de Faria; HORÁCIO, P. de S.; MAX, A. **Do planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - curso de especialização em atenção básica em saúde da família. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p.

CESARINO, C.B; FORNAZARI, P.A; SANTOS, F. S.; MONTEIRO, P. C. **Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão.** Arq. Ciênc. Saúde, abr-jun; 73-9, 2005.

COELHO, J. S. **Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação.** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. 2008, 44p.

CUNHA, C. A. **Visita domiciliar a estratégia saúde da família: desafios de se mover no território.** Interface. Comunic.; saúde. Educ. V. 17, n. 44, p. 61-77, jan/mar, 2013.

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.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. **Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: programa de atualização em medicina de família e comunidade.** Porto alegre: artmed, 2008. Vol. 3, p. 49-76

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

GIOVANELLAT, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. Cadernos de saúde pública, rio de janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais.** Ciência e saúde coletiva, rio de janeiro, v. 4, n.2, p. 341-353, 1999.

JAMES, P. A.; OPARIL, Suzanne; CARTER, Barry L. et al. **Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the eighth joint national committee.** (jnc 8). Jama 2014.

KODA NAKAMOTO, A. Y. **Como diagnosticar e tratar a Hipertensão Arterial Sistêmica.** Revista brasileira de medicina. Abril /12. vo. 9, n. 14. pág. 78-86.

KSHISAGAR, A.V.; CARPENTER, M.; BANG, H.; WYATT, S. B.; COLINDRES, R. E. **Blood pressure usually considered normal is associated with an elevated risk of cardiovascular disease.** Am J Med 2006; 119: 133–141.

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.

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.

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

MÁRCIA, G; De Backer G.; DOMINICZAK, A., et al. ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2007.

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

NOBRE, F. et al. **Hipertensão Arterial Primária.** Medicina (Ribeirão Preto) 2013.

OBISESAN, T. O.; OBISESAN, A.; MARTINS, S.; ALAMGIR, L.; BOND, V.; MAXWELL, C.; et al. **High blood pressure, hypertension, and high pulse pressure are associated with poorer cognitive function in persons aged 60 and older: the Third National Health and Nutrition Examination Survey.** J AmGeriatricSoc 2008.

PIERIN, A. M. G; ORTEGA, K; JUNIOR, D. M.; GUSMÃO, J.; AUGUSTO, M. A. O.; JESUS, E. S. **Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento.** Acta Paul Enferm 2008.

POZZAN, R.; BRANDÃO, A.A.; MAGALHÃES, M. E.; FREITAS, E.V.; BRANDÃO, A. P. **O controle da pressão arterial como questão central no tratamento da hipertensão arterial/ Rev. Bras. Hipertensos.** 10: 253-259, 2003

SAFAR, M.E.; LEVY, B. I.; STRUIJKER-BOUDIER, H. **Current perspectives on arterial stiffness and pulse pressure in hypertension and cardiovascular diseases.** Circulation 2003; 107: 2864-2869.

SARNAK, M.J.; LEVEY, A.S.; SCHOOLWERTH, A. C.; et al. **Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention.** Hypertension; 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010.

VAN DEN BORN, B. J.; HULSMAN, C. A.; HOEKSTRA, J. B.; SCHLINGEMANN, R. O.; VAN MONTFRANS, G. A. **Value of routine funduscopy in patients with hypertension: systematic review**.