

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

ALEXIS PÉREZ DELGADO

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIA DO ESTILO DE VIDA DOS
PACIENTES HIPERTENSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
“SAÚDE NO CAMPO” NO MUNICÍPIO DE URUCUIA/MG**

MONTES CLAROS - MG

2015

ALEXIS PÉREZ DELGADO

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIA DO ESTILO DE VIDA DOS
PACIENTES HIPERTENSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
“SAÚDE NO CAMPO” NO MUNICÍPIO DE URUCUIA/MG**

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

Orientadora: Daniela Coelho Zazá

MONTES CLAROS - MG

2015

ALEXIS PÉREZ DELGADO

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIA DO ESTILO DE VIDA DOS
PACIENTES HIPERTENSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
“SAÚDE NO CAMPO” NO MUNICÍPIO DE URUCUIA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de
Certificado de Especialista

Orientadora: Daniela Coelho Zazá

Banca Examinadora

Prof. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Selme Silqueira de Matos (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: __11__/_04___/2015_____

AGRADECIMENTOS

À Deus em primeiro lugar, pela vida, saúde, graça, proteção e amor.

À minha família pelo carinho e apoio.

Às professoras que tive durante o curso pela compressão, paciência e boa orientação, em especial à minha orientadora professora Daniela Coelho Zazá pela ajuda no desenvolvimento deste trabalho.

Aos amigos e colegas, companheiros de trabalho pela ajuda e apoio durante o curso e desenvolvimento deste projeto.

A todos aqueles que de uma forma ou outra, contribuíam para a realização deste bonito projeto.

RESUMO

No diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família “Saúde no Campo” observou-se elevado número de hipertensos. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para que os hipertensos da Estratégia Saúde da Família Saúde no Campo realizem mudanças no estilo de vida a fim de melhorar os resultados do tratamento. 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: hábitos alimentares inadequados; sedentarismo e; processo de trabalho da equipe. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “alimentação equilibrada” para modificar hábitos alimentares; “movimento” para aumentar a prática de atividades físicas e; “equipe unida” para implantar a linha de cuidado para hipertensão.

Palavras chave: hipertensão, estilo de vida, atenção primária.

ABSTRACT

Considering the situational diagnosis of the covered area by the Family Health Strategy "Saúde no Campo" was observed a high number of hypertensive patients. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan for that hypertensive patients of Family Health Strategy "Saúde no Campo" in order to perform changes in lifestyle and improve treatment outcomes. The methodology is carried out in three stages: realization of situational diagnosis; literature review and the development of action plan. In this study we selected the following critical node: poor eating habits, sedentary lifestyle, and inadequate staff work process. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects "balanced eating" in order to modify suitable eating habits; "movement" in order to increase physical activity and; "united team" in order to deploy the type of care for hypertension.

Keywords: hypertension, lifestyle, primary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos.....	15
Quadro 1	Priorização dos problemas identificados na ESF Saúde no Campo ..	18
Quadro 2	Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “elevado número de hipertensos”	20
Quadro 3	Identificação dos recursos críticos para o enfrentamento do problema “elevado número de hipertensos”	21
Quadro 4	Proposta de ação para a motivação dos atores	21
Quadro 5	Elaboração do plano operativo	22
Quadro 6	Planilha de acompanhamento do projeto: Alimentação equilibrada ...	23
Quadro 7	Planilha de acompanhamento do projeto: Movimento.....	23
Quadro 8	Planilha de acompanhamento do projeto: Equipe unida.....	23

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	JUSTIFICATIVA.....	10
3	OBJETIVO.....	11
4	METODOLOGIA.....	12
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5.1	Hipertensão Arterial Sistêmica.....	13
5.2	Diagnóstico e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	14
5.3	A abordagem da HAS pela atenção primária à saúde.....	16
6	PLANO DE AÇÃO.....	18
6.1	Definição dos problemas.....	18
6.2	Priorização de problemas.....	18
6.3	Descrição do problema selecionado.....	18
6.4	Explicação do problema.....	19
6.5	Seleção dos “nós críticos”.....	19
6.6	Desenho das operações.....	19
6.7	Identificação dos recursos críticos.....	20
6.8	Análise de viabilidade do plano.....	21
6.9	Elaboração do plano operativo.....	22
6.10	Gestão do plano.....	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

Urucuia é um município brasileiro do estado de Minas Gerais e localiza-se a 628 km da capital Belo Horizonte. Entre 2000 e 2010, a população de Urucuia teve uma taxa média de crescimento anual de 3,53 (ADHB, 2013). Atualmente, Urucuia tem uma população de aproximadamente 15.266 habitantes (IBGE, 2014). O município possui uma área de 2.076,942 Km² e densidade demográfica de 6,55 hab/Km² (IBGE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Urucuia em 2010 era de 0,619. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi educação (com crescimento de 0,279), seguida por renda e por longevidade (ADHB, 2013).

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) reduziu 33%, passando de 30,8 por mil nascidos vivos em 2000 para 20,6 por mil nascidos vivos em 2010 (ADHB, 2013).

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 91,86%, de crianças de 11 a 13 anos freqüentando os anos finais do ensino fundamental 33,87% e de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo 109,46% (ADHB, 2013).

Entre 2000 e 2010, o percentual da população de 18 anos ou mais que era economicamente ativa passou de 56,85% para 60,13%. Em 2010, das pessoas empregadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 41,71% trabalhavam no setor agropecuário (ADHB, 2013). A economia urucuiana se baseia principalmente na agricultura e no comércio.

Em 2010 69,3% da população recebia água encanada nos domicílios, 89,6% energia elétrica e 96,1% tinham coleta de lixo (somente para a população urbana).

O Programa Saúde da Família foi Implantado no município em 1998 e conta atualmente com cinco equipes de saúde da família, três equipes de saúde bucal e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Estou inserido na ESF Saúde no Campo da comunidade Vereda Grandes na zona rural de Urucuia desde janeiro de 2014. A ESF Saúde no Campo está dividida em sete micro áreas que atendem 449 famílias cadastradas, totalizando 1.798 moradores.

A ESF Saúde no Campo está situada a 54 km do município de Urucuaia. O acesso pode ser realizado por ônibus, carro ou moto, entretanto, como a estrada não é asfaltada, o acesso no período chuvoso se torna difícil. O horário de funcionamento da ESF é de 07:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00.

A equipe de saúde da família é composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS) e um auxiliar de serviços gerais. A estrutura física da unidade é nova e composta por dois consultórios médico/ginecológico, dois consultórios de enfermagem, um consultório odontológico, uma farmácia, uma copa, recepção, banheiro discriminado por sexo para o público e para os funcionários, sala dos ACS, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de vacina e do teste de pezinho e sala de curativo.

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Saúde no Campo foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: má qualidade da água de consumo, número elevado de fumantes e de alcoólatras, alto índice de parasitoses intestinais e também elevado número de hipertensos.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), freqüentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). É o mais importante fator de risco de doença cardíaca isquêmica e especialmente do infarto agudo do miocárdio, da doença vascular cerebral, bem como da insuficiência renal.

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em Minas Gerais, a prevalência da HAS está na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MINAS GERAIS, 2006). Essa tendência de aumento de casos também é característica no território de abrangência da ESF Saúde no Campo da comunidade Vereda Grande. Além disso, muitos usuários apresentam estilo de vida inadequado, o que compromete, de forma significativa, os resultados do tratamento.

Tal situação justifica a importância do projeto de intervenção a fim de estimular estilos de vida mais adequados para a população hipertensa, visando melhores resultados no tratamento e, conseqüentemente, menor morbimortalidade pela doença no território.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação para que os hipertensos da ESF Saúde no Campo realizem mudanças no estilo de vida a fim de melhorar os resultados do tratamento.

4 METODOLOGIA

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Saúde no Campo. O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Posteriormente foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) por meio dos seguintes descritores: hipertensão, fatores de risco, estilo de vida, prevenção e estratégia saúde da família.

Por fim, com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação realizado através do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) para que os usuários da ESF Saúde no Campo realizem mudanças no estilo de vida a fim de melhorar os resultados do tratamento.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Ela é diagnosticada quando a pressão arterial sistólica for ≥ 140 mmHg e/ou a diastólica for ≥ 90 mmHg (AZEVEDO *et al.*, 2010).

Estima-se que 90% dos casos de HAS sejam de origem desconhecida, sendo estas pessoas classificadas com hipertensão primária ou idiopática. O restante dos casos é classificado como hipertensão secundária, a qual decorre de alguma patologia (POWERS; HOWLEY, 2000).

Passos, Assis e Barreto (2006) realizaram um estudo com objetivo de revisar, de forma crítica, os estudos de base populacional que estimaram a prevalência de hipertensão em adultos brasileiros. Considerando o critério de hipertensão arterial como pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg e/ou uso corrente de anti-hipertensivo, os estudos analisados mostraram taxas de prevalência em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade. De acordo com os autores esses índices variam em função da população estudada, mais são semelhantes à prevalência encontrada em outros países da América Latina. Além disso, são valores importantes para o planejamento de ações de Saúde Pública.

A evolução clínica da HAS é lenta e possui uma multiplicidade de fatores. Quando não tratada adequadamente pode trazer graves complicações, que podem ser temporárias ou permanentes. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema e pode acabar comprometendo a qualidade de vida dos mesmos (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Dentre os fatores de risco para a HAS pode-se citar: a idade, o sexo e a etnia, o consumo excessivo de sal, a obesidade, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). É comum que os fatores de risco da HAS sejam classificados em dois grupos: aqueles que podem

ser controlados e aqueles que não podem ser controlados. No primeiro grupo pode-se citar a obesidade, a ingestão excessiva de sódio e álcool, além da inatividade física. Já no segundo grupo destaca-se a hereditariedade, a idade avançada e a raça (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; MAGRINI; MARTINI, 2012).

A prevalência da HAS aumenta com a idade (SOUZA *et al.*, 2007) e é mais frequente entre indivíduos da raça negra (DÓREA; LOTUFO, 2004). A hereditariedade desempenha papel fundamental na gênese da hipertensão, entretanto é inquestionável que o ambiente influencia de forma significativa, visto que mudanças de hábitos alteram o comportamento da pressão arterial (NOBRE *et al.*, 2013). Outros fatores de risco importantes são o tabagismo e o estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Modificações de estilo de vida podem refletir no retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe (PLAVNIK *et al.*, 2010). Além disso, têm também impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da hipertensão (ZHANG *et al.*, 2006 apud PLAVNIK *et al.*, 2010).

Todos os hipertensos com peso acima do ideal (IMC acima de 25kg/m²) devem ser encorajados a perder peso. A redução do peso reduz o nível da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Além disso, recomenda-se a prática de atividade física aeróbica moderada por pelo menos 30 minutos por dia, na maioria dos dias da semana, se não houver limitação. De acordo com Nogueira *et al.* (2012) alguns estudos confirmaram redução significativa da pressão arterial ao esforço. Em relação à dieta alimentar, os hipertensos devem ser orientados a reduzir o sal e moderar no consumo de álcool.

5.2 Diagnóstico e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

Um grande desafio no diagnóstico e controle da HAS é conhecer o impacto da doença e seu tratamento sobre a vida do paciente. O curso assintomático da doença até sua descoberta ou até que ocorram lesões em órgãos-alvo são fatores importantes que dificultam ainda mais esse aspecto (GUSMÃO; PIERIN, 2004).

A medida da pressão arterial (PA) é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por

médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O paciente deve estar sentado, em ambiente calmo, por cinco minutos antes da medida, com as costas apoiadas e o braço no nível do coração. Devem-se utilizar manguitos adequados à circunferência do braço (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

A medida da PA pode ser realizada pelo método indireto, com técnica auscultatória e com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide devidamente calibrados. Além disso, pode-se utilizar também a técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados e calibrados (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Um mínimo de três leituras devem ser feitas em intervalos de pelo menos um minuto, e a média das duas últimas medições deve ser utilizada, caso a diferença seja inferior ou igual a 4mmHg entre estas últimas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, utiliza-se como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas futuras (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente (EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2005 apud VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A linha demarcatória que define a HAS considera valores de PA sistólica \geq 140 mmHg e/ou de PA diastólica \geq 90 mmHg em medidas de consultório (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Na tabela 1 estão apresentados os valores que classificam os indivíduos acima de 18 anos.

Tabela 1 - Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio I	140-159	90-99
Hipertensão estágio II	160-179	100-109
Hipertensão estágio III	≥ a 180	≥ a 110

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.8).

5.3 A abordagem da HAS pela atenção primária à saúde

A HAS representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente pela ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas e também doença vascular de extremidades (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007). Além disso, de acordo com os mesmos autores, ela pode trazer como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis.

A maioria dos hipertensos consegue controlar-se na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo assim a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) se insere neste contexto de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes (BRASIL, 2002 apud TEIXEIRA; EIRAS, 2014).

Os gastos em saúde são minimizados se a intervenção for feita na atenção primária, e não na secundária ou terciária. Além disso, como a HAS é uma doença de difícil controle apenas no âmbito ambulatorial, há a necessidade de uma mudança de estilo de vida dos pacientes (hábitos alimentares, prática de exercícios) (SARAIVA *et al.*, 2007) e alguns instrumentos da prática da APS são importantes para a mudança desse estilo de vida, como por exemplo, os grupos operativos e as visitas domiciliares (BRASIL, 2002 apud TEIXEIRA; EIRAS, 2014).

Os grupos operativos permitem uma maior orientação à população acerca da doença e de como preveni-la, e as visitas domiciliares podem ajudar na avaliação “in

loco” da relação entre autocuidado e fatores de risco de cada indivíduo (BRASIL, 2002 apud TEIXEIRA; EIRAS, 2014).

Nos anos 70, os grupos operativos ganharam destaque devido ao grande potencial de aplicabilidade e à sistematização maior que traziam para o processo de trabalho (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, o trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, sendo, inclusive, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

O grupo operativo é, antes de tudo, uma abordagem teórica, fundamentada na psicologia social de Pichon Rivière, centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Pichon Rivière conceituou que o grupo operativo é o grupo centralizado na tarefa, com o propósito de obter conhecimentos (grupo de aprendizagem) e/ou cura (grupos terapêuticos) (MOREIRA; OLIVEIRA; COSTA, 2005).

Para que um grupo seja operativo é necessário: motivação para a tarefa; mobilidade nos papéis a serem desempenhados e disponibilidade para mudanças que se evidenciem necessárias (MOREIRA; OLIVEIRA; COSTA, 2005).

A visita domiciliar, que já havia sido utilizada em outros momentos no Brasil pelos visitantes sanitários, foi reintroduzida no sistema de saúde brasileiro no panorama do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

O Programa Saúde da Família, desde sua origem, em 1994, incorporou o ACS à Equipe Básica, agregando a visita domiciliar às suas ações. A sua utilização favorece, por exemplo, a possibilidade de conhecer a realidade do território (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Para a ESF, a visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade (CUNHA; GAMA, 2012).

As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares (BORBA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2007 apud CUNHA; GAMA, 2012).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Saúde no Campo foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: elevado número de hipertensos, má qualidade da água de consumo, alto índice de parasitoses intestinais, número elevado de fumantes e de alcoólatras.

6.2 Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, os mesmos foram classificados de acordo com a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados na ESF Saúde no Campo.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na ESF Saúde no Campo.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado número de hipertensos	Alta	6	Parcial	1
Má qualidade da água de consumo	Alta	5	Fora	2
Alto índice de parasitoses intestinais	Alta	4	Parcial	3
Elevado número de fumantes	Alta	3	Parcial	3
Elevado número de alcoólatras	Alta	3	Parcial	4

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.3 Descrição do problema selecionado

Das 1798 pessoas residentes na área de abrangência da equipe, 142 são hipertensas, o que corresponde a 7,9% da população (SIAB, 2013). De acordo com os registros da equipe, a maioria dos hipertensos é do sexo feminino, tem mais de 50 anos e tem hábitos e estilos de vidas inadequados.

6.4 Explicação do problema

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Saúde no Campo foi possível identificar diferentes problemas, dentre os quais a equipe priorizou o elevado número de hipertensos. Além disso, foi possível verificar que uma quantidade significativa dos hipertensos apresentam fatores de risco associados como a obesidade, as dislipidemias, o tabagismo e outros. Outro fator relevante observado foi o elevado número de usuários que procuram o serviço por demanda espontânea sem ter o diagnóstico de hipertensão arterial, e quando são examinados apresentam cifras elevadas de pressão arterial. Isto se torna preocupante, pois provavelmente vários usuários do sistema de saúde não tem a doença diagnosticada, o que pode estar causando danos irreparáveis na saúde dos mesmos, além de não estar registrado no prontuário dos pacientes.

Acredita-se que esses fatos estejam relacionados à cultura da população, por se tratar de uma população de zona rural. A alimentação é desequilibrada, com excessos de gordura e sal e a maioria é sedentária. Além disso, acredita-se também que parte dos problemas esteja relacionada à má classificação dos hipertensos e às dificuldades de acesso, pois a ESF fica a aproximadamente 50 km de distância da comunidade.

6.5 Seleção dos “nos críticos”

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao elevado número de hipertensos na ESF Saúde no Campo.

- Hábitos alimentares inadequados;
- Sedentarismo;
- Processo de trabalho da equipe inadequado.

6.6 Desenho das operações

Com o problema bem explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente

dito. São objetivos desse passo: descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida e; identificar os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 2 mostra o desenho das operações para os nós críticos selecionados.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “elevado número de hipertensos”.

Nó crítico	Operações / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos alimentares inadequados	“Alimentação equilibrada” Modificar hábitos alimentares	Aumentar o número de hipertensos com alimentação mais saudável	Grupos operativos juntamente com nutricionistas	Organizacional- formar grupos operativos Cognitivo- informação sobre o tema Político- parceria com NASF (colaboração do nutricionista) Financeiro: Aquisição de recursos necessários.
Sedentarismo	“Movimento” Aumentar a prática de atividades físicas	Aumentar o número de hipertensos com prática regular em alguma atividade física	Grupo de caminhada Grupo de dança	Organizacional- para organizar as atividades Cognitivo- informação sobre o tema Político- parceria com NASF (colaboração do Profissional de Educação Física) Financeiro: Aquisição de recursos necessários.
Processo de trabalho da equipe inadequado	“Equipe unida” Implantar a linha de cuidado para hipertensão	Cobertura de 80% dos hipertensos	Linha de cuidado implantada Recursos humanos capacitados	Cognitivo: elaboração da linha de cuidado Político: adesão dos profissionais Financeiros: para a aquisição de materiais Organizacional organização dos fluxos de referência e contra referencia

Fonte: Autoria própria (2015)

6.7 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. Sendo assim, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa

viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 3 apresenta os recursos críticos necessários para a execução do plano.

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos para o enfrentamento do problema “elevado número de hipertensos”.

Operação/ Projeto	Recursos críticos
“Alimentação equilibrada” Modificar hábitos alimentares	Político- parceria com NASF (colaboração do nutricionista) Financeiro: Aquisição de recursos necessários.
“Movimento” Aumentar a prática de atividades físicas	Político- parceria com NASF (colaboração do Profissional de Educação Física) Financeiro: Aquisição de recursos necessários.
“Equipe unida” Implantar a linha de cuidado para hipertensão	Cognitivo: elaboração da linha de cuidado Financeiros: para a aquisição de materiais

Fonte: Autoria própria (2015)

6.8 Análise de viabilidade do plano

O quadro 4 apresenta a proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos.

Quadro 4 - Proposta de ação para a motivação dos atores.

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações Estratégicas
		Quem Controla	Motivação	
“Alimentação equilibrada” Modificar hábitos alimentares	Político- parceria com NASF (colaboração do nutricionista) Financeiro: Aquisição de recursos necessários.	Equipe da ESF juntamente com NASF	Favorável	Não é necessário
		Secretaria de saúde	Favorável	
“Movimento” Aumentar a prática de atividades físicas	Político- parceria com NASF (colaboração do Profissional de Educação Física) Financeiro: Aquisição de recursos necessários.	Equipe da ESF juntamente com NASF	Favorável	Não é necessário
		Secretaria de saúde	Favorável	
“Equipe unida”	Cognitivo: elaboração da linha de cuidado	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessário

Implantar a linha de cuidado para hipertensão	Financeiros: para a aquisição de materiais	Secretaria de saúde	Favorável	
---	---	---------------------	-----------	--

Fonte: Autoria própria (2015)

6.9 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 5 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados esperados	Produtos esperados	Profissionais Envolvidos	Prazo
“Alimentação equilibrada” Modificar hábitos alimentares	Aumentar o número de hipertensos com alimentação mais saudável	Grupos operativos juntamente com nutricionistas	Equipe de saúde da ESF Nutricionista do NASF	04 meses para o início das atividades
“Movimento” Aumentar a prática de atividades físicas	Aumentar o número de hipertensos com prática regular em alguma atividade física	Grupo de caminhada Grupo de dança	Equipe de saúde da ESF Profissional de Educação Física do NASF	04 meses para o início das atividades
“Equipe unida” Implantar a linha de cuidado para hipertensão	Cobertura de 80% dos hipertensos	Linha de cuidado implantada Recursos humanos capacitados	Equipe de saúde da ESF	Início em 03 meses e ação contínua.

Fonte: Autoria própria (2015)

6.10 Gestão do plano

A gestão do plano é crucial para o êxito do processo de planejamento, pois é preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo

necessárias. Os quadros 6 a 8 apresentam a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 6 - Planilha de acompanhamento do projeto: Alimentação equilibrada.

Operação: Alimentação equilibrada					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Grupos operativos juntamente com nutricionistas	Equipe de saúde da ESF Nutricionista do NASF	04 meses para o início das atividades	Em desenvolvimento		

Fonte: Aatoria Própria (2015)

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: Movimento.

Operação: Movimento					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Grupo de caminhada Grupo de dança	Equipe de saúde da ESF Profissional de Educação Física do NASF	04 meses para o início das atividades	Em desenvolvimento		

Fonte: Aatoria Própria (2015)

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: Equipe unida.

Operação: Equipe unida					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Linha de cuidado implantada Recursos humanos capacitados	Equipe de saúde da ESF	Início em 03 meses e ação contínua.	Em desenvolvimento		

Fonte: Aatoria Própria (2015)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após estudar a questão da hipertensão na área de abrangência da ESF Saúde no Campo no município de Urucuia foi possível concluir que um melhor controle da doença depende, principalmente, de mudanças de hábitos, pois muitos hipertensos apresentam estilo de vida inadequado, o que compromete de forma significativa os resultados do tratamento.

A finalidade do plano de ação foi de criar projetos que instiguem e auxiliem a mudança de hábitos por parte dos hipertensos, principalmente mudanças relacionadas à alimentação e prática de atividades físicas, além de contribuir para um melhor processo de trabalho da equipe.

REFERÊNCIAS

ADHB – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Perfil Municipal – **Urucuia/MG**. Disponível em http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/urucuia_mg. Acesso em 03/09/14.

AZEVEDO, L.F.; *et al.* Recomendações Sobre Conduas e Procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica a Saúde. **Conselho Federal de Educação Física**, Rio de Janeiro, p. 31, 2010.

BORBA, P.C.; OLIVEIRA, R.S.; SAMPAIO, Y.P.C.C. O PSF na prática: organizando o serviço. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007. apud CUNHA, C.L.F.; GAMA, M.E.A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: MALAGUTTI, W. (organizador). **Assistência Domiciliar** – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, 336 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência à saúde – NOAS-SUS - 01/02. Brasília, 2002 apud TEIXEIRA, J.B.P.; EIRAS, N.S.V. **A Hipertensão Arterial e sua abordagem pela Atenção Primária à Saúde e pelos Grupos de Extensão Universitária**, 2014. Disponível em: <http://www.ufjf.br/proplamed/files/2011/04/A-Hipertens%C3%A3o-Arterial-e-sua-abordagem-pela-APS.pdf>. Acesso em 28/11/14.

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

CUNHA, C.L.F.; GAMA, M.E.A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: MALAGUTTI, W. (organizador). **Assistência Domiciliar** – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, 336 p.

DÓREA, E.L.; LOTUFO, P.A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Revista da sociedade brasileira de hipertensão**. v.7, n.3, p.86-89, 2004.

EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION. Practice guidelines of the European Society of Hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement. *J Hypertens*. v.23, p.697-701, 2005 apud VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 17, n. 1, p.1-64, 2010 .

GUSMÃO, J.L.; PIERIN, A.M.G. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. **Revista da sociedade brasileira de hipertensão**. v.7, n.3, p.104-108, 2004.

IBGE-cidades. **Urucuia, Minas Gerais.** Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317052&search=minas-gerais|urucuia>. Acesso em 03/09/14.

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

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes.** – 2. Ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MOREIRA, A.C.; OLIVEIRA, A.A.F.; COSTA, L.V.F. **A percepção do usuário em relação a grupos operativos na atenção básica à saúde.** [Monografia – Especialização em Saúde da Família]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

NOBRE, F. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina.** v.46, n.3, p.256-272, 2013.

NOGUEIRA, I.C. *et al.* Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia.** v.15, n.3, p.587-601, 2012.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v.15, n.1, p.35-45, 2006.

PLAVNIK, F.L. *et al.* Decisão terapêutica e metas. **J. Bras. Nefrol.** v.32, supl.1, p.19-21, 2010.

POWERS, S.K.; HOWLEY, E.T. **Fisiologia do exercício:** teoria e aplicação ao condicionamento físico e ao desempenho. 3° ed. São Paulo: Manole, 2000.

SARAIVA, K.R.O. *et al.* Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto Contexto Enferm,** v.16, n.2, p.263-270, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2006 Fev: 1–48.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Posicionamento Brasileiro Sobre Hipertensão Arterial Resistente. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 99, n. 1, p. 576-585, 2012

SOUZA, A.R.A. *et al.* Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol**. v.88, n.4, p.441-446, 2007.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm**. v.16, n.2, p. 233-238, 2007.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009, 72p.
VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 17, n. 1, p.1-64, 2010 .

ZHANG, Y. *et al.* Prehypertension, diabetes, and cardiovascular disease risk in a population based sample: the Strong Heart Study. *Hypertension* v.47, p. 410-414, 2006 apud PLAVNIK, F.L. *et al.* Decisão terapêutica e metas. **J. Bras. Nefrol**. v.32, suppl.1, p.19-21, 2010.