

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

ERNESTO QUESADA LEYVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA AOS
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE BONFIM -
MG**

BONFIM-MG

2015

ERNESTO QUESADA LEYVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA AOS
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE BONFIM -
MG**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Célia Maria de Oliveira

BONFIM - MG

2015

ERNESTO QUESADA LEYVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA AOS
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE BONFIM -
MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof^a. Dr^a.. Célia Maria de Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais

Examinador 2:

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015

BONFIM – MG

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, porque me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

Ao Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família da UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais.

À professora doutora Célia Maria de Oliveira minha orientadora, por seus ensinamentos, paciência ao longo das atividades do meu Trabalho de Conclusão de Curso.

LISTA DE QUADROS

Quadro # 1: Operações sobre o processo de trabalho da equipe de saúde...	23
Quadro # 2: Operações sobre a falta de estrutura dos serviços de saúde.....	24
Quadro # 3: Operações sobre os hábitos e estilos de vida.....	25
Quadro # 4 Operações sobre o nível de informação.....	26
Quadro # 5: Proposta de ações para motivação dos atores.....	27
Quadro # 6 Cronograma de operacionalização da proposta.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC- Acidente vascular cerebral

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PSF- Programa à Saúde da Família

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crônica de elevada prevalência na população brasileira. Considerada um problema grave de saúde pública, é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cérebro vasculares e renais. Segundo o Sistema de Informação em Atenção Básica, em 2013 havia 624 hipertensos cadastrados na área de abrangência do Programa de Saúde da Família Verde, situado no Município de Bonfim – MG. É importante a implantação de medidas preventivas eficientes, a fim de reduzir o crescimento da incidência de hipertensão arterial no município. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção visando à melhoria da qualidade da assistência prestada pela equipe do Programa de Saúde de Família verde aos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica. A metodologia utilizada foi a revisão narrativa de literatura sobre o tema e desenvolvimento de ações com base no Planejamento Estratégico Situacional e na Estimativa Rápida. A partir da implantação do plano de intervenção deverão ser executadas varias ações pela equipe multiprofissional juntamente com os parceiros, para que seja atendido o nosso objetivo que é manter os níveis pressóricos dentro dos limites preconizados pelo Ministério de Saúde, e melhorar a qualidade de vida e saúde dos pacientes hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão, atenção Básica, prevenção primária, doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease of high prevalence in Brazil. It is considered a serious public health problem, being one of the risk factors for developing cardiovascular disease, cerebrovascular and renal. According to the Information System in Primary Care, 2013 there were 624 hypertensive patients registered in the area of FHP Green located in Bonfim - MG. It is important the implementing effective preventive measures in order to reduce the growing incidence of hypertension in the county. This study aims to develop an action plan aimed at improving the quality of care that is provided by the staff of the Family Health Program Green to patients with hypertension. The methodology used was a review of the literature about subject and development of the actions with base on the Strategic Planning and the avaliação. Concluding that the preparation of the Plan Intervention assistance that is provided to patients with hypertension in the area of FHP Green was extremely important to outline the actions that must be performed by the multidisciplinary team together with partners, craving so that with the implementation of the intervention plan is met our goal is to maintain blood pressure levels that are within the limits established by the Ministry of health and improve health and quality of life of hypertensive patients.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Primary Prevention. Cardiovascular Diseases.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	Erro! Indicador não definido.13
3 OBJETIVOS	14
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
5 MÉTODO	18
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
8 REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

A HAS é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle (MOLINA et al 2003).

Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim “perversa” por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, 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 (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007)

De acordo com Lom et al. (2006), o controle e o diagnóstico da hipertensão tem sido atribuição da Saúde da Família e tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial, sendo também uma ação estratégica de atuação, após o Pacto em Defesa da Vida de 2005.

Pensando nisso, a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de forma Inter setorial e integrada (BRASIL, 2011).

A partir desta política, o Ministério da Saúde lançou, em 7 de abril de 2011, o programa Academia da Saúde, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão a 4 mil municípios até 2015.

A partir de 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, passou a apoiar e financiar programas de atividade física que somaram mais de mil projetos em todo o país em 2011 (BRASIL, 2011, p.10).

Quanto ao sucesso da política antitabaco, destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nas embalagens do produto, a adesão à Convenção - Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras.

Em 2011, foram realizadas consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para ampliar as advertências nos maços de cigarro, o maior controle da propaganda nos pontos de venda e a proibição de aditivos de sabor nos cigarros (BRASIL, 2011).

No que concerne ao município de Bonfim, estamos em fase de implantação Política Antitabaco, já fizemos o levantamento dos usuários, o projeto e a aquisição de medicamentos.

Ressaltam-se outras ações tais como, a determinação à promoção do Programa Saúde na Escola, a Promoção de ações de alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação Escolar, com a Implantação em todos os municípios, incentivando ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis nas escolas, como as “Cantinas saudáveis”; reformulação de espaços físicos visando à prática de aulas regulares de educação física; e prática de atividade física (Programa Segundo Tempo) (BRASIL ,2011).

1.1. Cenário

1.1.1. O município de Bonfim

O município de Bonfim foi fundado no ano de 1728 pelo português Manoel Teixeira Sobreira, que tomou posse da região por intermédio das concessões de sesmarias e viabilizou a imigração para as terras do Vale do Paraopeba. O povoamento regional está associado à grande ocupação de Minas Gerais no início do século XVIII. (TRIGUEIRO, 2008)

De acordo com pesquisas históricas, o português Manoel Teixeira Sobreira instalou-se na região de Bonfim por volta de 1735, onde encontrou vestígios da passagem da bandeira de Fernão Dias, bem como dos índios Cataguases, além dos posseiros e povoadores que vieram, como tantos outros aventureiros, atrás de ouro e outras riquezas. O povoado surgiu em decorrência da mineração, atividade responsável por toda riqueza e prosperidade, durante séculos, uma vez que Bonfim fazia parte do quadrilátero ferrífero. Entretanto, não se sabe da existência de atividades mineradoras na região (TRIGUEIRO, 2008).

Em 07 de outubro de 1860 a vila foi elevada à categoria de cidade pela lei Provincial Nº1094, passando a se chamar oficialmente Bonfim, nome dado à cidade em homenagem ao Senhor do Bonfim, imagem do santo protetor que seu fundador, Manoel Teixeira Sobreira, trouxera de Portugal e que seu povo instituiu como padroeiro da cidade.

Atualmente, o município de Bonfim é formado pelos seguintes distritos da cidade e de Santo Antônio de Vargem Alegre, com a seguinte estrutura:

- Distrito da cidade de Bonfim: Povoados de Aroucas, Caetano José, Campestre, Campinho, Campos Fernandes, Córregos dos Cavalos, Florentina, Guedes, Ramos e Seio de Abraão.
- Distrito de Santo Antônio de Vargem Alegre: povoados de Barreiras, Dumbá, Engenho, Fundão, Germano, Grotta de Cima, Jordão, Juliões, Macaúbas de Baixo, Matos, Pari, Pires, Ribeiro, Suro e Toné.

A localização em relação a capital do estado é de 90 Km. A área total do município é de 301,210 Km² e a concentração habitacional é de 22 habitantes por Km². A população do município é de 7831 habitantes e 2756 famílias (IBGE, 2013).

O nível de alfabetização é de 91,02%, a taxa de emprego de 7% e os principais postos de trabalho são a fábrica de produtos lácteos, a agricultura, comércio e a prefeitura.

As pessoas têm condições regulares de moradia e vivem da agricultura. Os principais produtos agrícolas cultivados são: feijão, milho, mandioca e cana de açúcar (IBGE, 2013).

Em relação ao serviço de saúde, os moradores são atendidos por três equipes sendo duas equipes rurais, a equipe vermelha que atende 2130 habitantes, 27 % da população total, a equipe amarela que atende 2335 habitantes, 30 % da população total e a equipe verde, urbana, que atende 3369 habitantes, 43 % da população total (SIAB, 2013). A Unidade Básica de Saúde Dr. Homero Jose dos Santos onde trabalha a equipe verde está localizada na área urbana.

Outros recursos da comunidade são: dois laboratórios, quatro escolas, sendo uma municipal, uma estadual e duas escolas rurais; seis igrejas, sendo quatro igrejas católicas e duas igrejas evangélicas.

O abastecimento de água é feito pela Companhia COPASA na região urbana e o serviço de energia elétrica é feito pela Companhia CEMIG. Além disso, o serviço de telefonia é prestado pelas Companhias: Vivo e Claro. O município conta com dois bancos (Banco do Brasil e Itaú), um correio, farmácias, comércio e supermercados.

Segundo dados do SIAB (2013), havia 624 hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe verde urbano, destes, três tiveram acidente vascular cerebral, três sofreram infartos agudo do miocárdio e 60 pacientes foram internados por causas cardiovasculares que não foram especificadas no SIAB no ano 2013.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial é definida como a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg” (BRASIL, 2006, p.14).

Estima-se que, na população adulta brasileira, 15 a 20% são hipertensos, representando um importante problema de saúde pública e fator de risco de morbidade e mortalidade de doenças cardiovasculares. A hipertensão arterial também é uma das três principais doenças cardiovasculares responsáveis por morte nas sociedades ocidentais, segundo a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2006).

Existem vários fatores de risco para hipertensão arterial: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais (SILVA; FERREIRA, 2010).

O crescimento das prevalências das doenças cardiovasculares aumenta a necessidade de programar e desenvolver estratégias de prevenção para a população, na atenção básica de saúde. Neste sentido cabe à equipe de saúde da família, promover medidas preventivas e terapêuticas, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para controlar os altos índices pressóricos.

A grande importância deste estudo é buscar melhorar a qualidade da assistência prestada pela equipe “Verde”, do Programa de Saúde da Família, do município Bonfim, aos pacientes com hipertensão arterial.

3. OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção visando a melhoria da qualidade da assistência prestada pela equipe “Verde”, do Programa de saúde da família, do município de Bonfim, aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

4.1. Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Sendo que no Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais (BRASIL, 2006, p.7).

Como a hipertensão é uma doença que fica a maior parte de seu curso assintomática, vem sendo, muitas vezes, negligenciado o seu diagnóstico e tratamento, o que faz com que a adesão ao tratamento prescrito seja baixa por parte dos pacientes. Sendo assim, um dos principais fatores é a dificuldade no controle da hipertensão devido à recusa de seus pacientes que, não aceitam a condição da doença crônica não ter cura (BRASIL, 2006).

Zaitune et al. (2006) estimam que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano.

Oliveira et al. (2002, p.277) garantem que *“os inúmeros problemas que afetam a qualidade de vida dos idosos, em um país em desenvolvimento, demandam, por sua vez, respostas urgentes em diversas áreas”*. Segundo a Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL, 2010), no Brasil, a prevalência média de Hipertensão Arterial Sistêmica na população adulta (acima de 18 anos) é de 23,3%, sendo ligeiramente maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%).

Em ambos os sexos, os indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais referem o diagnóstico médico de HAS e o diagnóstico se torna

mais comum com o avançar da idade, alcançando 50% dos indivíduos na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010).

Irigoyen et al. (2003) afirmam que estudos demonstraram que a pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres até a faixa etária de 60 anos. Logo, a Hipertensão Arterial é a maior causadora das doenças cardiovasculares, constituindo, assim, um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade.

Nettina et al. (2003, p.415) consideram que a PA= 120 x 80 mm Hg é a ideal. Os riscos cardiovasculares estão acima desses valores. Entre os indivíduos com hipertensão arterial, a probabilidade de um evento cardiovascular grave, nos próximos dez anos, situa-se entre 15 e 20% (BRASIL, 2002 p.19). As mudanças dos estilos de vida, tanto individual ou coletiva, são fundamentais para a prevenção da hipertensão arterial e para alcançar as medidas pressóricas adequadas, preconizadas pelo Ministério de Saúde. São recomendadas:

- Alimentação adequada
- Diminuição do consumo de sal
- Controle do peso
- Prática de atividade física
- Diminuição do uso de tabaco e álcool (BRASIL, 2006).

4.2 Complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica

Mion Jr. et al. (2002) atestam que a Hipertensão Arterial é um dos principais agravos à saúde no Brasil. Sabe-se que a hipertensão e suas complicações são responsáveis por alta frequência de internações, que corresponde a 600 mil casos entre 2000 e 2004, sendo que a insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as afecções cardiovasculares (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Segundo Oigman (2003), o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença isquêmica coronariana são as complicações da Hipertensão Arterial mais frequentes, seguidas pela insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, encefalopatia hipertensiva e aneurisma dissecante da aorta.

Lotufo (2006) aponta que no Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, e coloca que a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o AVC. Lima et al. (2006) argumentam que a hipertensão arterial sistêmica constante, pode acarretar várias alterações, pelo fato do coração desenvolver trabalho superior ao normal e, pouco a pouco, tornar-se insuficiente levando à descompensação; além da redução da função renal, podem surgir sinais de sofrimento cerebral e episódios epiléticos. Neste sentido, a hipertensão arterial constitui um fator de risco para ocorrência de acidente vascular encefálico, devido à irrigação sanguínea insuficiente.

5. MÉTODO

Para a realização deste trabalho, optou-se pela revisão narrativa da literatura. A revisão de literatura é a “*busca de informações e dados disponíveis em publicações, livros, teses e artigos de origem nacional e internacional e na internet realizados por outros pesquisadores*” (MORESI, 2003.p.29). É o processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema de pesquisa escolhido, permitindo efetuar o mapeamento do que já foi escrito e de quem já escreveu sobre ele (MORESI, 2003).

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) na Base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência de Saúde (LILACS), Google acadêmico, site do Ministério de Saúde. Foram utilizados dados do SIAB de 2010.

Foi realizado o diagnóstico situacional do período de janeiro de 2013 a março de 2014, com a colaboração dos agentes comunitários de saúde e profissionais da equipe “Verde” do PSF do Município de Bonfim em Minas Gerais.

O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida, que visa coletar os dados pertinentes e necessários por meio de registros existentes tais como: SIAB, consolidados de vigilância epidemiológica e prontuários, fontes secundárias e observação ativa da área.

A observação ativa foi feita pelos agentes comunitários de saúde da área de abrangência que visitaram todas as residências.

Para a elaboração da proposta de intervenção, foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo professor Carlos Matus Romoo, ministro da economia do governo do Chile (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Todo método de planejamento apresenta no seu desenvolvimento, passos ou etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades. Romoo identifica quatro momentos que caracterizam o PES:

- Momento explicativo (Passos 1 a 5): busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas.
- Momento Normativo (Passos 6 e 7): são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, momento de elaboração de proposta de solução.
- Momento estratégico (Passos 8 e 9): busca-se aqui, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.
- Momento tático-operacional (Passo 10): é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Primeiro passo – identificação dos problemas

Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional, destacam-se: alta incidência de pacientes hipertensos na área de abrangência, número elevado de pacientes dependentes de benzodiazepínicos na saúde mental, tabagismo e baixo nível de escolaridade dos usuários.

6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento
Alta incidência de pacientes hipertensos	Alta	6	Parcial
Baixo nível de escolaridade dos usuários	Média	4	Parcial
Número elevado de pacientes dependentes de benzodiazepínicos na saúde mental	Alta	6	Parcial
Tabagismo	Media	4	Parcial

6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema

O tema escolhido para ser abordado é a alta incidência de pacientes hipertensos.

6.4 Quarto Passo: Explicação do problema

Causas:

1. Nível individual
 - Hábitos e estilos de vida
 - Tabagismo
 - Má alimentação
 - Sedentarismo
 - Uso abusivo de sal
 - Uso abusivo de álcool
2. Nível social
 - Baixo nível de informação
 - Aumento da população idosa
 - Aumento das doenças psiquiátricas
3. Nível programático
 - Falta de profissional nutricionista no NASF
 - Falta de motivação para a realização de atividade física do grupo de atividade física
 - Falta de estrutura da Unidade básica de saúde (não tem sala de reuniões de grupo)
 - Número insuficiente de reuniões com o grupo operativo de hipertensos

Consequências:

Baixo nível de informações, má alimentação e hábitos e estilos de vida menos saudáveis que aumentam a incidência de hipertensão.

6.5 Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Nesta perspectiva, foram identificados os nós críticos para alta incidência de pacientes hipertensos:

- Processo de trabalho da equipe de saúde: Falta de implantação da linha para o cuidado do paciente hipertenso.
- Estrutura dos serviços de saúde: Falta de estrutura do serviço de saúde para o atendimento do paciente com hipertensão arterial.
- Hábitos e estilos de vida: Falta de educação para saúde dos grupos de risco e pacientes hipertensos.
- Nível de informação: Baixo nível de informação da população sobre os fatores de risco da hipertensão arterial.

Os passos seguintes do PES, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade das propostas, cronograma e gestão do plano, foram desenvolvidos individualmente para cada um dos nós críticos identificados. Nos quadros a seguir estão detalhados cada um dos projetos, categorizados pelo nó crítico sobre o qual se pretende atuar.

Quadro 1 – Operações sobre o processo de trabalho da equipe de saúde

Nó crítico 1	Processo de trabalho da equipe de saúde
Operação	Implantar a linha de cuidado para hipertensão arterial incluindo os mecanismos de referências e contra referências
Projeto	Linha de cuidado
Resultados esperados	Cobertura de 90 % da população com adoecimento por hipertensão arterial
Atores sociais	Médico, técnicos de enfermagem, enfermeira/gerente, equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) Agentes Comunitários de Saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: Elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos. Organizacional: Adequação de fluxo (referência e contra referência). Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Recursos críticos	Organizacional: adequação de fluxos (referência e contra referência)
Controle dos recursos críticos	Secretaria municipal de saúde
Ação estratégica de motivação	Plano de cuidado da prevenção para pacientes com hipertensão arterial
Responsáveis:	Toda a equipe de saúde
Cronograma / Prazo	Programa permanente com avaliações mensais dos resultados

Quadro 2 – Operações sobre a falta de estrutura dos serviços de saúde

Nó crítico 2	Falta de estrutura dos serviços de saúde
Operação	Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento aos pacientes com hipertensão arterial
Projeto	Cuidar Melhor
Resultados esperados	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos. Contratação de compra de exames. Coordenação de consultas com outros especialistas. Controle dos hábitos e estilos de vida.
Atores sociais	Médico, Enfermeiro, NASF, Prefeitura municipal e Secretaria de saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e elaboração de projetos. Político: Articulação Inter setorial com a radio e a rede de ensino Organizacional: Organizar as palestras de educação à saúde. Financeiro: Aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.
Recursos críticos	Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiro: Aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos
Controle dos recursos críticos	Prefeitura Municipal e Secretaria de Saúde
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto de estruturação da rede
Responsáveis:	Prefeito e secretaria de saúde.
Cronograma / Prazo	Programa permanente com avaliações mensais dos resultados

Quadro 3 – Operações sobre os hábitos e estilos de vida

Nó crítico 3	Hábitos e estilos de vida
Operação	Diminuir os hábitos alimentares com muito sal e muita gordura. Diminuir o consumo abusivo de álcool e tabaco.
Projeto	Mais saúde e mais vida
Resultados esperados	Diminuir os hábitos alimentares com muito sal e muita gordura. Diminuir o consumo abusivo de álcool e tabaco. Realização de exercícios físicos regularmente.
Atores sociais	Médico, Enfermeiro, NASF, prefeitura municipal e secretaria de saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégia de comunicação Político: Articulação intersetorial com a rádio comunitária e rede de ensino. Organizacional: Organizar as palestras de educação em saúde. Financeiros: Para aquisição de folhetos educativos.
Recursos críticos	Político: Articulação intersetorial com a rádio comunitária e a rede de ensino Financeiro: Recursos para aquisição de folhetos educativos. Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: Recursos para aquisição de folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos	Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde e setor de comunicação social
Ação estratégica de motivação	Promover educação à saúde no grupo operativo de hipertenso
Responsáveis:	Prefeito e secretaria de saúde, equipe de saúde à família e NASF.
Cronograma / Prazo	Programa permanente com avaliações mensais dos resultados

Quadro 4 – Operações sobre nível de informação

Nó crítico 4	Nível de informação
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de hipertensão arterial
Projeto	Saber mais e mais vida
Resultados esperados	População mais informada sobre os riscos de hipertensão arterial
Atores sociais	Médico, Enfermeiro e NASF.
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégia de comunicação Político: Articulação intersetorial com a rádio comunitária e rede de ensino. Organizacional: Organizar as palestras de educação em saúde. Financeiros: Para aquisição de folhetos educativos.
Recursos críticos	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégia de comunicação. Político: Articulação intersetorial com o setor da educação. Financeiro: Aquisição de folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos	Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde e setor de comunicação social
Ação estratégica de motivação	Promover educação à saúde através de divulgação na rádio e na escola.
Responsáveis:	Equipe de saúde à família e NASF.
Cronograma / Prazo	Início em 2 meses e finalização em 12 meses

6.6. Oitavo passo: Análise da viabilidade:

Quadro 5: Propostas de ações para motivação dos atores.

Operações/projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Apresentar o problema e o plano de intervenção.	Reservar sala de reuniões, computador e projetor multimídia.	Enfermeiro da ESF Medico de ESF Gestor da unidade de saúde	Favorável Favorável Favorável	Apresentar o projeto
Divulgar o plano de intervenção.	Financeiro: material para impressão do roteiro para cada um dos participantes.	Gestão da unidade de saúde Enfermeiro da ESF Médico da ESF Secretário de Saúde	Favorável Favorável Favorável	Apresentar o projeto
Apresentar os benefícios e as dificuldades de colocar em prática as	Cognitivo: elaborar oficinas sobre os diferentes temas que constam no	Gestão da Unidade de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto

ações do plano de intervenção.	roteiro Político: adesão do gestor da unidade e dos profissionais (médico, enfermeiro e agentes comunitário de saúde) às oficinas. Financeiro: recursos de multimídia para as reuniões	Médico da ESF Enfermeiro da ESF Secretário de Saúde	Favorável Favorável Favorável	
--------------------------------	--	---	---	--

6.7 Nono passo: Cronograma de operacionalização da proposta

Quadro 6: Cronograma de operacionalização da proposta

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsáveis
"Linha de cuidado"	Cobertura de 90 % da população com hipertensão arterial	Plano de cuidado da prevenção de pacientes com hipertensão arterial	Equipe de saúde a família e NASF.
"Cuidar melhor"	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 90% dos pacientes com hipertensão arterial.	Apresentar projeto de estruturação da rede	Equipe da Estratégia Saúde da Família. Secretaria de saúde. Prefeitura Municipal.
"Mais saúde"	Diminuir os hábitos alimentares com muito sal e muita gordura. Diminuir o consumo abusivo de álcool e tabaco	Promover educação à saúde através do grupo operativo de hipertensos.	Equipe da estratégia saúde da Família.
"Saber mais"	Grupo operativo mais informado sobre os riscos e agravos da hipertensão arterial.	Promover educação à saúde através do grupo operativo de hipertensos.	Equipe da estratégia saúde da Família.

"Mais vida"	Membros do grupo operativo e de atividade física atingirem o IMC adequado.	Implantar o programa academia da saúde no grupo operativo e de atividade física	Equipe da estratégia saúde da Família. NASF.
-------------	--	---	--

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que o Plano de intervenção para a assistência aos pacientes com hipertensão arterial na área de abrangência do PSF Verde do município de Bonfim seja implantado e com ele serão traçadas metas que deverão ser executadas pela equipe multiprofissional, juntamente com os parceiros, visando atingir o objetivo final dentro dos prazos estabelecidos.

Como aprendizado, todo plano deve ser avaliado e implementado anualmente de acordo com as necessidades e ser alterado quantas vezes se fizer necessário. Este aprendizado é de muita importância para buscar soluções aos problemas enfrentados pelas equipes da estratégia de saúde da família, sendo que, muitas delas são de fácil resolução. Entretanto, fica difícil enxergar as alternativas para solucioná-los sem a elaboração do plano de ação que direcione as ações a serem executadas pela equipe do programa de saúde da família.

A partir da implantação do plano de intervenção, esperamos atender o nosso objetivo, que é manter os níveis pressóricos dentro dos limites preconizados pelo Ministério de Saúde e, melhorar a qualidade de vida e saúde dos pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único da Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde; 2006

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

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

LOPES, M. S. V.; SARAIVA. K. R. O.; FERNANDES, A. F. C.; XIMENES, L. B. **Análise do conceito de promoção da saúde**. Revista Texto e Contexto-Enfermagem, Florianópolis, v. 19, n. 3, 2010.

MORESI, E. (Organizador), **Metodologia de Pesquisa**. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003.

SILVA C N da; FERREIRA J S. Programa de exercícios físicos para hipertensos: Aplicação em Unidades Básicas de Saúde da Família. <http://www.efdeporte.com/>**RevistaDigital**-Buenos aires -año 15-n 143- abril 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v.95, (1 supl.1), p: 1-51. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde** / organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011

SILVA, J. L.; SOUZA, S. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004.

MALFATI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, supl 1, 2011.

MALUF Jr, I.; ZAHDI, M. R.; UNTERSTELL, N.; MALUF. E. M. C. P.; SOUSA, A. B.; LOURE, F. D. Avaliação da adesão de médicos ao protocolo de hipertensão arterial da secretaria municipal de saúde de Curitiba. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 94, n. 1, 2010.

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

MOLINA, B.; CUNHA, M. D.; HERKENHOFF, L. F.; MILL, J. G. Hipertensão arterial e consumo de sal na população urbana. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 6: p 743-750, 2003.

