

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

ANA MARLEN LUGO FALCON

**ALTA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DA
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE SÃO JOSÉ DO MUNICÍPIO DE
ICARAÍ DE MINAS-MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

2015

ANA MARLEN LUGO FALCON

**ALTA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DA
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE SÃO JOSÉ DO MUNICÍPIO DE
ICARAÍ DE MINAS-MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa.

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

2015

ANA MARLEN LUGO FALCON

**ALTA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DA
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE SÃO JOSÉ DO MUNICÍPIO DE
ICARAÍ DE MINAS-MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor. Edison José Corrêa – UFMG

Examinador 2: Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu esposo Elexsi, por seu apoio e ajuda constante.

A meu filho Cesar Enrique, por sua paciência e compreensão, para que meu trabalho fosse possível, ajudando aos que de mim necessitam também, ainda que na distância.

A meu pai, que já não me acompanha fisicamente, mas que sempre está presente em minha vida.

A minha mãe que sempre tem me dado forças para continuar adiante.

AGRADECIMENTOS

À equipe de Saúde da Família e a comunidade do povo de Logradouro.

Ao governo do Brasil e de Cuba.

À organização Pan-americana da Saúde.

Ao Ministério da Saúde de Cuba e do Brasil.

Aos professores da Universidade Federal de Minas Gerais e do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.

A meu professor orientador pela paciência e considerações pertinentes.

Obrigada!

"... a arte de curar é mais para prevenir a doença e tomar precauções contra ela por meios naturais, que em combatê-la por meios violentos..."

Jose Martí

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um fator de risco de outras doenças como, as cardiovasculares, renais, cerebrais, que são importantes causas de morbidade e mortalidade, considerando ser um sério problema de Saúde. A abordagem dos fatores de risco que interferem nesta doença deve ser uma das prioridades da Saúde Pública, sobretudo na Atenção Primária. A prevenção é uma das estratégias mais efetivas para lograr uma boa qualidade de vida. A educação em saúde, o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica são fundamentais para controle adequado e diminuição das taxas de complicações provocadas pela HAS. Devido ao número cada vez mais crescente de pessoas que convivem, ou tem os fatores de risco para padecer esta doença é que se requer da atenção das equipes de saúde assim como do autocuidado e da responsabilização do usuário que padece a doença. A Equipe de Saúde da Família São José, do município de Icarai de Minas, no estado de Minas Gerais, depois de processados os dados de análise da situação de saúde da área da abrangência que atende, identificou como problema prioritário a alta prevalência de pessoas com HAS ou em risco. Como parte final do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família é apresentado um Projeto de Intervenção, no método do Planejamento Estratégico Situacional, em que um plano de ação mostra os passos de atuação em nós críticos: (1) Baixo nível de informação da comunidade, (2) Melhora de hábitos e estilos de vida, (3) Uso incorreto dos medicamentos, (4) Melhora da estrutura dos serviços da saúde, e (5) Organização do processo de trabalho da Equipe da Saúde da Família. Para cada nó crítico é apresentado um projeto/operação, com descrição de resultados e produtos esperados, recursos necessários e recursos críticos, controle dos recursos, ações estratégicas, responsabilidades e prazos. Em conclusão, ressalta-se a importância da percepção da equipe de saúde na preparação de um plano de ação para o processo educativo da comunidade e da equipe, bem como e para a organização do processo de trabalho. Espera-se que a proposta permita intervenção com sucesso, sobre tudo em fatores de risco e na prevenção, controle e tratamento da doença.

Palavras-chave (Descritores em Ciências da Saúde – DeCS): Fatores de risco. Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Prevenção de doenças.

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension (SAH) is a risk factor for other diseases such as cardiovascular, renal and brain, which are important causes of morbidity and mortality, whereas a serious health problem. The approach to risk factors that interfere in this disease must be one of the priorities on public health, especially in Primary Care. Prevention is one of the most effective strategies to achieve a good quality of life. Health education, early diagnosis and therapeutic approach are key to proper control and decrease rates of complications caused by HAS. Due to the increasing number of people who live, or have risk factors for suffering this disease is that it requires the attention of health teams as well as the self-care and the accountability of the user who has the disease. The Family Health Team São José, from Icaraí de Minas, in the State of Minas Gerais, after analysis of the situation in the area, identified as a priority problem the high prevalence of people with SAH or at risk. As the final part of the Course of Specialization in Family Health Strategy this paper presents an intervention project, with the Situational Strategic Planning method, in which a plan of action shows the steps of activity in critic nodes: (1) Low level of community information, (2) Improvement of habits and lifestyles, (3) Incorrect use of medicines, (4) Improvement of health services structure and (5) Organization of the work process of the Family Health Team. For each critical node is presented a project/operation, with description of expected results and products, resources and critical resources, control of resources, strategic actions, responsibilities and deadlines. In conclusion, is very important the health staff perception to prepare a plan of action for educational process to the community and the team, as well as the work process organization. Then, a population could be assisted with integral attention to their health. It is expected that this proposal would permit intervention, in particular, on risk factors and disease prevention, control and therapeutic.

Keywords: Risk factors. Hypertension. Primary health care. Disease prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|--|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária de Saúde |
| COPASA | Companhia de Saneamento de Minas Gerais |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| FR | Fatores de risco |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| LILACS | Literatura Científica de América Latina |
| MG | Minas Gerais |
| mmHg | Milímetros de mercúrio |
| NESCON | Núcleo de Educação em Saúde Coletiva |
| PA | Pressão Arterial |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PPI | Programação Pactuada e Integrada- Central de Regulação |
| SUDENE | Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|-----------------|---|
| Quadro 1 | Distribuição da população por grupos etários e gênero, em Icaraí de Minas – Minas Gerais, em 2010. |
| Quadro 2 | Distribuição da população segundo grau de escolaridade em Icaraí de Minas, 2010. |
| Quadro 3 | Redes escolares do município de Icaraí de Minas, Minas Gerais. |
| Quadro 4 | Priorização de problemas relacionados à atuação da Equipe de Saúde da Família São José, em Icaraí de Minas, Minas Gerais, 2014. |
| Quadro 5 | Desenho de operações para o nó crítico 1 do problema “alta prevalência de hipertensão arterial” na área da abrangência da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Icaraí de Minas - Minas Gerais. |
| Quadro 6 | Desenho de operações para o nó crítico 2 do problema “alta prevalência de hipertensão arterial” na área da abrangência da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Icaraí de Minas - Minas Gerais. |
| Quadro 7 | Desenho de operações para os nó crítico 3 do problema “alta prevalência de hipertensão arterial” na área da abrangência da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Icaraí de Minas - Minas Gerais. |
| Quadro 8 | Desenho de operações para os nó crítico 4 do problema “alta prevalência de hipertensão arterial” na área da abrangência da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Icaraí de Minas - Minas Gerais. |
| Quadro 9 | Desenho de operações para os nó crítico 4 do problema “alta prevalência de hipertensão arterial” na área da abrangência da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Icaraí de Minas - Minas Gerais. |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Identificação do município | 12 |
| 1.2 Histórico de criação do município | 12 |
| 1.3 Aspectos geográficos | 12 |
| 1.4 Aspectos socioeconômicos | 12 |
| 1.5 Aspectos demográficos | 14 |
| 1.6 Taxa de escolarização | 15 |
| 1.7 Recursos da comunidade | 15 |
| 1.8 Aspectos do Sistema de Saúde | 16 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 19 |
| 3 OBJETIVOS | 20 |
| 4 METODOLOGIA | 21 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA | 22 |
| 5.1 Atenção primária à saúde | 22 |
| 5.2 Estratégia Saúde da Família | 23 |
| 5.3 Hipertensão arterial sistêmica | 23 |
| 5.4 Fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica | 24 |
| 5.5 Bases para a atenção à saúde do paciente em risco ou portador de hipertensão arterial | 26 |
| 5.6 Educação em saúde: a importância da comunidade | 26 |
| 5.7 Educação permanente em saúde e o trabalho do profissional de saúde | 27 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 28 |
| 6.1 Definição do problema | 28 |
| 6.2 Priorização do problema | 28 |
| 6.3 Explicação do problema | 29 |
| 6.4 Seleção dos “nós críticos” | 29 |
| 6.5 Desenho das operações para os “nós críticos” do problema selecionado | 30 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| 8 REFERENCIAS | 37 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de Icaraí de Minas está localizado na mesorregião Norte do estado de Minas Gerais, na área mineira da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), na bacia do Rio São Francisco. Pertence a Microrregião de Januária, limitada geograficamente com os municípios de São Francisco, Ubaí, Luzilândia e São Romão. Sua população projetada para 2014 é de 11.524 habitantes (BRASIL, 2015b).

1.2 Histórico da criação do município

Em meados da década de 1920 começou a ser formado um agrupamento de casas em torno de uma fazenda cujo proprietário chamava-se Jose Bernardino Teixeira. Com o passar dos anos o local ficou conhecido como Tiririca, onde foi estabelecida a primeira escola da região. Bernardino, para incentivar o crescimento do povoado e com intuito de manter a mão de obra na sua fazenda, procurou formas para promover a construção de uma igreja, com os moradores que ali começavam a habitar. Em 1956 o município passou para a jurisdição da paróquia de São José em São Francisco. Pelo Decreto Estadual nº2, de 14-09-1981, estava subordinado ao município de São Francisco. Elevado a categoria de município com a denominação de Icaraí de Minas, pela Lei Estadual, em 1992 foi desmembrado de São Francisco (BRASIL, 2015b).

1.3 Aspectos geográficos

A área total do município é de 625.664 km², com concentração habitacional de 17, 18 hab./km². O município tem 2.518 domicílios com uma média de 4,2 moradores por domicílio, sendo 831 famílias na zona urbana e 1.697 na zona rural (BRASIL, 2015b).

1.4 Aspectos socioeconômicos

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM 2010) de Icaraí de Minas é considerado médio. Seu valor absoluto é de 0, 624. O produto interno bruto per capita no ano 2012 era de 5.204,12 reais (BRASIL, 2015b).

Segundo dados do IBGE 2010, de um total de 10.746, a população urbana era de 2.986 (27.7%) e a rural de 7.760 (72.21 %). Percebe-se que a população rural representa o maior número da população (BRASIL, 2015b).

A renda média domiciliar *per capita* do município no ano 2010 de Icaraí de Minas era de R\$275,52. Como referência, o salário mínimo nesse ano 2010 era de R\$510.00: A proporção de moradores abaixo da renda média familiar é de 64,89% o qual vem melhorando após da inclusão da bolsa familiar (ICARAÍ DE MINAS, 2014).

O sistema de abastecimento de água de Icaraí de Minas é responsabilidade da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). Em Icaraí de Minas o índice urbano de atendimento de água chega a 98%. Na área rural, nos locais onde há depósitos para distribuição, 100% de abastecimento de água é operado pela prefeitura de Icaraí de Minas (ICARAÍ DE MINAS, 2014).

Nos domicílios urbanos e povoados rurais o lixo é coletado por serviço de limpeza e depositado em aterro sanitário, sendo responsabilidade do governo do município. Em outras áreas rurais o lixo é queimado, afetando o meio ambiente (ICARAÍ DE MINAS, 2014). A responsabilidade de coleta, tratamento e destinação final do esgoto gerado na cidade de Icaraí de Minas é responsabilidade também de COPASA. Atualmente a cidade tem 30% de seu esgoto tratado de maneira correta (ICARAÍ DE MINAS, 2014). Muito foi feito e muito ainda falta por fazer. Os atuais déficits de cobertura dos serviços de esgotos indicam a relação direta entre carências no atendimento das populações de baixa renda, com menor capacidade de pagamento.

A economia é baseada na agricultura de subsistência, pecuária de corte e leite, exploração vegetal, para a fabricação de carvão vegetal e móveis. Agricultura predominante na região é a de milho, feijão e cana de açúcar. A pecuária é a atividade econômica mais expressiva do município, forte produtor de leite. Há duas cooperativas de leite: a de Pequenos Produtores Rurais de Icaraí de Minas e a dos Produtores de Leite de Icaraí de Minas. A abrangência comercial ainda é muito pequena, sendo predominante o comércio de pequeno porte de gêneros alimentícios e bares, além do setor de serviços.

1.5 Aspectos demográficos

A distribuição da população, em 2010, registrada no Quadro 1, nos mostra que pouco mais da metade (60,7%) da população é compreendida até a idade de 29 anos. Acima de 60 anos são 7,0%. Predomina o sexo masculino.

Quadro 1- Distribuição da população por grupos etários e gênero, em Icarai de Minas – Minas Gerais, em 2010

| Grupos etários | Masculino | % | Feminino | % | Total | % | Acumulado |
|------------------|-----------|-----|----------|-----|--------|------|-----------|
| Até 4 anos | 434 | 4.0 | 440 | 4.1 | 874 | 8.1 | 8,1 |
| 5 a 9 anos | 527 | 4.9 | 476 | 4.4 | 1.003 | 9.3 | 17,4 |
| 10 a 14 anos | 568 | 5.3 | 593 | 5.5 | 1.161 | 10.8 | 28,2 |
| 15 a 19 anos | 668 | 6.2 | 650 | 6.0 | 1.318 | 12.2 | 40,4 |
| 20 a 24 anos | 639 | 5.9 | 537 | 5.0 | 1.176 | 10.9 | 51,3 |
| 25 a 29 anos | 562 | 5.2 | 456 | 4.2 | 1.018 | 9.4 | 60,7 |
| 30 a 34 anos | 417 | 3.9 | 354 | 3.3 | 771 | 7.2 | 67,9 |
| 35 a 39 anos | 358 | 3.3 | 272 | 2.5 | 630 | 5.8 | 73,7 |
| 40 a 44 anos | 292 | 2.7 | 231 | 2.1 | 523 | 4.8 | 78,5 |
| 45 a 49 anos | 244 | 2.3 | 242 | 2.3 | 486 | 4.6 | 83,1 |
| 50 a 54 anos | 198 | 1.8 | 203 | 1.9 | 401 | 3.7 | 86,8 |
| 55 a 59 anos | 186 | 1.7 | 196 | 1.8 | 382 | 3.5 | 90,3 |
| 60 a 64 anos | 144 | 1.3 | 147 | 1.4 | 291 | 2.7 | 93,0 |
| 65 a 69 anos | 118 | 1.1 | 118 | 1.1 | 236 | 2.2 | 95,2 |
| 70 a 74 anos | 92 | 0.9 | 99 | 0.9 | 191 | 1.8 | 97,0 |
| 75 a 79 anos | 64 | 0.6 | 74 | 0.7 | 138 | 1.3 | 98,3 |
| 80 a 84 anos | 34 | 0.3 | 50 | 0.5 | 84 | 0.8 | 99,1 |
| 85 a 89 anos | 17 | 0.2 | 24 | 0.2 | 41 | 0.4 | 99,5 |
| 90 a 94 anos | 3 | 0.0 | 10 | 0.1 | 13 | 0.12 | 99,62 |
| 95 a 99 anos | 1 | 0.0 | 4 | 0.0 | 5 | 0.04 | 99,66 |
| Mais de 100 anos | 1 | 0.0 | 3 | 0.0 | 4 | 0.03 | 99,69 |
| Total | 5.567 | 52 | 5.179 | 48 | 10.746 | 100 | 100,0 |

FONTE:BRASIL, 2015

1.6 Taxa de escolarização

No município, a educação pode ser sintetizada com os indicadores de taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos em 14,8% e no percentual de crianças em idade escolar fora da escola de 10,3. Em outros dados registrados pelo Censo 2010 se observa o nível de escolaridade Quadro 2.

Quadro 2- Distribuição da população segundo grau de escolaridade em Icaraí de Minas, Minas Gerais, 2010.

| | |
|---|---------|
| 1º ciclo fundamental incompleto | 32,47 % |
| 1º ciclo fundamental completo /2ºciclo incompleto | 16,32 % |
| 2º ciclo completo ou mais | 16,32 % |
| Não determinada | 12,21 % |

FONTE: BRASIL, 2015

No Quadro 3 descrevem-se as redes escolares do município de Icaraí de Minas.

Quadro 3 - Redes escolares do município de Icaraí de Minas, Minas Gerais.

| | |
|-------------------------|----|
| Creche | 1 |
| Pré-escolar | 7 |
| Escolas de ensino médio | 5 |
| Ensino fundamental | 12 |

FONTE: Icaraí de Minas, 2014.

1.7 Recursos da comunidade:

O município de Icaraí de Minas não conta com hospital, não tem clínicas especializadas, nem maiores recursos laboratoriais. Têm uma praça pequena, com um ginásio livre onde a população faz exercícios para uma vida mais saudável, oito igrejas católicas distribuídas nas comunidades do município, além de outros pontos de reunião para outras religiões.

A grande maioria das ruas está sem asfalto; 100% dos domicílios possui energia elétrica e a grande maioria também utilizam água da rede pública de abastecimento. A população trata a água de beber através da filtração, destina seu lixo à coleta pública municipal e

destina o esgoto ao sistema da rede pública. Existem dois bancos, uma casa de loteria e uma agência de correio.

1.8 Aspectos do Sistema de Saúde:

No município de Icaraí de Minas 100% da população é usuária da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), pois não existem locais de saúde privados. O controle social é exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Icaraí de Minas, constituído através da Lei Municipal n 239/2006. Está composto por 12 conselheiros titulares e 12 suplentes, representantes dos usuários de saúde, prestadores de serviços de saúde e governo municipal. Reúne-se uma vez por mês para discutir, votar e deliberar assuntos de saúde com registro em ata. Também possui quatro comissões: ornamento e finanças, recursos humanos, saneamento e meio ambiente, e vigilância em saúde. (Icaraí de Minas, 2014)

O município tem as seguintes unidades prestadoras de serviços de saúde: uma Unidade Mista, sem atendimento hospitalar, com consultas ambulatoriais e urgências/emergências e vinculação a laboratório de patologia clínica e fisioterapia. É a unidade de referência no município para as demais unidades básicas. O município não possui leitos cadastrados no SUS.

São três as equipes de Saúde da Família (ESF), sendo a ESF José Mendes da Rocha na sede do município, a ESF Maria das Dores Rocha no povoado de Nova Aparecida e a ESF São José no povoado de Logradouro, foco desse presente trabalho. As duas primeiras equipes têm serviço de Saúde Bucal. Há uma Farmácia Popular.

O sistema de referência e contra referências está desenhado, porém não funciona adequadamente. O município não conta com redes de meia e alta complexidade.

Com o objetivo de ampliar a estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, ocorreu o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, criando-se quatro pontos de apoio na zona rural (Morrinhos, Vila Santos Reis, Cabeceira da Vargem e Prata).

Os horários de atendimento das equipes de saúde são de oito horas diárias, com exceção da Unidade Básica de Saúde que mantém plantão 24 horas. Os problemas de saúde não

resolvidos no município são encaminhados pela via Programação Pactuada e Integrada / Central de Regulação (PPI) para as unidades de referência nos municípios vizinhos.

Em relação aos recursos humanos em saúde as equipes da Estratégia Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de saúde bucal (dentista e técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário, (somente em duas ESF), e um zelador.

A Equipe de Saúde da Família São José

A autora desse trabalho está vinculada à equipe São José, sendo seu território localizado no povoado de Logradouro. Tem sob suas responsabilidades 2.006 habitantes, distribuídos em 478 famílias. A população cadastrada é de nível social médio.

O povoado de Logradouro se encontra localizado a 18 km da área urbana de Icaraí de Minas. A equipe foi criada em julho de 2004. Desde sua formação encontra-se trabalhando em local alugado. O horário de funcionamento é de segunda a sexta feira, de 7h00min a 11h00min horas e de 13h00min a 17h00min horas. Tem, ainda, sob sua responsabilidade dois pontos de apoio, Prata e Cabeceira da Vargem.

A equipe é formada por vários profissionais: uma médica; um enfermeiro; dois técnicos de enfermagem; seis agentes de saúde, uma recepcionista e três auxiliares gerais. O horário de trabalho da equipe respeita os horários de funcionamento da ESF. Algumas atividades são realizadas em horários e locais diversificados, como as visitas domiciliares, campanhas, palestras etc.

A Unidade de Atenção Primária à Saúde dispõe de sala de recepção, com área para espera de pacientes contendo cadeiras; um consultório clínico, um consultório de enfermagem, um banheiro para uso geral, sala de esterilização de materiais e expurgo; uma sala de procedimentos de enfermagem (pesagem, aferição de pressão arterial, inalação, curativos), salão de reuniões. Vale assinalar que nenhuma das áreas tem as condições necessárias para bom atendimento.

O diagnóstico situacional realizado por a equipe São José do município de Icaraí de Minas proporcionou uma visão do cenário da área de abrangência, neste sentido foram necessários os registros existentes no ESF, tais como fichas familiares, e individuais,

dados fornecidos por os ACS, a pesquisa ativa da equipe dos fatores de risco que atentam contra a saúde da comunidade como os riscos ambientais, a coleta de lixo, condições de moradia, acesso aos serviços oferecidos como saúde, educação, as costumes alimentares, hábitos tóxicos, entre outros, os que serão descritos no plano de ação.

Problema selecionado como prioritário: processo de seleção

Vários problemas foram identificados pela Equipe de Saúde da Família São José no diagnóstico situacional. Foi selecionado aquele que a equipe percebeu que, além de ser o mais preocupante, também o mais possível de mudar. A observação ativa da equipe de saúde, quanto à quantidade de pacientes portadores de HAS que acudiam à consulta com queixas possivelmente relacionadas à hipertensão, e outros que acudiam a consulta e não conheciam que viviam com a doença, assim como as observações das visitas domiciliares aos que não procuravam atendimento e que possuíam registros e dados aportados pelas fichas familiares como portadores da doença, também permitiu diagnosticar como problema prioritário a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) na área de abrangência da equipe São José.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde no mundo atual. Um número não calculável de pessoas não sabe que vivem com a doença, ou com o risco de padecer por ela. Pôr isso “são necessárias estratégias para a abordagem dos fatores de risco” (BRASIL 2006).

Devido alto número de hipertensos cadastrados na ESF São José, localizado na comunidade de Logradouro, no município de Icaraí de Minas, é necessário organizar ações para o processo de trabalho da equipe de saúde, para que o manejo adequado dos fatores de risco da hipertensão arterial seja conseguido, e assim, lograr a prevenção da doença e seus agravos.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

3.1 Objetivo geral:

Sugestão: elaborar um projeto de intervenção para controlar os fatores de risco da hipertensão

Propor um processo de organização do trabalho da Equipe de Saúde da Família São José, do distrito de Logradouro, município de Icaraí de Minas – Minas Gerais, para o manejo adequado dos fatores de risco da hipertensão arterial.

3.2 Objetivos específicos

Identificar e registrar a fundamentação teórica para a proposta de intervenção sobre hipertensão arterial sistêmica e para ações de educação para a saúde da comunidade e educação permanente em saúde dos profissionais de saúde.

Propor processo de educação em saúde para a comunidade, para um maior conhecimento da população sobre os fatores de risco da hipertensão arterial.

Propor processo de identificação e possibilidades de intervenção sobre fatores de risco determinantes da alta prevalência da hipertensão arterial na área de abrangência, especialmente hábitos e estilos de vida.

Propor processo de educação para superar o uso incorreto de medicação.

Propor um processo de melhoria infraestrutural no serviço de saúde para pessoas acometidas ou em risco de hipertensão arterial.

Propor processo de educação permanente em saúde, para os profissionais, para atualização de conceitos e procedimentos de cada profissional, sobre organização do processo de trabalho, visando o controle e redução da hipertensão arterial.

Observar se será possível cumprir todos os objetivos

4 METODOLOGIA

Para elaboração deste Projeto de Intervenção utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010) da área de abrangência da equipe São José de Icarai de Minas, foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário.

Para a elaboração do texto desse trabalho, foram utilizadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e orientações do módulo Metodologia Científica: textos científicos (CORRÊA, VASCONCELOS e SOUZA, 2013).

Para a obtenção de evidências científicas sobre o tema foi realizada a pesquisa bibliográfica através da biblioteca virtual, livros reconhecidos nas políticas públicas de saúde, à atenção básica e à Estratégia de Saúde da Família. Também foram realizadas pesquisas na biblioteca virtual do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Além do acesso à biblioteca da Literatura Científica de América Latina (LILACS)

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Como referências teóricas para esse trabalho os seguintes conceitos são aplicados aos processos de planejamento de ações para um projeto de intervenção sobre o problema “Alta Prevalência de Hipertensão Arterial”, na área da abrangência da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Icaraí de Minas - Minas Gerais:

5.1 Atenção primária à saúde

5.2 Estratégia Saúde da Família

5.3 Hipertensão arterial sistêmica

5.4 Fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica

5.5 As bases para a atenção à saúde do paciente em risco ou portador de hipertensão arterial

5.6 Educação em saúde: a importância da comunidade

5.7 Educação permanente em saúde e o trabalho profissional

5.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária de Saúde é a porta de entrada aos serviços de saúde, porém é responsabilidade de seus profissionais que isso ocorra, já que o propósito fundamental da Atenção Primária é a promoção de um ótimo estado de saúde da população e do indivíduo. Mediante ela podemos conhecer a realidade dos indivíduos das áreas de abrangência de cada uma das equipes de saúde, e os riscos a que são expostos. É uma forma prioritária de atuar sobre eles, buscando mudar os costumes da população, quando preciso, mediante um trabalho contínuo e bem estruturado, em equipe, um reto importante na saúde pública (BRASIL, 2015).

É a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade. (Declaração de Alma-Ata-Organização Pan-Americana da Saúde, 2003) (BRASIL, 2015).

Para a Organização Pan-americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde,

[...] as redes de serviços integrais e integrados são uma das principais expressões operativas do enfoque da Atenção Primária à Saúde no que se refere à prestação de serviços da saúde, contribuindo a efetivarem-se seus atributos, entre eles a cobertura e o acesso universal; o primeiro contato; a atenção integral, integrada e contínua; o cuidado apropriado; a organização e a gerência ótimas; a ação intersetorial. (BRASIL, 2014)

5.2 Estratégia Saúde da Família

A família é um grupo de pessoas que possui condições de vida similares, pelo que é necessário indagar sobre o modo e o estilo de vida, ou seja, as relações com o espaço social, o contexto familiar, com conflitos e interações que influem na saúde das pessoas. A Estratégia Saúde da Família (ESF) se entende como uma reorientação do modelo assistencial, que opera mediante equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde, trabalhando com a família no meio em que esta se desenvolve (BRASIL, 1997).

Requeiram-se de uma equipe de saúde características especiais, com conhecimento a respeito da dinâmica familiar, as condições sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. O compromisso com as famílias pelas quais a equipe é responsável, deve se processar com respeito e ética, para que sejam capazes de ganhar sua confiança e lograr ambientes mais saudáveis no espaço familiar (GUSMÃO, 2007).

O conhecimento da família oferece a possibilidade de chegar-se a diagnósticos e condutas, com indispensável atuação da família sobre a decisão para uma intervenção adequada, pois pode até diferir na realização dos tratamentos (STARFIELD, 2002).

5.3 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, e ao aumento do risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Considera-se um problema grave de saúde pública no mundo, e um dos mais importantes fatores de risco (FR) para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável de mortes por acidente vascular cerebral,

doença arterial coronariana, e de casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006). É diagnosticada quando a pressão arterial sistólica for maior ou igual a 140mmHg e ou a diastólica for igual ou maior de 90 mmHg (PORTO, 2001).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, embora seus FR sejam considerados modificáveis, continua sendo um dos mais importantes problemas de saúde da população mundial. Tem um alto custo social, pois é responsável por percentuais elevados de casos de aposentadoria e de absenteísmo no trabalho (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), o que representa um grande objetivo para os profissionais da saúde a implementação de estratégias para a prevenção da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.4 Fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica

Os fatores de risco determinam a ocorrência de enfermidades, os programas de prevenção e devem estar dirigidos a modificar os fatores de risco, e assim, evitar a aparição, desenvolvimento, e prolongação de doenças, transmissíveis ou não, e lograr também diagnósticos precoces. Consideram-se fatores de risco:

Idade:

O risco de padecer de HAS aumenta com a idade constituindo o maior risco por cima de os 65 anos(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Gênero e etnia

Observa-se uma prevalência em homens ate os 50 anos, a partir de essa idade a prevalência aumenta nas mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), em quanto à cor a prevalência é maior em pessoas da raça negra, e ainda maior nas mulheres (BRASIL, 2006).

Sobrepeso e obesidade

Em estudos se há demonstrado que o sobrepeso e a obesidade estão diretamente relacionados com a HAS já seja em jovens como nos adultos, a obesidade central também é um risco elevado de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ingestão de sal

É comprovada que a ingestão excessiva de sódio tem relação com a elevação da pressão arterial (PA). Estudos demonstram maior incidência de hipertensão tanto em indivíduos normotensos, como em indivíduos hipertensos que consomem excesso de sal (BRASIL, 2014)

Tabagismo

Os efeitos do tabagismo são muito prejudiciais à saúde e também é comprovado seu efeito prejudicial sobre a HAS, atribui-se um efeito adverso das drogas anti-hipertensivas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Consumo de álcool

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Sedentarismo

A prática de exercícios reduz a ocorrência de a maioria das doenças, o que acontece também com a incidência e prevalência da HAS, assim como a mortalidade por essa causa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Fatores socioeconômicos

No Brasil a HAS tem maior prevalência em populações com menor escolaridade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Genética

Não há variantes genéticas que possam predizer o risco para padecer HAS, a pesar de estar bem definido a contribuição dos fatores genéticos na incidência da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.5 Bases para a atenção à saúde do paciente em risco ou portador de hipertensão arterial

As bases para ações estratégicas na atenção básica devem ser dadas tanto pela busca ativa e o cadastramento de portadores, bem como ao diagnóstico de casos, tratamento e ações educativas (BRASIL, 2006). Estas ações permitem organizar a Atenção Primária levando uma maior assistência aos portadores de hipertensão arterial nas unidades de saúde. O atendimento deve ser de modo sistemático, organizado e prevalecer sobre a assistência espontânea. A equipe multiprofissional é de fundamental importância na pesquisa de fatores de risco, no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações, o que depende do treinamento da equipe, da promoção à saúde, procurando mudanças nos estilos de vida inadequados, nas ações assistenciais ao indivíduo e em grupos, no encaminhamento a outros profissionais, quando for necessário, e ao gerenciamento do programa (BRASIL, 2006).

5.6 Educação em saúde: a importância da comunidade

Medidas eficazes de educação em saúde devem incluir a pessoa, a família, a comunidade e toda a sociedade, favorecendo, assim, qualidade de vida. Isto implica um trabalho compartilhado que facilita, para o pessoal de saúde e a comunidade, a identificação e a análise dos problemas e o encontro de soluções em conformidade com o contexto social e cultural. Para uma saúde comunitária a educação é uma das tarefas mais importantes. Os habitantes da comunidade precisam saber como cuidar melhor de sua própria saúde e aprender o que se pode fazer para alcançar um estilo de vida mais saudável. A educação em saúde é fundamental para que as pessoas logrem mudanças, para fins de prevenção dos fatores de risco da HAS (SANTOS e SILVA, 2003). O trabalho educativo em grupos é uma valiosa alternativa para a ampliação de conhecimentos das pessoas, e assim, a superação de suas dificuldades, com maior autonomia e melhor qualidade de vida (SILVA, 2003).

5.7 Educação permanente em saúde e o trabalho do profissional de saúde

É evidente que a Atenção Primária à Saúde (APS) é o melhor modelo de organização dos sistemas e serviços de saúde. A complexidade do trabalho das equipes de Saúde da Família é difícil e exige equipes multidisciplinares bem preparadas, que utilizem metodologias e ferramentas eficientes para organizar o trabalho (DUNCAN, 2013).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi criada para promover e incentivar a capacidade de aprendizagem e o enfrentamento das demandas de saúde. É um processo de formação dos profissionais da saúde, resultando em processo de educação articulada ao processo de trabalho em serviços de saúde. Sugere-se que uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é necessária para mudar as práticas das equipes em relação aos problemas de saúde (CAMPBELL *et al.*, 2003).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição do problema

No diagnóstico situacional realizado com a participação da equipe de Saúde da Família São José, identificou-se através de uma estimativa rápida, vários problemas:

- *Alta prevalência de hipertensão arterial.
- *Alto índice de tabagismo.
- *Alto índice de alcoolismo.
- *Alta prevalência de parasitoses.
- *Dificuldade no recolhimento do lixo nas zonas rurais.
- *Desemprego.

6.2 Priorização do problema

Após da identificação dos problemas a equipe fez-se uma priorização, considerando a importância (alta, média e baixa), a urgência (de zero a 10) e a capacidade para enfrentamento (total, parcial, fora), como se expõe no Quadro 4.

Quadro 4- Priorização de problemas relacionados à atuação da Equipe de Saúde da Família São José, em Icarai de Minas, Minas Gerais, 2014

| Principais problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|---|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Alta prevalência de hipertensão arterial | Alto | 9 | Parcial | 1 |
| Alto índice de alcoolismo | Alto | 8 | Parcial | 2 |
| Alto índice de tabagismo | Alto | 8 | Parcial | 3 |
| Alta prevalência de parasitoses. | Alto | 7 | Parcial | 4 |
| Dificuldade na recolhida do lixo nas zonas rurais | Alto | 6 | Fora | 5 |
| Desemprego. | Alto | 3 | Fora | 6 |

Fonte: Dados do ESFSão José (2014)

6.3 Explicação do problema. (sugestão: resumir o texto)

A Equipe de Saúde da Família São José atende uma população de 2.006 habitantes. Desses, 1.340 (68.2%) é maior de 18 anos, com 287 (21,4%) pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial. Presume-se que deve haver sub-registro, tendo em conta que esta doença muitas vezes cursa de forma silenciosa e, portanto, pode haver um número elevado de hipertensos não diagnosticados. Dados populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%, considerando-se valores de PA maiores ou iguais a 140/90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O total da população maior de 15 anos é de 1688 pessoas, sendo fumadores 243 pessoas (14.3%), 63 pacientes são obesos (3.2%), 105 são alcoólicos (5,1%). Ainda não temos registros de sobrepesos e sedentários (dado importante para cálculo de riscos). Padecem de *diabetes mellitus* 32 pacientes (1,6%) – consideramos que existe também um sub-registro de esta doença. Um grande número da população padece de dislipidemia, a equipe não tem ainda registro exato deste dado, só percebido em exames indicados em consultas médicas.

Outros aspectos que precisam ser considerados são a idade, a raça, os fatores hereditários e o perfil da população com relação aos hábitos alimentares e estilos de vida não saudáveis, levando a uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares, fatores que estão presentes em todas as comunidades que são atendidas por a Equipe de Saúde da Família São José.

6.4 Seleção dos “nós críticos”

Depois da análise em que a equipe identificou o problema principal foi necessário achar as causas que originam o problema, já que atuando sobre essas causas o problema priorizado pode ser resolvido ou minimizado. São os “nós críticos”, selecionados no presente caso como:

1. O nível de informação
2. Hábitos e estilos de vida
3. Uso incorreto dos medicamentos

4. Estrutura dos serviços de saúde
5. Processo de trabalho da equipe de saúde da família.

6.5 Desenho das operações para os “nós críticos” do problema selecionado.

Como o objetivo do plano de ação é resolver os problemas, foi necessário planejar soluções para enfrentar o problema, sendo que a partir dos nós críticos é possível realizar operações, projetos para lograr resultados, produtos esperados e os recursos para sua realização, mostrados nos Quadros 5 a 9.

Os recursos críticos são importantes para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento os “nós” críticos do problema selecionado, e para realizar uma operação, devem estar disponíveis para que a equipe possa viabilizá-los.

Para a análise da viabilidade a equipe identificou os atores que podem enfrentar o controle dos recursos críticos para programar cada operação, precisando motivação para realizar ações estratégicas.

Na designação das responsabilidades e prazos a equipe designou essas funções em reunião com as pessoas envolvidas e assim indicamos como a equipe pretende concretizar seus objetivos e alcançar os melhores resultados que esperamos.

Quadro 5- Desenho de operações para os nó crítico 1 do problema “alta prevalência de hipertensão arterial” na área da abrangência da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Icarai de Minas - Minas Gerais.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Problema priorizado | Alta prevalência de hipertensão arterial |
| Nó crítico 1 | Baixo nível de informação da comunidade |
| Projeto Operações | Saber + Aumentar o nível de informação sobre os riscos que levam à hipertensão arterial, mediante a capacitação dos ACS sobre risco cardiovascular. Palestras educativas nas escolas, a grupos de risco e aos pacientes com HAS. Campanhas educativas na radio local. |
| Resultados esperados | Maior conhecimento da população sobre os fatores de risco da hipertensão arterial. |
| Produtos esperados | Maior número de pessoas participando e acompanhando a atenção ao paciente hipertenso, com capacidade de identificar seu próprio risco. |
| Recursos necessários | Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e boa capacidade de comunicação. Organizacionais: Envolvimento da equipe, a radio local, os lideres da comunidade, as famílias. Políticos: parceria com outros setores, mobilização social, disponibilização de materiais. |
| Recursos críticos | Organizacionais: Preparação da equipe sobre o conhecimento dos riscos cardiovasculares, o uso correto de medicamentos, a pratica de exercício físico e assim levar uma informação adequada á população. Políticos: parceria com outros setores, mobilização social, disponibilização de materiais. |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla: Equipe de Saúde, Secretaria de Saúde Motivação: Favorável |
| Ações estratégicas | Apresentação de projetos de apoio às associações. |
| Responsável | Enfermeiro do ESF |
| Prazo | Início em 2 meses. Finalização indeterminada |
| Viabilidade | Favorável, dependendo do conhecimento dos integrantes da equipe, dos recursos necessários e as possibilidades de cumprir com o planejamento das atividades. |
| Acompanhamento e avaliação | Avaliação continua dos pacientes que sofrem de HAS e das pessoas que tem fatores de risco para desenvolver a doença. Avaliar cada seis meses os registros da UBS para coletar dados estadísticos. Avaliar os conhecimentos de a doença nos pacientes, a população em risco, e da comunidade para medir impacto. |

Quadro 6 - Desenho de operações para os nó crítico 2 do problema “alta prevalência de hipertensão arterial” na área da abrangência da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Icarai de Minas - Minas Gerais.

| | |
|---------------------------------------|--|
| Problema priorizado | Alta prevalência de hipertensão arterial |
| Nó crítico 2 | Melhora de hábitos e estilos de vida |
| Projeto Operações | + Saúde Capacitação da equipe de saúde sobre estilos de vida mais saudáveis Modificar hábitos e estilos de vida da população sobre melhorar a qualidade de vida. |
| Resultados esperados | Equipe capacitada pode ajudar a população a entender os riscos da doença. População mais informada aumenta a qualidade de vida. Diminuindo os obesos, sobrepesos, tabagistas. |
| Produtos esperados | Aumento da informação mediante meios de difusão massiva do município, e adesão da população. |
| Recursos necessários | Organizacionais: Para organizar caminhadas, palestras Políticos: Providenciar espaço físico. Financeiros: Materiais didáticos e áudio visual |
| Recursos críticos | Organizacionais: Para organizar caminhadas. Políticos: Providenciar espaço físico. Financeiros: Materiais didáticos e audiovisuais. |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla: Equipe de Saúde Motivação: Favorável |
| Ações estratégicas | Articulação entre os setores da saúde, e adesão com outros setores sociais para lograr melhores resultados na mudança para estilos de vida mais saudáveis. |
| Responsável | Médica do ESF |
| Prazo | Início em 1 mês. Finalização em 2 meses. |
| Viabilidade | Favorável, dependendo do conhecimento dos integrantes da equipe, dos recursos necessários e as possibilidades de cumprir com o planejamento das atividades. |
| Acompanhamento e avaliação | Avaliação continua dos portadores de HAS e dos FR. Cada 6 meses avaliar dados estadísticos. Medir impacto no conhecimento da população sobre a doença |

Quadro 7 - Desenho de operações para os nó crítico 3 do problema “alta prevalência de hipertensão arterial” na área da abrangência da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Icarai de Minas - Minas Gerais.

| | |
|---------------------------------------|--|
| Problema priorizado | Alta prevalência de hipertensão arterial |
| Nó crítico 3 | Uso incorreto dos medicamentos |
| Projeto / Operação | Viver com prazer/ Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações. |
| Resultados esperados | Conscientizar o paciente mostrando que disciplina precisa fazer parte de sua vida. |
| Produtos esperados | -Pacientes e familiares conscientizados sobre a importância da medicação. - Pacientes com pressão arterial compensada. |
| Recursos necessários | Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos. |
| Recursos críticos | Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos. |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla: Secretaria de Saúde. Motivação: Favorável |
| Ações estratégicas | Apresentação e projeto da estrutura da rede. |
| Responsável | Médica do ESF |
| Prazo | Início em 2 meses |
| Viabilidade | Favorável, dependendo do conhecimento dos integrantes da equipe, dos recursos necessários e as possibilidades de cumprir com o planejamento das atividades. |
| Acompanhamento e avaliação | Avaliação contínua dos pacientes que sofrem de HAS e das pessoas que tem fatores de risco para desenvolver a doença. Avaliar a cada seis meses os registros da UBS para coletar dados estatísticos. Avaliar os conhecimentos sobre a doença pelos pacientes, pela população em risco, e pela comunidade, para medir impacto. |

Quadro 8 - Desenho de operações para os nó crítico 4 do problema “alta prevalência de hipertensão arterial” na área da abrangência da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Icarai de Minas - Minas Gerais.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Problema prioritário | Alta prevalência de hipertensão arterial |
| Nó crítico 4 | Melhora da estrutura dos serviços da saúde |
| Projeto / Operação | Cuidar melhor Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para as pessoas com risco de padecer Hipertensão Arterial e aqueles que já têm a doença. |
| Resultados esperados | Maior número de pessoas atendidas com resultados melhores. |
| Produtos esperados | Políticos: Decisão para melhorar os recursos e implantar as estruturas. Financeiros: Cobertura para realizar o 100 % dos exames Cognitivo: Uso adequado dos recursos por parte da equipe. |
| Recursos necessários | Políticos: Decisão para melhorar os recursos e implantar as estruturas. |
| Recursos críticos | Políticos: Decisão para melhorar os recursos e implantar as estruturas. Financeiros: Cobertura para realizar o 100 % dos exames. |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla: Prefeito do Município. Secretário Municipal de Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Motivação: Indiferente. |
| Ações estratégicas | Apresentação de projetos da estruturação de rede |
| Responsável | Secretaria de saúde Municipal |
| Prazo | Apresentação do projeto em 2 meses |
| Viabilidade | Sujeito a mudança, depende da estimulação dos atores. |
| Acompanhamento e avaliação | Motivação continua dos atores para lograr os objetivos planejados mediante ações estratégicas. |

Quadro 9 - Desenho de operações para os nó crítico 4 do problema “alta prevalência de hipertensão arterial” na área da abrangência da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Icarai de Minas - Minas Gerais.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Problema prioritário | Alta prevalência de hipertensão arterial |
| Nó crítico 5 | Organização do processo de trabalho da equipe da saúde da família. |
| Projeto Operação | Linha de cuidados Realizar uma reorganização no processo de trabalho para lograr sucesso no cuidado da saúde das pessoas. Melhorar os mecanismos de referências e contra-referência |
| Resultados esperados | Lograr uma cobertura total da população com risco de Hipertensão Arterial. |
| Produtos esperados | Linha de cuidado implantada para a população com risco de Hipertensão Arterial. Protocolos implantados Recursos humanos capacitados. Gestão de linha de cuidado |
| Recursos necessários | Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referências) |
| Recursos críticos | Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referências) |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla: Secretaria de Saúde do Município Motivação: Indiferente |
| Ações estratégicas | Apresentação de projetos da estruturação de rede |
| Responsável | Coordenadora de ABS |
| Prazo | Apresentação do projeto em 2 meses |
| Viabilidade | Sujeito a mudança, depende da estimulação dos atores. |
| Acompanhamento e avaliação | Motivação continua dos atores para lograr os objetivos planejados mediante ações estratégicas. |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia da Saúde da Família está orientada ao trabalho no modelo assistencial centrado na pessoa. Mediante o planejamento das atividades, a equipe pode lograr um conhecimento do total da população de sua área de abrangência, e conhecer as particularidades de cada pessoa, das famílias e da comunidade, conscientizar o paciente e a comunidade para fazer mudanças no estilo de vida. Trata-se então de uma atenção integral. Para isso, a equipe também precisa da articulação entre os setores da saúde, além de adesão com outros setores sociais, com todo, nosso trabalho pretende atuar sobre a redução da morbimortalidade causada por a HAS, atuando sobre os fatores de risco que levam a esta e a muitas outras doenças, procurando além, que o indivíduo que já é portador de HAS, conheça sobre a doença e como evitar suas complicações.

REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde. Biblioteca virtual em saúde. **Atenção primária em saúde**. Brasília [online], 2015. Disponível em: <<http://www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/php/level.php?component=21>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2015a. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: 24 mar. 2015

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Minas Gerais>>Icaraí de Minas. Brasília [online], 2015b. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313005&search=minas-gerais|icarai-de-minas|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 21 mar. 2015b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica 15. Brasília, [online], 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf>. Acesso em: 23 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 35.p.21 Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 23 mar 2015

CAMPBELL, N. R. C. et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension **Education Program**. **J. Hypertension**, USA, v. 21, n. 8, 2003. Disponível em: <<https://www.hypertension.ca/en/chep/publications-and-archive>>. Acesso em: 23 mar 2015

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 23 mar. 2015.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia**: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bibicbs/livros-novos/duncan-medicina-ambulatorial>>. Acesso em: 23 mar 2015.

GUSMÃO O.R.; MARCON S.S. Trabalhando com famílias no programa de saúde da família: a prática da enfermeira em Maringá - Paraná. **Rev.Esc.Enferm.** USP 2007; 41(1):66-67. Disponível: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/304.pdf>> Acesso em: 23 mar 2015.

ICARAÍ DE MINAS. Prefeitura Municipal. Informações locais, 2014.

PORTO, C.C. Semiologia PORTO, C.C. Semiologia médica, 4 ed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 2001 médica, 4 ed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 2001

SANTOS Z.M.S.A.; Silva R.M. Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano. Fortaleza (CE): Brasil Tropical; 2003.

Disponível: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100010&script](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100010&script=)>. Acesso: 23 mar 2015.

SILVA D.G.V. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. Texto Contexto Enferm. 2003 Jan-Mar; 12 (1): 97-103.[Links].Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100010&script](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100010&script=)>. Acesso: 23 mar 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. vol.95 no. 1 supl.1 São Paulo 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001>. Acesso em: 21 mar. 2015.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2013/blog/2013/01/04/barbara-starfield/>> Acesso 23 mar 2015