

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

SIMONE DE MORAIS

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
SISTEMATIZAR AS ATIVIDADES COLETIVAS VOLTADAS À
PROMOÇÃO DE SAÚDE DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA, EQUIPE VERDE, CENTRO DE SAÚDE
CAFEZAL, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Belo Horizonte/Minas Gerais

2014

SIMONE DE MORAIS

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
SISTEMATIZAR AS ATIVIDADES COLETIVAS VOLTADAS À
PROMOÇÃO DE SAÚDE DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA, EQUIPE VERDE, CENTRO DE SAÚDE
CAFEZAL, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

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

Tutor: Prof. (a) Salime Cristina Hadad

Belo Horizonte/Minas Gerais

2014

SIMONE DE MORAIS

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
SISTEMATIZAR AS ATIVIDADES COLETIVAS VOLTADAS À
PROMOÇÃO DE SAÚDE DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA, EQUIPE VERDE, CENTRO DE SAÚDE
CAFEZAL, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

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

Tutor: Prof. (a) Salime Cristina Hadad

Banca Examinadora

Profa. Salime Cristina Hadad - Orientador

Profa. Andrea Clemente Palmir - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 14/06/14

RESUMO

O atual contexto epidemiológico e sanitário encontrado no Brasil é caracterizado pela presença de doenças infecciosas, que aparecem juntamente ao aumento das condições crônicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas, as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares e isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus*. A hipertensão arterial é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez. O Diagnóstico Situacional realizado na área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal apontou a Hipertensão Arterial como um dos problemas mais prevalentes na comunidade. O presente trabalho teve por objetivo elaborar um Plano de intervenção voltado para o acompanhamento sistemático dos hipertensos da área de abrangência da equipe Verde do Centro de Saúde Cafezal. O plano propõe a realização de atividades coletivas com os pacientes hipertensos e envolvimento familiar para melhorar o acompanhamento e controle dos usuários hipertensos. A associação de atividades individuais e coletivas com participação de profissionais de diferentes formações na área da saúde visa atender de maneira holística as principais necessidades dos pacientes hipertensos.

Palavras chave: Hipertensão. Continuidade da Assistência ao Paciente. Doença Crônica.

ABSTRACT

The current epidemiological and health Brazilian context is characterized by the presence of infectious diseases, which appear along the increase of chronic conditions. The World Health Organization (WHO) defines as chronic diseases, cardiovascular diseases (cerebrovascular and ischemic), cancer, chronic respiratory diseases and diabetes mellitus. Hypertension is the most prevalent of all cardiovascular diseases affecting over 36 million adults in Brazil, being the risk factor for cardiac and cerebrovascular lesions and the third leading cause of disability. The Situational Diagnostic carried out at the coverage area of the Health Center Cafezal showed that Hypertension is one of the most prevalent problems in the community. This study aimed to develop a Plan of intervention facing the systematic monitoring of hypertensive patients in the coverage area of the green team from the Health Center Cafezal. The plan proposes to carry out collective activities with hypertensive patients and family involvement to improve the monitoring and control of hypertensive patients. The association of individual and collective activities with participation of professionals from different backgrounds in health holistically aims to meet the main needs of hypertensives patients.

Keywords: Hypertension . Continuity of Patient Care. Chronic Diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01. Mapa de Belo Horizonte com áreas administrativas e distritos sanitários.....	09
Figura 02: Distribuição populacional do Centro de Saúde Cafezal e classificação de risco, ano de 2013	17
Gráfico 01: Distribuição da população por situação no mercado de trabalho	12
Gráfico 02: Tipos de tratamento de água na área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal.	12
Gráfico 03: Destino das fezes na área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal.	13
Gráfico 04: Destino do lixo na área de abrangência do Centro de Saúde Vila Cafezal	13
Gráfico 05: Escolaridade da população na área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal	14
Gráfico 06: Distribuição de Nascidos Vivos com critério de risco	14
Gráfico 07: Distribuição de óbito segundo causas determinates, ano de 2010.....	15
Gráfico 08: Doenças do aparelho circulatório, ano de 2008.....	15
Gráfico 09: Distribuição da população por Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Cafezal	16
Tabela 01 – Distribuição da população residente na área da Equipe de Saúde da Família...ou Equipe Verde, segundo faixa etária e sexo, 2013	03
1Erro! Indicador não definido.	
Tabela 02 – Distribuição da população residente na área da Equipe de Saúde da Família...ou Equipe Verde, segundo dados da avaliação situacional e sexo, ano de 2013.....	03
Indicador não definido.	
Quadro 01 - Área de Abrangência da Equipe Verde – Priorização dos problemas.....	20
Quadro 02 - Classificação de Hipertensão Arterial Sistêmica (acima de 18 anos)	25
Quadro 03 – Desenho das operações para os nós críticos do problema.	30
Quadro 04 – Proposta de ações para a motivação dos atores	32
Quadro 05 - Plano Operativo	34
Quadro 06– Planilha para acompanhamento de projetos.....	36
Quadro 07– Planilha para acompanhamento de projetos.....	36
Quadro 08-Planilha de acompanhamento de projetos	36
Quadro 09-Planilha de acompanhamento de projetos	37

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
1.1. Aspectos gerais do município de Belo Horizonte.....	08
1.1.1. A Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte.....	10
1.2. Diagnóstico Situacional da área de abrangência do C.S Cafezal.....	11
1.2.1. Diagnóstico Situacional da área da equipe verde.....	18
2. JUSTIFICATIVA.....	21
3. OBJETIVO.....	22
3.1 - Objetivo Geral	22
3.2 - Objetivos Específicos	22
4. METODOLOGIA.....	23
5. REFERENCIAL TEORICO.....	24
5.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - Aspectos Gerais.....	24
5.2. Hipertensão Arterial: Conceito, Classificação, Diagnóstico, Tratamento e Situação Epidemiológica.....	24
5.3 A atuação dos profissionais da atenção básica no acompanhamento dos hipertensos.....	26
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	39

1. INTRODUÇÃO

O atual contexto epidemiológico e sanitário encontrado no Brasil é caracterizado pela presença de doenças infecciosas que aparecem juntamente ao aumento das condições crônicas (BELO HORIZONTE, 2009). Fato esse que vem impondo aos gestores e trabalhadores da área um desafio permanente, que deve ser pautado de um bom planejamento para que se consiga gradativamente alcançar níveis satisfatórios de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas, as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares e isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus*. No ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram em decorrência das doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

A hipertensão arterial é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez. A hipertensão provavelmente está envolvida em 50% das mortes causadas por doenças cardiovasculares. O controle da pressão arterial é essencial para a prevenção de lesão a órgãos induzida pela hipertensão, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja subdiagnosticada e conseqüentemente, subtratada, apesar de sua alta prevalência (CIPULLO *et al.*, 2009).

Diante dessa situação vem a necessidade da elaboração de estratégias eficazes de prevenção, promoção, acompanhamento e tratamento das pessoas portadoras de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido desde a sua implementação, umas das principais ferramentas voltadas para a transformação desse contexto, pautado em medicina assistencialista com foco somente nas condições agudas, em um modelo pautado em promoção e prevenção de agravos à saúde, proporcionando assim uma assistência holística a população adscrita.

1.1. Aspectos gerais do município de Belo Horizonte

O município de Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais, foi inaugurado em 12 de dezembro de 1987 e possui cerca de 2,4 milhões de habitantes (CENSO, 2010). Possui localização estratégica e privilegiada em relação às principais capitais do país, com facilidade de acesso aéreo e rodoviário sendo caracterizada como cidade funcional. Devido a

isso atualmente é importante polo nacional tecnológico, também recebe turismo de eventos e negócios (BELO HORIZONTE, 2008).

A capital do estado de Minas Gerais é responsável por 34,44% do PIB estadual, sendo o setor de serviços com o maior rendimento com 42,80% seguido do setor industrial 33,83%, dessa forma a capital desenvolve a maior parte das atividades produtivas do estado (BELO HORIZONTE, 2008).O município é subdividido em nove áreas administrativas regionais e distritos sanitários. São elas: Venda Nova, Norte, Nordeste, Pampulha, Leste, Noroeste, Oeste, Barreiro e Centro Sul (BELO HORIZONTE, 2008).



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2008).

Figura 01. Mapa de Belo Horizonte com as áreas administrativas e distritos sanitários.

Conforme Machado (2003, *apud* BELO HORIZONTE, 2008), nos últimos 20 anos Belo Horizonte acompanhou a tendência de outras capitais, havendo queda na fecundidade e aumento na expectativa de vida. O que leva a um envelhecimento da população principalmente em mulheres. A regional Centro Sul concentra a maior parte da população idosa, ao contrário das regionais do Barreiro e Norte que possuem maioria jovem.

Em 2004, Belo Horizonte registrou 28,1% dos óbitos devido a doenças do aparelho circulatório, as neoplasias foram responsáveis por 16,1% dos óbitos e as causas externas 14,2% dos óbitos. As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 26% das internações na população acima de 50 anos, em 2009 (BELO HORIZONTE, 2008).

1.1.1. A Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte

A rede de Atenção Básica do município de Belo Horizonte (BH) conta com 147 centros de saúde. São os serviços mais próximos a residência das pessoas e devem ser os primeiros a serem procurados quando apresentam algum problema de saúde. Nos centros de saúde estão as equipes do BH Vida: Saúde Integral, o Programa de Saúde da Família de BH. São 523 equipes de saúde da família sendo que cada uma possui um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e em média seis agentes comunitários de saúde. Os centros de saúde têm também profissionais de apoio ao BH Vida: Saúde integral. São clínicos, pediatras, ginecologistas, cirurgiões-dentistas. (BELO HORIZONTE, 2014).

A atenção básica de Belo Horizonte conta ainda vários programas e projetos que atendem a população da área dos centros de saúde, além de contar com diversos programas sociais. A rede de saúde possui também protocolos assistenciais que orientam o fluxo dos atendimentos. A produção dos profissionais é registrada em sistemas locais e os atendimentos realizados no prontuário eletrônico do paciente.

Em 2002, o município implantou o Sistema de Gestão Saúde em Rede, que a partir do prontuário eletrônico do paciente articula aspectos assistenciais, clínicos e administrativos dos usuários do SUS. Esse sistema oferece diversas vantagens ao atendimento como, agilização da marcação de consultas, facilitação no acesso a resultados de exames, dispensação mais ágil de medicamentos, disponibilização de informações como o acesso a resultados de exames e a diagnósticos de internação e consultas em outros níveis de complexidade, aperfeiçoamento de atividades gerenciais e oferece contribuições para o aperfeiçoamento do modelo assistencial centrado em equipes de saúde da família (BELO HORIZONTE, 2010).

Cada centro de saúde oferece os seguintes serviços: acolhimento à demanda espontânea, vacinação, consulta médica, marcação de consulta especializada, consulta de enfermagem, coleta de material biológico, curativos, farmácia, visita domiciliar, grupos operativos, orientações sobre como prevenir doenças, prevenção de doenças transmitidas por animais entre outras atividades (BELO HORIZONTE, 2014).

O atendimento é baseado em protocolos assistenciais do município que oferecem informações para o atendimento à Saúde do Adulto e dos Idosos onde é priorizado o controle da hipertensão, do diabetes, o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, o tratamento da tuberculose e o tratamento da hanseníase. O protocolo de atenção à saúde da criança

contempla o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o tratamento da asma e o acompanhamento de desnutridos. No protocolo de Saúde da Mulher a atenção é voltada para o planejamento familiar, ao pré-natal, a prevenção do câncer ginecológico e ao climatério.

Os Centros de saúde possuem equipe de saúde bucal prestando atendimento às pessoas que apresentam problemas e riscos menores. As situações de urgência odontológica devem ser encaminhadas, de segunda a sexta-feira, para os centros de saúde durante seu horário de funcionamento. À noite, finais de semana e feriados, esse atendimento será na UPA Norte, na UPA Oeste e no Hospital Municipal Odilon Behrens. Os problemas mais complexos são encaminhados aos Centros de Especialidades Odontológicas.

Os Centros de Saúde oferecem assistência à saúde mental com equipe formada por psiquiatra, psicólogo e assistente social. Essas equipes prestam atendimentos aos casos que podem ser tratados em ambulatório, já os casos agudos são encaminhados aos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) que funcionam todos os dias da semana, inclusive feriados, onde os usuários permanecem até que possam dar continuidade ao tratamento nos Centros de Saúde.

No CERSAM, o tratamento busca a estabilização do quadro clínico, a reconstrução da vida pessoal, o suporte necessário aos familiares, o convívio e a reinserção social. Oferece os atendimentos próprios a cada caso, com a presença constante de equipe multiprofissional, oficinas e atividades de cultura e lazer.

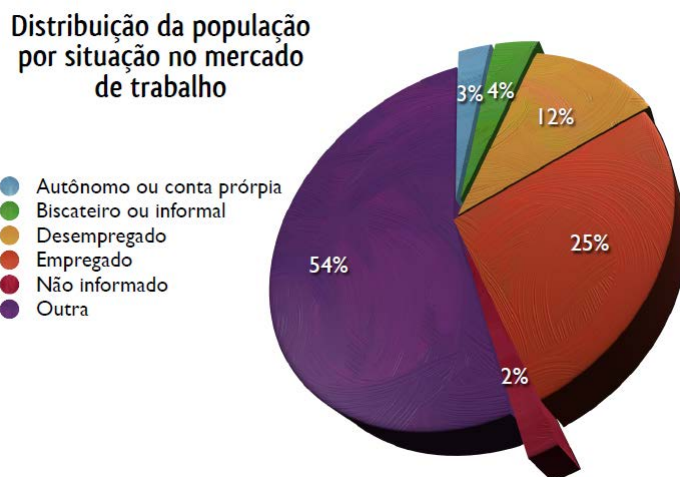
O município dispõe também de nove Centros de Convivência que são espaços destinados ao pacientes portadores de sofrimento mental com caso estável, onde são oferecidas oficinas de música, teatro, pintura, marcenaria, costura e várias outras, assim como passeios, idas ao cinema e festas. Os usuários são encaminhados para os Centros de Convivência pelas equipes de saúde mental dos Centros de Saúde, pelos CERSAM ou pelo profissional de saúde mental que o acompanha (BELO HORIZONTE, 2014).

1.2.Diagnóstico Situacional da área de abrangência do C.S Cafezal

A comunidade de Santana do Cafezal fica no segundo maior complexo de favelas de Belo Horizonte, o Aglomerado da Serra na região Centro Sul. Os moradores vivem principalmente, do trabalho como comerciantes, empregadas domésticas, trabalhadores da

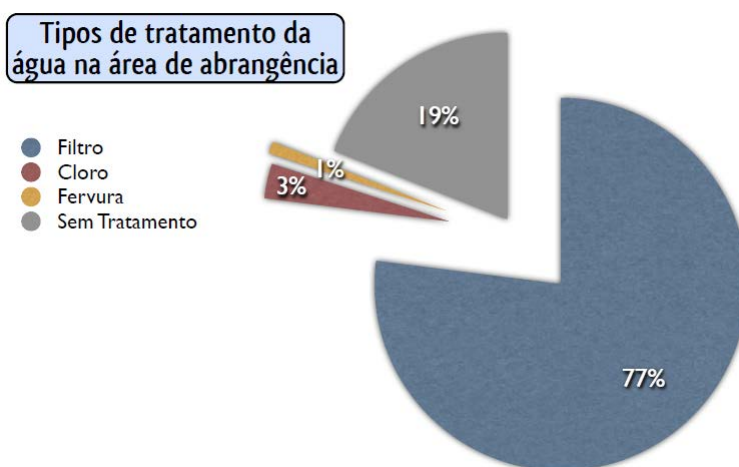
construção civil entre outras atividades, não existe nenhuma atividade predominante (Gráfico 01). A grande maioria da comunidade possui rede de esgoto, coleta de lixo e água tratada, segundo dados obtidos no Sistema de Informação Saúde em Rede (SISREDE) (BELO HORIZONTE, 2012) (Gráficos 2, 3 e 4).

Gráfico 01: Distribuição da população residente na área do C.S. Cafezal por situação no mercado de trabalho, Belo Horizonte, 2014.



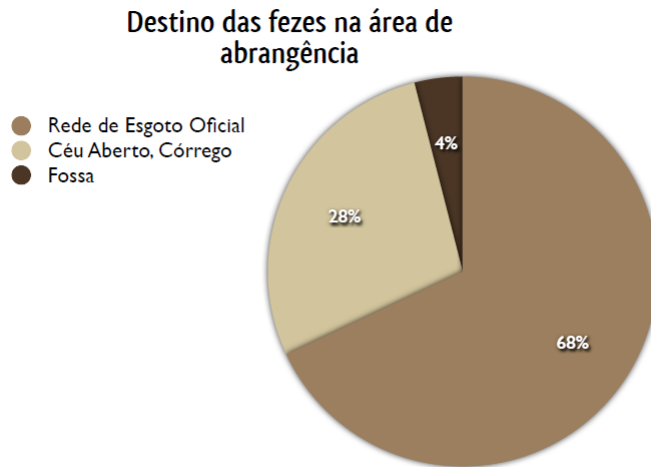
Fonte: SISREDE (BELO HORIZONTE, 2014)

Gráfico 02: Tipos de tratamento de água na área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal, Belo Horizonte, 2014.



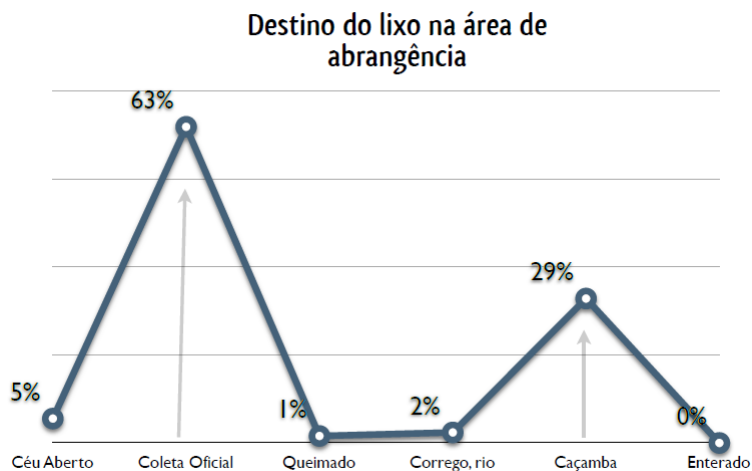
Fonte: SISREDE (BELO HORIZONTE, 2014)

Gráfico 03: Destino das fezes na área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal, Belo Horizonte, 2014.



Fonte: SISREDE (BELO HORIZONTE, 2014)

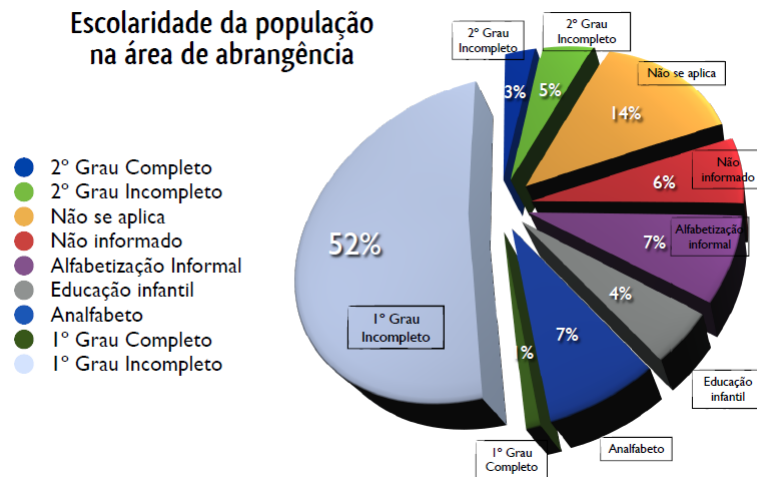
Gráfico 04: Destino do lixo na área de abrangência do Centro de Saúde Vila Cafezal, Belo Horizonte, 2014.



Fonte: SISREDE (BELO HORIZONTE, 2014)

A maioria da população da Vila Cafezal completou o 1º grau e 7% são analfabetos (Gráfico 05). Nas últimas administrações, tem havido investimentos públicos na comunidade (escola, centro de saúde, creche, asilo, etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e de Organizações Não Governamentais (ONGs) que desenvolvem atividades principalmente para os jovens.

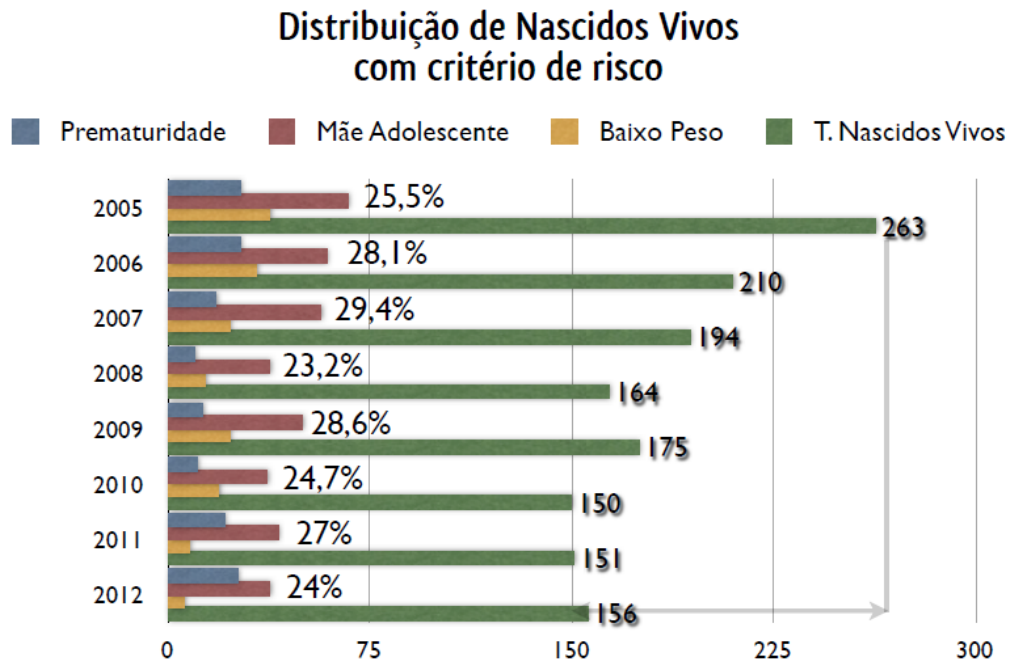
Gráfico 05: Escolaridade da população na área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal, Belo Horizonte, 2014.



Fonte: SISREDE (BELO HORIZONTE, 2014).

Observar-se que há grande taxa de gravidez na adolescência e considerável ocorrência de recém-nascidos prematuros (Gráfico 06).

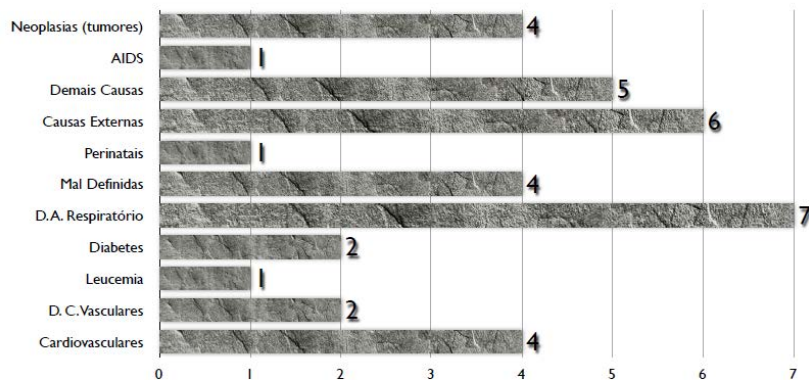
Gráfico 06: Distribuição de Nascidos Vivos de mães residentes na área de abrangência do C.S. Cafezal com critério de risco, Belo Horizonte, 2014.



Fonte: SISREDE (BELO HORIZONTE, 2014).

Gráfico 07: Distribuição de óbito de residentes na área de abrangência do C.S. Cafezal segundo causas determinantes, Belo Horizonte, ano de 2010.

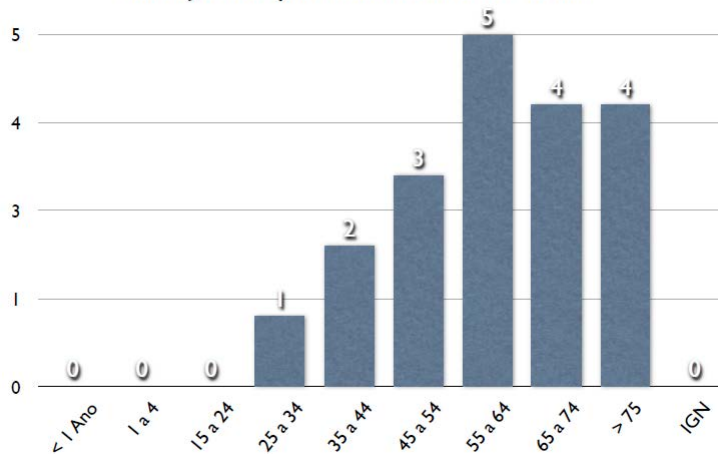
Distribuição de óbito segundo causas determinantes - 2010



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (SISREDE, BELO HORIZONTE, 2014).

Gráfico 08: Pessoas acometidas por doenças do aparelho circulatório, segundo a faixa etária no ano de 2008.

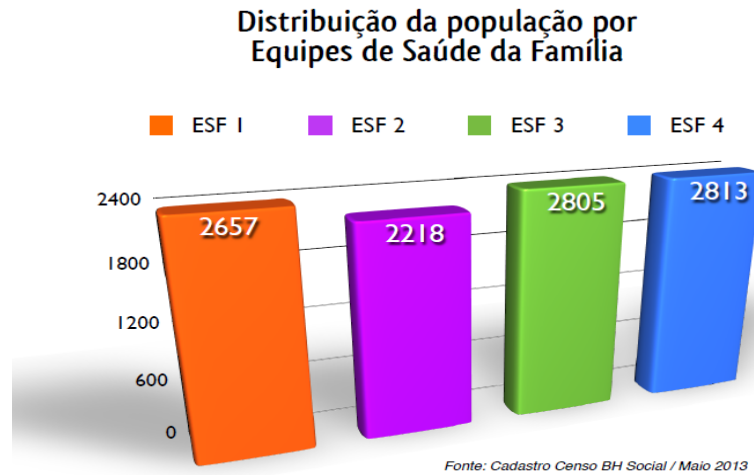
Doenças do aparelho circulatório - 2008



Fonte: SISREDE (BELO HORIZONTE, 2014).

No ano de 2010 as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis pela maioria dos óbitos ocorridos (Gráfico 07). Conforme dados de atendimentos realizados, as doenças do aparelho circulatório acometeram mais a população de 55 a 64 anos, no ano de 2008 (Gráfico 08).

Gráfico 09: Distribuição da população por Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Cafezal, Belo Horizonte, 2013.

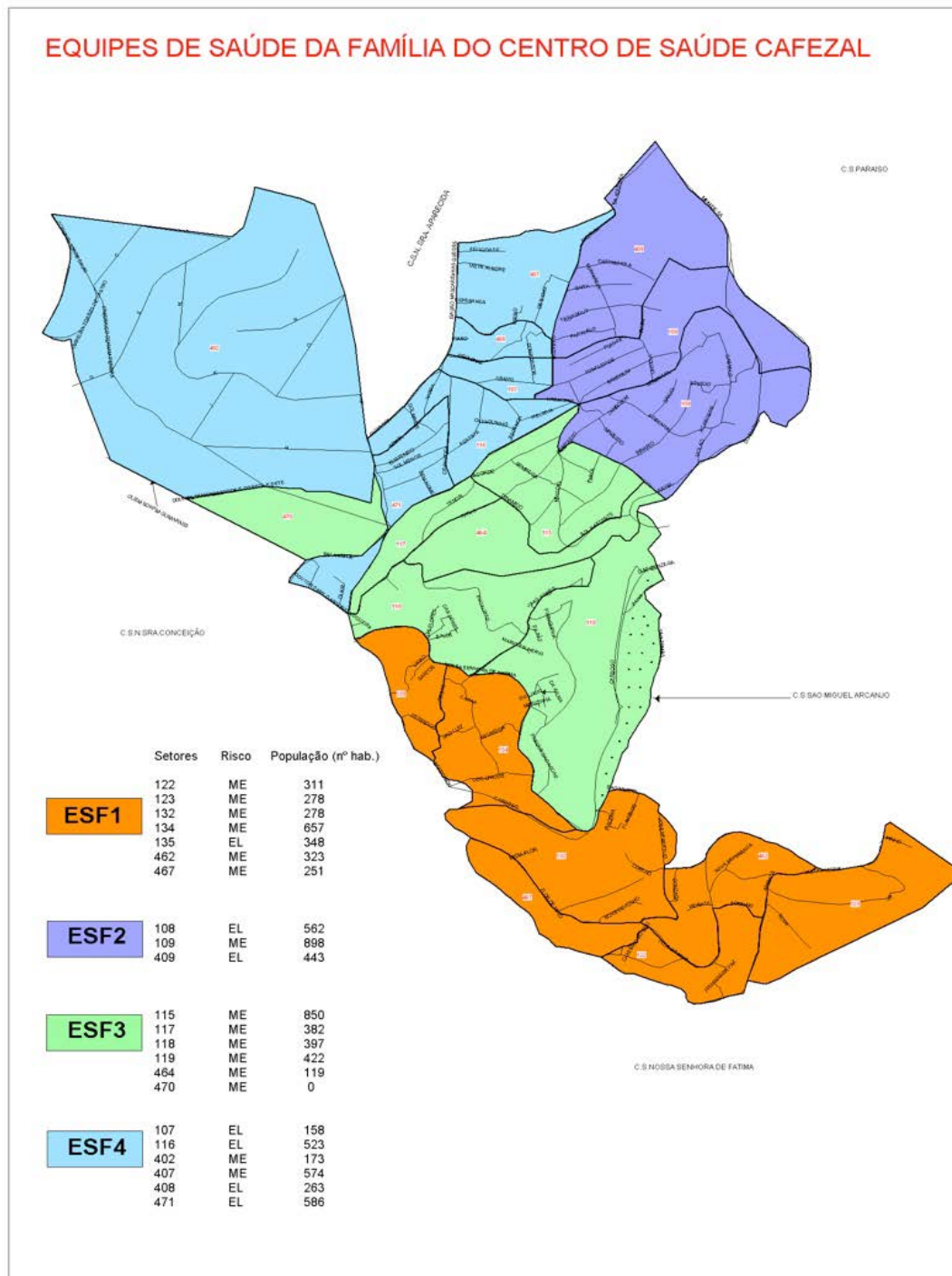


Fonte: SISREDE (BELO HORIZONTE, 2014).

O Centro de Saúde Cafezal conta com quatro Equipes de Saúde da Família (Gráfico 09) e duas Equipes de Saúde Bucal. A população do Centro de Saúde Cafezal é de 10 463 moradores. Sendo 67,2% de risco muito elevado e 32,8% de risco elevado (Figura 02).

O Índice de Vulnerabilidade à Saúde é um índice, conhecido como "Indicador de Risco", composto por indicadores relativos a moradia, renda, bem como indicadores da saúde como mortalidade infantil, relacionado diretamente à atenção materno-infantil. Alguns indicadores que compõem o índice são extraídos do Censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e calculados por setores censitários. O índice expressa a vulnerabilidade social de uma população, quanto maior seu valor, pior a situação social da população residente no setor censitário, ou seja, mais vulnerável para adoecer e morrer (BELO HORIZONTE, 2010). As áreas de abrangência dos Centros de Saúde e das Equipes de Saúde da Família seguem a lógica dos setores censitários do IBGE, sendo correspondentes setores agregados. Com isso, é possível calcular o índice de vulnerabilidade à saúde para a população residente na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família.

Figura 02: Distribuição populacional do Centro de Saúde Cafezal segundo Equipe de Saúde da Família e classificação de risco, Belo Horizonte, ano de 2013.



Legenda: Risco - EL: Elevado ME: Muito elevado

Fonte: SISREDE (BELO HORIZONTE, 2014).

1.2.1. Diagnóstico Situacional da área da equipe verde

O diagnóstico situacional foi o primeiro passo para elaboração de um plano de intervenção na comunidade. Em relação aos registros utilizados, a fonte para a coleta de informações foi a Intranet da Prefeitura de Belo Horizonte. Os dados obtidos são referentes ao ano de 2013.

Foram obtidas informações sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), Indicadores de Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), Webconferências, Relatório Anual de Gestão, entre outras informações do Sistema de Informação Saúde em Rede (SISREDE) por meio da intranet, rede de acesso restrito aos funcionários. Também na intranet está disponível o acesso ao Banco de Dados do Tabnet em que foram obtidas informações sobre os egressos hospitalares, movimento de autorizações de internações hospitalares, FENIX que registra a produção ambulatorial, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), dados demográficos do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) e Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) e Estudo da morbidade ambulatorial atendida. Foi realizada uma pesquisa com 3 informantes-chaves e uma observação ativa de fatos.

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 03 ou Verde residem 2793 moradores, sendo 1335 são homens e 1458 mulheres (Tabela 01), sendo que a população feminina passa a ser maior nas faixas etárias acima de 20 anos. Observa-se na figura 02 que toda população da área, segundo o IVS, é de risco muito elevado.

Tabela 01 – Distribuição da população residente na área da Equipe de Saúde da Família 03 ou Equipe Verde, segundo faixa etária e sexo, 2013

Sexo	Faixa etária (anos)									Total
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
Masculino	15	94	116	138	151	503	137	91	90	1335
Feminino	19	86	108	140	143	514	179	133	136	1458
Total	32	180	224	278	294	1017	316	224	226	2793

Fonte: SISREDE (BELO HORIZONTE, 2014).

A análise dos dados obtidos permitiu constatar que as doenças que mais acometem a população adulta são: a Hipertensão Arterial Sistêmica com 393 moradores, o Diabetes 67

peessoas, 70 asmáticos, 67 portadores de transtorno mental, tendo também muitas pessoas etilistas, tabagistas e obesas (Tab. 02).

Tabela 02 – Distribuição da população residente na área da Equipe de Saúde da Família 03 ou Equipe Verde, segundo dados da avaliação situacional e sexo, ano de 2013.

Avaliação Situacional - 2013			
ESF 3			
Informações	População residente		
	Feminino	Masculino	Total
Nº total de cadastros	1464	1324	2788
Nº de Hipertensos	206	187	393
Nº de Diabéticos	40	27	67
Nº de Asmáticos	49	21	70
Nº de Portadores de sofrimento mental	45	22	67
Nº outros agravos	198	233	431
Nº de Etilistas	61	77	138
Nº de Tabagistas	57	92	149
Nº de usuários de drogas ilícitas	6	22	28
Nº de acamados	6	2	8
Nº de restritos ao domicílio	14	7	21
Nº de dependentes	5	2	7
Nº de proteção	8	6	14
Nº de mulheres em idade fértil	792	0	792
Nº de exames citopatológicos	145	0	145
Nº de gestantes	11	0	11
Nº de gestantes até 19 anos	1	0	1
Nº de crianças de 0 a 2 anos	53	55	108
Nº de crianças desnutridas	0	1	1
Nº de beneficiários do Bolsa Família	112	8	120
Nº de idosos	118	80	198
Nº de casos de dengue	1	0	1
Nº de obesos	55	16	71

Fonte: SISREDE (BELO HORIZONTE, 2014).

O diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe verde possibilitou o levantamento de diversos problemas enfrentados pela equipe, sendo considerado como principais problemas:

- A alta prevalência de hipertensão arterial;
- O grande número de asmáticos;
- O grande número de portadores de diabetes;
- O aumento do atendimento à demanda espontânea, ausência de atividades voltadas para a saúde do adolescente, o desemprego e a falta de opção de lazer.

Foi estabelecida uma priorização daqueles problemas que seriam enfrentados, uma vez que, dificilmente, todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo. Como critério para seleção dos problemas, a Equipe de Saúde da Família considerou: a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrenta-lo (Quadro 01).

Quadro 01 - Área de Abrangência da Equipe Verde – Priorização dos problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de transtornos de ansiedade e transtornos depressivos	Alta	6	Parcial	2
Alto índice de doenças cardiovasculares.	Alta	6	Parcial	2
Aumento do atendimento à demanda espontânea.	Alta	6	Parcial	2
Ausência de atividades voltadas para a saúde do adolescente	Alta	5	Parcial	2
Desemprego.	Alta	5	Fora	3
Falta de opção de lazer.	Alta	4	Parcial	4

Fonte: Equipe Verde, CS Cafezal, Belo Horizonte, 2014.

Foi definido como de maior prioridade e condição de intervenção pela equipe no momento, a alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pois além de realização de atividades para os hipertensos contribuirá diminuindo o alto índice de doenças cardiovasculares.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial é a principal causa de doenças cardíacas, que são responsáveis pela redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Entre 1996 e 1999 foram a primeira causa de internações sendo que 17% das internações foram de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% tinham mais de 60 anos (PASSOS *et al.*, 2006).

Para Boaventura e Guandalini (2007), o controle primário dos níveis da pressão arterial pode ser obtido através de mudanças nos hábitos de vida, como o controle do peso, redução da ingestão de álcool e sal, eliminação do hábito de fumar, aumento da prática de atividade física e adesão a uma dieta balanceada. A identificação dos fatores de risco e adoção de estratégias efetivas combinadas com o estilo de vida saudável da população e o constante monitoramento dos indivíduos mais susceptíveis podem contribuir para uma diminuição na morbimortalidade (PASSOS *et al.*, 2006).

Em 2006 ocorreram, no Brasil 302.682 óbitos por doenças do aparelho circulatório, o que correspondeu a 29,4% do total de óbitos. A doença cerebrovascular foi a primeira causa de morte, seguida pelo infarto agudo do miocárdio do total dos óbitos ocorridos no ano. O Brasil tem altas taxas de mortalidade devido às doenças cardíacas (CAVAGIONI e PIERIN, 2010).

Na área de abrangência da Equipe Verde do Centro de Saúde Vila Cafezal há um grande número de hipertensos e elevado número de pessoas são acometidas por doenças do aparelho circulatório decorrente das complicações causadas pela hipertensão arterial. Essa questão demanda uma atenção especial voltada para o controle e acompanhamentos dos hipertensos da área. Dessa forma faz-se necessário um investimento em estratégias que contemplem ações efetivas, assim esse trabalho tem a proposta de apresentar uma estratégia voltada ao acompanhamento sistemático dos pacientes hipertensos na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Verde do Centro de Saúde Cafezal, Belo Horizonte, Minas Gerais.

3. OBJETIVOS

3.1.OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de intervenção voltado para o acompanhamento sistemático dos hipertensos da área de abrangência da equipe Verde do Centro de Saúde Cafezal.

3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Conhecer situação das doenças crônicas com foco na Hipertensão arterial;
- ✓ Conhecer a atuação do profissional da atenção básica na atenção ao hipertenso;
- ✓ Elaborar um plano de intervenção voltado a sistematizar o atendimento coletivo aos portadores de Hipertensão arterial do C.S Cafezal;

4. METODOLOGIA

Para o trabalho foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos e dissertações indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google acadêmico, além de outras publicações do período de 2000 a 2013. A busca foi realizada utilizando os seguintes descritores: hipertensão arterial e alta prevalência de hipertensão arterial.

Foram selecionados artigos nacionais que tratam sobre a alta prevalência e os riscos causados pela hipertensão arterial. Para contextualizar a HAS foram utilizados documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Linhas Guias da Secretária do Estado de Minas Gerais e o Protocolo de Hipertensão Arterial e do Risco Cardiovascular da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Outra fonte de consulta foi a intranet da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte localizada no site da Prefeitura de Belo Horizonte, uma vez que permite o acesso as bases de dados: SISREDE, indicadores de mortalidade, dados de nascidos vivos, planilhas de produções dos profissionais, indicadores de acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas, e diversas informações relevantes a saúde. Essas bases permitiram conhecer a situação da morbimortalidade na área de abrangência da equipe Verde do Centro de Saúde Cafezal e estabelecer uma proposta de intervenção

O diagnóstico situacional foi o primeiro passo para elaboração deste plano de intervenção, sendo baseado no método de estimativa rápida. Este método constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos custos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais que controlam os recursos para enfrentamento dos problemas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - Aspectos Gerais

As transformações ocorridas na sociedade mundial ao longo do tempo repercutiram no modo de vida dos sujeitos. Essas mudanças refletiram no acesso da população às condições favoráveis à saúde. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são atualmente um grave problema de saúde pública, enfrentado por países ricos e em desenvolvimento (BRASIL, 2008).

Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como doenças crônicas as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crônicas, as neoplasias e diabetes *mellitus*. Para Belo Horizonte (2009, p.06),

As DCNTs são um grupo de doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, apresentam fatores de risco em comum e demandam um longo período de supervisão, observação ou cuidado. Há uma necessidade de atenção continuada e a tendência é levarem a um ônus progressivo à medida que a população envelhece.

Segundo a OMS, no ano de 2005, em torno de 35 milhões de pessoas foi vítima fatal das doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas. Nos países de média e baixa renda, as doenças crônicas foram responsáveis por 80% dos adoecimentos (BRASIL, 2008).

As DCNT's são doenças de evolução lenta e em geral as lesões ocorridas em consequência destas doenças são irreversíveis. Os principais fatores de risco para as DCNT são: o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, os hábitos alimentares não saudáveis, as dislipidemias, a obesidade, o sedentarismo e o estresse (SÃO PAULO, 2011).

5.2. Hipertensão Arterial: Conceito, Classificação, Diagnóstico, Tratamento e Situação Epidemiológica.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), podendo causar lesões em órgãos como coração, rins e cérebro (BELO HORIZONTE, 2013). Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial sistólica maior

ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg. A pressão arterial deve ser medida na posição sentada, para ser feito diagnóstico correto a PA deve ser aferida com técnica adequados, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrados, de acordo com as recomendações para este procedimento.

Quadro 02 - Classificação de Hipertensão Arterial Sistêmica (acima de 18 anos)

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 12	< 80
Normal	< 130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O Quadro 02 apresenta a classificação dos valores da pressão arterial para adultos com mais de 18 anos, para crianças e adolescentes até 17 anos é feita uma classificação específica, sendo o valor mais alto de pressão sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo, se as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio (BRASIL, 2006).

Dentro dos fatores de risco mais consideráveis para a hipertensão arterial sistêmica estão a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. O excesso de peso se associa com maior índice de casos de hipertensão arterial. A população em geral, apresenta hábitos alimentares ricos em sal, açúcar e gorduras o que está correlacionado com a elevação da PA. A ingestão de álcool e o tabagismo também estão dentro dos fatores que se associam a ocorrência de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os hábitos de vida saudáveis são fundamentais para o tratamento da hipertensão arterial, reduzindo os níveis pressóricos, o risco cardiovascular e melhorando a eficácia do tratamento medicamentoso. Quanto aos medicamentos, existem vários grupos de medicamentos anti-hipertensivos como os diuréticos, os betabloqueadores, os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II (ARA II) e bloqueadores dos canais do cálcio. A escolha dos fármacos deve ser feita com base nos valores pressóricos (BELO HORIZONTE, 2009).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, atualmente é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares. A estimativa é que cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos) possua valores pressóricos anormais e o aumento da população hipertensa tem forte relação com 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de doença isquêmica do coração (BRASIL, 2001).

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta de acordo com a elevação da PA. No ano de 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração) em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório, sendo a principal causa de morte no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.3 A atuação dos profissionais da atenção básica no acompanhamento dos hipertensos

A unidade de Saúde da Família é o ponto do sistema de saúde do município onde a população tem o primeiro contato, é a porta de entrada do sistema local de saúde. A Equipe de Saúde da Família (ESF) é responsável por desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde, estabelece que a ESF deve trabalhar em um território de abrangência definido e cada equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes, porém este critério pode sofrer alterações de acordo com as características da população (BRASIL, 1997).

As equipes são multiprofissionais, compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, além do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em que a equipe é composta por Nutricionista, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Psicólogo e Assistente Social. O processo de trabalho pressupõe vínculo com a população adstrita, levando em conta a sua diversidade e os fatores sociais envolvidos.

Entende-se que dentre os problemas de saúde mais comuns enfrentados pelas equipes de Atenção Básica esteja a Hipertensão Arterial Sistêmica. Os profissionais da Equipe de Saúde da Família e NASF são responsáveis pelo controle e prevenção de suas complicações, tanto em nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2013). A melhoria no atendimento aos portadores de doenças crônicas requer mudanças no sistema de saúde, é necessário definir papéis e tarefas para garantir que os usuários tenham uma atenção estruturada e planejada por uma equipe multiprofissional. A atenção ao indivíduo não pode se restringir em uma consulta feita no consultório, passa pela atenção compartilhada a grupo e requer também um monitoramento quando o usuário deixa a unidade de saúde formando uma rede de atenção contínua (MENDES, 2012).

Ainda hoje, percebe-se uma fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. A organização da atenção à saúde não tem acompanhado as mudanças no perfil epidemiológico atual, onde há grande aumento de doenças crônicas e os mecanismos se mostram ineficientes para enfrentar esse cenário (MENDES, 2011; BRASIL, 2010 *apud* BRASIL, 2013).

Os portadores de doenças crônicas necessitam de um cuidado de forma integral, sendo necessária a organização de uma rede de atenção onde haja comunicação e articulação entre os diversos pontos (MALTA; MERHY, 2010 *apud* BRASIL, 2013). Dessa forma, a Estratégia de Saúde da Família é a principal estratégia de organização e expansão das Redes de Atenção à Saúde, sendo responsável pela ordenação do cuidado aos indivíduos com doenças crônicas (BRASIL, 2013a).

A ESF tem como objetivo promover a saúde por meio de ações básicas desenvolvendo atividades que possibilitem a promoção da qualidade de vida e a prevenção dos fatores de risco (ZAVATINI *et al.*, 2010). Nesse sentido os grupos operativos são estratégias usadas pelas ESFs com intuito de reunir um grupo de pessoas com um objetivo comum para que se

interajam e ampliem suas capacidades, em busca de alterar comportamentos desenvolvendo sua autonomia no enfrentamento da doença (HORTA *et al.*, 2009).

A teoria dos grupos operativos surgiu em hospital psiquiátrico argentino, para superar a falta de enfermeiros o Dr. Enrique Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista, organizou um grupo em que pacientes menos comprometidos apoiavam aos mais comprometidos. A técnica dos grupos operativos tem objetivo de formar um momento de ensino e aprendizagem, constituir um espaço para reflexão de temas e a discussão de questões. São utilizados em ambientes de saúde em que os profissionais organizam grupos para desenvolvimento de capacidades positivas e integração entre usuários (MENDES, 2012).

A técnica de grupos operativos realizados com portadores de hipertensão arterial iniciou se nos Estados Unidos, através de um programa nacional de detecção e controle da hipertensão arterial. O objetivo era melhorar a adesão do paciente ao tratamento e alcançar o efetivo controle dos níveis pressóricos, além de melhorar a relação médico-paciente, aderência ao tratamento medicamentoso e aquisição de mais informações sobre a doença (FILHO *et al*, 1992 *apud* MARÇAL, 2009).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para elaboração do plano de intervenção, primeiramente foram identificados os problemas prevalentes na área de abrangência da equipe, o segundo passo foi a priorização do problema que seria alvo do plano de intervenção, o terceiro a detalhamento e explicação do problema selecionado, o quarto a seleção dos nós críticos, o quinto passo o desenho das operações e a identificação dos recursos críticos, o sexto passo foi análise da viabilidade do plano, o sétimo passo a elaboração do plano operativo e o oitavo passo a gestão do plano.

Após a análise da situação das doenças crônicas no mundo e da alta prevalência de hipertensão arterial entre os pacientes da Equipe Verde do Centro de Saúde Cafezal, foi desenvolvida uma proposta de intervenção no intuito de melhorar o acompanhamento e controle dos usuários hipertensos. Sendo assim buscou se identificar a origem do problema que serão enfrentados a partir da identificação das suas causas. Foi observada a baixa adesão aos serviços de saúde pelos hipertensos com falta nas consultas e não comparecimento aos grupos operativos. Essa baixa adesão pode ser explicada devido à dificuldade dos hipertensos que estão em idade ativa consultar no horário de trabalho, baixo nível educacional, pela evolução assintomática da doença e pelos hábitos de vida da maioria da população.

Considerando o processo de trabalho da equipe foi notado que há falta de programação eficiente das atividades com agendas sempre lotadas e grande aumento dos atendimentos de demanda espontânea o que prejudica a atenção aos grupos prioritários. Como consequência, ocorre o agravamento dos quadros clínicos, sequelas irreversíveis, óbitos de pacientes e aumento da demanda nos hospitais com consequente aumento dos gastos em saúde e procedimentos de alta complexidade.

A alta prevalência de hipertensão arterial foi identificada como um importante problema enfrentado pela equipe de saúde da ESF Verde do Centro de Saúde Cafezal de Belo Horizonte. A equipe selecionou como “nós críticos” as situações que tem condições de intervir podendo ter impacto no problema escolhido, que são:

- Baixo nível de informação da população acerca da hipertensão arterial;
- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Falta de conhecimento da família para cuidado com a hipertensão.
- Falta de atividades de prevenção e promoção.

A partir dos “nós críticos” foram identificados, as operações necessárias para a solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução. Em seguida foi feita a elaboração das operações necessárias para a solução do problema identificado, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução (Quadro 03).

Quadro 03 – Desenho das operações para os nós críticos do problema.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo nível de informação da população acerca da hipertensão arterial	Construindo Saber Aumentar o nível de informação da equipe e da população sobre hipertensão arterial através de rodas de conversas.	População mais informada sobre a hipertensão arterial (tratamento medicamentoso e não medicamentoso).	Aumentos de informação sobre a hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: disponibilização de materiais educativos relacionados a hipertensão arterial.
Hábitos e estilos de vida inadequados	Viver Melhor Modificar hábitos e estilos de vida da população através da implementação de atividades físicas orientadas com apoio nutricional.	-Diminuição do número de pessoas sedentárias em 50%. - Alteração dos hábitos alimentares em 50% da população.	Programa de caminhada orientada; Programa alimentação saudável.	Organizacionais: Conseguir espaço para realizar as caminhadas. Cognitivo: informações sobre o tema. Político: articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados à alimentação.

<p>Falta de conhecimento da família para cuidado com a hipertensão.</p>	<p>Apoio familiar é essencial. Voltado a aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.</p>	<p>Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.</p>	<p>Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento de hipertensão arterial.</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: Disponibilização de materiais. Organizacionais: organização da agenda.</p>
<p>Falta de atividades de prevenção e promoção.</p>	<p>Reunião da Saúde. Realizar grupos com os hipertensos para educação em saúde e troca de saberes.</p>	<p>Aumento do nível de conhecimento sobre a doença e motivação para adesão ao tratamento e atividades de prevenção e promoção.</p>	<p>População cada vez mais informada.</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: disponibilização de materiais. Organizacionais: Sala de reuniões e técnicos de nível superior e materiais para realizar as atividades.</p>

A partir do estabelecimento dos “nós críticos” a equipe estabeleceu as atividades e a ordem em que seriam implementadas. Em primeiro, será realizada uma oficina com todos os integrantes da equipe de saúde da família (médico, enfermeira, téc. de enfermagem e ACS), nutricionista e Educador Físico, será chamada “Construindo Saber”. Essa oficina terá o objetivo de aumentar o nível de conhecimento de todos sobre a hipertensão arterial. As oficinas acontecerão uma vez por mês durante seis meses.

Como parte das estratégias, será implementado um grupo de caminhada com o objetivo de oferecer aos pacientes hipertensos uma proposta de prática de atividade física. O grupo será realizado três vezes por semana com a coordenação da enfermeira da equipe, o educador físico do NASF e ACS. O Educador físico será responsável por acompanhar e

desenvolver exercícios de alongamento e condicionamento físico, a enfermeira estará fazendo o controle diário da pressão arterial dos participantes com o apoio dos ACS, sendo essa aferição feita e registrada antes e posteriormente à atividade, afim de garantir uma segurança para a realização e intensidade da atividade proposta.

Para melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento medicamentoso será aberta a participação de familiares nos grupos operativos, com objetivo de aumentar o conhecimento da família sobre o cuidado com a HAS. Esse o projeto será denominado “Apoio Familiar é essencial”, com apoio do médico, enfermeira e ACS que convidarão os familiares de pacientes hipertensos para participar dos grupos operativos. Os grupos serão chamados de “Reuniões da Saúde” e ocorrerão semanalmente com a presença do médico, enfermeira, técnico de enfermagem e ACS e também uma vez ao mês alternando a participação da nutricionista e do Educador Físico.

O projeto de intervenção tem previsão de início no mês junho de 2014 e as atividades serão avaliadas mensalmente. Foi realizada a análise de viabilidade do plano, que por meio de ações estratégicas busca se a mobilização dos atores envolvidos em relação a cada operação (Quadro 04).

Quadro 04 – Proposta de ações para a motivação dos atores.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Construindo Saber Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: organização da agenda.	Enfermeiro, Médico, Ed. Físico e Nutricionista	Favorável	Apresentar projeto para equipe. Estruturação das redes.

<p>Viver Melhor Modificar hábitos e estilos de vida da população.</p>	<p>Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivos: informação sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, recursos áudio visuais.</p>	<p>Enfermeira, Ed. Físico e ACS</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto para comunidade. Estruturação das redes.</p>
<p>Apoio familiar é essencial. Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais da agenda.</p>	<p>Médico, Enfermeira e ACS.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto para equipe. Estruturação das redes.</p>
<p>Reunião da Saúde. Realizar grupos com os hipertensos para educação em saúde e troca de saberes.</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: disponibilização de materiais. Organizacionais: Sala de reuniões e técnicos de nível superior e materiais para realizar as atividades.</p>	<p>Enfermeiro, Médico, Tec. De Enfermagem, ACS, Ed.Físico e Nutricionista</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto para equipe. Estruturação das redes.</p>

Nesta etapa, são estabelecidos os responsáveis pelo acompanhamento e execução de cada etapa do projeto e definidos prazos para a realização das atividades (Quadro 05).

Quadro 05 - Plano Operativo

Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Construindo Saber</p> <p>Aumentar o nível de informação da equipe sobre hipertensão arterial.</p>	<p>Equipe mais informada sobre a hipertensão arterial. (tratamento medicamentos o e não medicamentos o)</p>	<p>Avaliar os níveis de informação sobre a hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.</p>	<p>Apresentar projetos para equipe. Estruturação das redes.</p>	<p>Equipe de Saúde da Família. (Enfermeira, Médico, Ed.). Físico e Nutricionista</p>	<p>Início das Atividades a partir de Junho de 2014.</p>
<p>Viver Melhor</p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida da população.</p>	<p>Diminuir o número de pessoas sedentárias em 50%.</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre habito de vida saudável. Campanhas educativas na comunidade. Capacitação dos ACS e de cuidadores.</p>	<p>Apresentar projeto para equipe e comunidade . Estruturação de redes.</p>	<p>Equipe de Saúde da Família. (Enfermeira, Ed. Físico e ACS)</p>	<p>Início das Atividades a partir de Junho 2014.</p>

<p>Apoio familiar é essencial.</p> <p>Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.</p>	<p>Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.</p>	<p>Maior número de famílias participando e acompanhando o tratamento de hipertensão arterial do idoso.</p>	<p>Apresentar projeto para equipe.</p>	<p>Equipe de Saúde da Família. (Médico, Enfermeira e ACS)</p>	<p>Início das Atividades em Junho de 2014.</p>
<p>Reunião da Saúde.</p> <p>Realizar grupos com os hipertensos para educação em saúde e troca de saberes.</p>	<p>Aumento do nível de conhecimento sobre a doença e motivação para adesão ao tratamento e atividades de prevenção e promoção.</p>	<p>População cada vez mais informada.</p>	<p>Apresentar projeto para equipe. Estruturação das redes.</p>	<p>Equipe de Saúde da Família. (Médico, Enfermeira, Nutricionista e Ed. Físico)</p>	<p>Início das Atividades a partir de Junho 2014.</p>

Após a formulação do plano de ação, foi estruturado um sistema de gestão do plano para acompanhar a execução das operações e também possíveis mudanças que durante o andamento do projeto possam ser necessárias (Quadros 06, 07, 08 e 09).

Quadro 06– Planilha para acompanhamento de projetos.

Operação: “Construindo Saber”

Coordenação: Simone de Moraes

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Educação Permanente em Saúde	Simone de Moraes	Início em Junho/2014	Elaboração com a equipe técnica.		

Quadro 07– Planilha para acompanhamento de projetos

Operação: “Viver melhor”

Coordenação: Simone de Moraes - Avaliação após dois meses do início do projeto.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Caminhada com a população.	Simone de Moraes	Início em Junho/2014	Elaboração com a equipe.		

Quadro 08-Planilha de acompanhamento de projetos

Operação: “Apoio Familiar é essencial”

Coordenação: Simone de Moraes - Avaliação após dois meses do início do projeto.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Inclusão de familiares nos grupos de hipertensos.	Simone de Moraes	Início em Junho/2014	Elaboração com a equipe.		

Quadro 09 -Planilha de acompanhamento de projetos**Operação: “Reunião da Saúde”****Coordenação:** Simone de Moraes - Avaliação após dois meses do início do projeto.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Realizar grupos com os hipertensos para educação em saúde e troca de saberes.	Simone de Moraes	Início em Junho/2014	Elaboração com a equipe.		

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção do SUS é infinito e caminha com o tempo e com todas as mudanças que ele traz. Ao longo de sua história de mais de 20 anos, vários foram os pontos positivos, sendo considerável a mudança ocorrida no Brasil desde a sua implantação. Como dito no início do texto, nunca poderemos parar de pensar em que poderemos melhorar, “pois o tempo não para”, as pessoas evoluem e junto a elas todo o processo saúde-doença. Dessa forma a ideia de implementar junto a atenção primária de saúde a partir da ESF uma “Sistematização para o Atendimento ao Hipertenso” é uma evolução no processo de planejamento de ações voltadas as necessidades locais.

Apesar de a HAS representar um problema comum em todo mundo, na área de abrangência citada, ela ganha proporções significativa dada às características encontradas. Para atender a complexidade que envolve a HAS em uma área como a do C.S Cafezal, é fundamental uma sistematização de ações, no intuito de favorecer uma compreensão singular das estratégias propostas tanto pelos profissionais envolvidos no cuidado quanto pelos usuários, isso favorecerá uma maior adesão à terapêutica proposta.

A associação de atividades individuais e coletivas com participação de profissionais de diferentes formações na área da saúde visa atender de maneira holística as principais necessidades dos pacientes portadores da HAS, dessa forma esse projeto de intervenção traz como diferencial a elaborações de atividades diversas, que vão desde o atendimento médico propriamente dito a atividades coletivas, como um grupo de caminhada, que associa a pratica de atividade física ao tratamento.

Como esse trabalho ainda é um projeto, não é possível ainda fazer uma mensuração objetiva sobre os impactos da estratégia proposta, mas é possível identificar resultados subjetivos, relacionados a reflexão permanente sobre o processo de trabalho proporcionada a toda equipe a partir do trabalho proposto.

Espera-se que em médio prazo se consiga elaborar outro trabalho, apresentando os resultados satisfatórios desse projeto, a fim de proporcionar a outros estudos sobre o tema, embasamento necessário para a replicação de estratégias como essas, que valorizam holisticamente as necessidades de uma população adstrita.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular**. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Si/Downloads/protocolo_hipertensao%20(6).pdf>. Acesso em: 30/03/14.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde – Atenção Primária. 2014. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=7481&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&>. Acesso em 20 de maio de 2014.

BOAVENTURA, G. A.; GUANDALINI, V. R. Prevalência de hipertensão arterial e presença de excesso de peso em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de nutrição na cidade de São Carlos SP. **Alimentação Nutrição. Araraquara**. v. 18, n.4, p. 381-385, out./dez. 2007. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/179/187>. Acesso em: 13/05/13

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Da Família: Estratégia para Reorientação do Modelo Assistência**. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 30/04/14.

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Caderno de Atenção Básica nº 15. Brasília, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 03/04/14.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência**. Brasília, Série Pactos pela Saúde, 2006, v.8, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 20/03/14.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf> Acesso em: 22/03/14.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em 02/05/14.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.114p.

CAVAGIONI, L.; PIERIN, A. M. G.. Risco cardiovascular em profissionais de saúde de serviços de atendimento pré-hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.2, Apr.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Maio 2014.

CIPULLO, J. P., MARTIN, J. F. V., CIORLIA, L. A. S., GODOY, M. R. P., CAÇÃO, J. C., LOUREIRO, A. A. C., CESARINO, C. B., CARVALHO, A. C., CORDEIRO, J. A., BURDMANN, E. A.. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. São Paulo. v94 n4, Ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/aop00810.pdf> > Acesso em 12/05/13.

HORTA, N. C., SENA, R. R., SILVA, M. E. O., TAVARES, T. S., CALDEIRA, I. M.. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/407/228>> Acesso em:30/04/14.

MARÇAL, P. A. F. Grupos Operativos: Uma estratégia para acompanhamento das pessoas com pressão arterial. 2009. 28p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Saúde da Família) Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESCON – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3299.pdf>>. Acesso em 25/04/14.

MENDES, E. V. O Cuidado das doenças Crônicas na Atenção Primária à Saúde: Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf >. Acesso em: 02/05/14.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf>. Acesso em 02/05/14.

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**. Belo Horizonte, v. 15, n. 1, jan/mar, 2006. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v15n1/pdf/v15n1a02.pdf>>. Acesso em: 13/05/13.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Estado Nutricional de Adolescentes**. Boletim ISA - Capital 2008, nº 4. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_ISA_4.pdf>. Acesso em 20/03/14.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em 20/03/14.

ZAVATINI, M. A., OBRELI-NETO, P. R., CUMAN, R. K. N.. Estratégia Saúde da Família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Rev Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):647-54. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a06v31n4.pdf>. Acesso em 20/03/14.