

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

LEYANIS ARIAS VERDECIA

**PLANO DE INTERVENÇÃO A PACIENTES HIPERTENSOS PELA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA "SAÚDE PARA TODOS" NO
MUNICÍPIO POTÉ, MINAS GERAIS.**

Teófilo Otoni/Minas Gerais

2015

LEYANIS ARIAS VERDECIA

**PLANO DE INTERVENÇÃO A PACIENTES HIPERTENSOS PELA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA "SAÚDE PARA TODOS" NO
MUNICÍPIO POTÉ, MINAS GERAIS.**

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

Orientador: Prof. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado.

Pote/Minas Gerais

2015

LEYANIS ARIAS VERDECIA

**PLANO DE INTERVENÇÃO A PACIENTES HIPERTENSOS PELA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA "SAÚDE PARA TODOS" NO
MUNICÍPIO POTÉ, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1. Prof. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado. UFMG

Examinador 2: Profa. Eulita Maria Barcelos-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família pelo incentivo ao trabalho e aos estudos, responsáveis de minha posição atual dentro da Medicina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos meus professores, pacientes, amigos e a meus colegas de trabalho do ESF "Saúde Para Todos" pelo carinho, companheirismo e dedicação em todos estes anos.

“Defendo a necessidade de nos preocuparmos com o que nos rodeia, com especial atenção para os que estão próximos, sobretudo se forem mais vulneráveis. E acredito na possibilidade de conseguirmos melhorar as famílias (...) se nos dedicarmos de fato à sua transformação quotidiana.”

Daniel Sampaio

RESUMO

O controle adequado dos pacientes hipertensos deve ser umas das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Este trabalho propõe a elaboração de um plano de intervenção a ser aplicado pela Equipe de Saúde da Família "Saúde Para Todos" do município Poté, Minas Gerais, com o objetivo de melhorar o controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional, a abordagem teórico foi realizado levantamento bibliográfico do tipo narrativo, com publicações em português, no período de 2004 a 2014. É possível afirmar que existe uma elevada prevalência de pacientes hipertensos. Observou-se ainda o baixo nível de informação dos usuários sobre a doença e fatores de risco, dificuldades na mudança de hábitos e estilo de vida para o controle da hipertensão arterial, a baixa oferta de ações de promoção e educação em saúde e o não conhecimento das especificidades por parte da equipe. A partir da implementação do plano de ação proposto pretende-se: a abordagem da hipertensão arterial como doença crônica, o aumento da adesão da população às mudanças de estilos de vida e o uso correto das medicações.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Atenção básica em saúde.

ABSTRACT

The adequate control of patients with hypertension should be a priority for Primary Care Basic Attention from the principle that the early diagnosis, good control and appropriate treatment of this condition are essential for reduction of adverse the cardiovascular events. This work proposes the creation of an action plan to be implemented in the Family Health "Health of the Family" in Poté, Minas Gerais, in order to improve the control of pressóricos levels of patients with hypertension. For the development of the contingency plan was used the method of the Situational Strategic Planning, the theoretical approach was carried out bibliographical survey of type narrative, with publications in Portuguese, from 2004 to 2014. This analyzes allowed to affirm that one high prevalence of hipertensos patients exists. One still observed the low level of information of the users on the illness and of the risk factors, difficulties in the change of habits and of lifestyle the control the arterial Hypertension, the low one it offers of action of promotion and education in health and not the knowledge the specificities on the part of the team. From the implementation the action plan proposed it is intended to approach Hypertension as chronic disease, in increase adherence of the population to changes in lifestyle and proper user of medications.

Word-key: Hypertension. Risk factors. Primary health care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Contexto do trabalho da Equipe de Saúde da Família "Saúde Para Todos"	10
1.2	Diagnóstico Situacional	19
2	JUSTIFICATIVA	21
3	OBJETIVO	23
4	METODOLOGIA	24
5	BASES CONCEITUAIS	26
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	30
7	CONCLUSÃO	46
	REFERÊNCIAS	47

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextos do trabalho da Equipe de Saúde da Família "Saúde para Todos".

De acordo com os dados levantados na Prefeitura Municipal de Poté (2013) sobre sua história, o povoamento de Poté teve suas origens nas vias de ligação entre Teófilo Otoni e Minas Novas. Assim, em 1856 já se achavam estabelecidas diversas famílias, segundo informações do relatório de Teófilo Otoni, reproduzidas, em 1922, por Frei Samuel Etteroo. A povoação cresceu com a chegada de novos desbravadores, atraídos pela fertilidade de suas terras. A maioria das famílias que ali se estabeleceram, inicialmente, eram oriundas das localidades de Araçuaí e Minas Novas. Cinco anos mais tarde, em 1894, foi construída uma pequena capela, substituída depois pela edificação da atual matriz.

Abelha Negra é o significado do nome do lugar, na língua tupi. Os primeiros habitantes da região onde veio a ser fundado o município de Poté, foram os indígenas das tribos dos “Potes” e dos “Corotans”, que, posteriormente, em sua maioria, foram transferidos para o atual município de Itambacuri, em decorrência do processo de catequização

Sobre as origens do nome do município, existem algumas versões: uma delas se baseia na figura lendária do índio Poté, líder das tribos que habitavam aquelas terras; outra afirmava ser Poté uma variação de “*Potum*”, “*Pitú*”, ou seja, uma designação do camarão cascudo de água doce, de casca ou pele escura, comum nos rios do Vale do Mucuri.

A princípio, fez parte do distrito de Concórdia, também conhecido como Sete Posses, que era subordinado ao município de Teófilo Otoni. O distrito foi criado em 30 de agosto de 1911, de acordo com a lei estadual n.º 556, sendo instalado no ano seguinte no dia 1º de junho. Pertenciam ao novo distrito as povoações de São Miguel, Coração de Jesus, Bananal, São João do Mucuri do Norte e Todos os Santos.

Em 26 de agosto de 1912, por ato do Arcebispo de Diamantina, a capela do Bom Jesus do Poté, pertencente à paróquia do Senhor Bom Jesus de Sete Posses, foi elevada à condição de paróquia. A Freguesia de Nosso Senhor do Bom Jesus de Poté foi instalada em 13 de outubro daquele mesmo ano, sendo seu primeiro Vigário Frei Gaspar de Módica.

Nos anos 20, Poté progredia consideravelmente, apesar da crise do preço do café, um dos principais produtos de sua economia, para o distrito fluíam famílias de outras localidades na certeza de encontrar melhores oportunidades de trabalho e, conseqüentemente, melhorar a sua situação financeira. Além da cultura do café, outras como a mandioca, milho, feijão, trigo e cana-de-açúcar se sobressaiam, graças a excelente qualidade de suas terras, também propícias à pastagem.

Sua subordinação ao município de Teófilo Otoni se estendeu até o ano de 1938, época em que foi emancipado, segundo o Decreto Lei Estadual No. 148, datado de 17 de dezembro.

Em 26 de agosto de 1912, por ato do Arcebispo de Diamantina, a capela de Nosso Senhor Bom Jesus de Poté, pertencente a paróquia de Nosso Senhor Bom Jesus de Sete Posses, foi elevada à condição de paróquia. A freguesia de Nosso Senhor Bom Jesus de Poté foi instalada em 13 de outubro de 1912. Dom Joaquim Silvério de Souza decretou a criação da Paróquia Senhor Bom Jesus de Poté aos 26 de agosto de 1912.

Segundo a Prefeitura Municipal de Poté (2013) o município situa-se em região montanhosa, com bioma de Mata Atlântica, localizada no Vale do Mucuri, região nordeste do Estado de Minas Gerais, micro-região de Teófilo Otoni e meso-região do Vale do Mucuri, tendo como coordenadas geográficas 17°49'00" de latitude S e 41°48'15" de longitude W. GR. Dista da capital do Estado 486 Km, com um tempo gasto de 7 horas aproximadamente. Suas principais vias de acesso são as rodovias BR 116 e MG 217, o único meio de transporte é o terrestre.

O documento consultado a Prefeitura acima referido também aborda que clima é temperado com temperaturas de 20° a 35°, o índice pluviométrico é de cerca de 1300 mm/ano, com chuvas mais frequentes nos meses de outubro a fevereiro. Quanto ao relevo e topografia, o terreno em sua maior parte é arenoso, com bastantes elevações, poucas várzeas e muitas serras e bosques.

O município possui dois distritos: Valão e Sucanga e os povoados de Baixinha e Igrejinha. No centro há oito bairros: Centro, Vila Maristela, Bairro Jardim Alvorada, Bairro Floresta, Vila Paula, Vila Sofia Colem, Bairro Nova Floresta e Entroncamento (PREFEITURA MUNICIPAL POTÉ, MINAS GERAIS, 2013).

Ocupa uma área territorial de 625,111 km² e sua sede municipal uma área de 184 Km². Segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010 a população do município era de 15.667 habitantes com 3.821 habitantes na zona urbana e 11.909 habitantes na zona rural, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 1- Distribuição da população do município Poté segundo a faixa etária e sexo, 2010.

População residente por faixa etária e sexo			
Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4	599	532	1131
5 a 9	573	706	1279
10 a 14	847	825	1672
15 a 19	777	877	1654
20 a 24	645	686	1331
25 a 29	573	576	1149
30 a 39	997	1056	2053
40 a 49	904	889	1793
50 a 59	645	707	1352
60 a 69	557	605	1162
70 anos ou mais	543	548	1091
Total	7660	8007	15667

Fonte: IBGE 2010.

A taxa de crescimento anual da população no período 2000-2010 foi de 0,79%, com uma densidade demográfica de 25,06 ha./km², e um Índice de Desenvolvimento Humano médio (IDH) para o ano de 2010 de 0,624. De acordo com o IBGE (2010), no município existia uma população acima da linha da pobreza do 56,97% e abaixo da linha da indigência e pobreza de 41,37.

Nos dados fornecidos pela Prefeitura Municipal de Poté (2013) as principais atividades socioeconômicas do município são: piscicultura, apicultura, bovinocultura mista, fruticultura, café e agroindústria. Sendo a base econômica do município a agricultura e a pecuária leiteira. A distribuição fundiária demonstra a predominância da agricultura familiar, numa condição de subsistência, cujo número de estabelecimentos com área inferior é igual a 4 módulos fiscais - 100 ha, é de 78%, sendo que 22% é superior a 200 ha. Entre os setores econômicos, o setor

agropecuário representa 68,8% da população economicamente. Quanto a agricultura familiar é diversificada produzindo milho, feijão, mandioca, cana de açúcar, café, pecuária de leite e agroindústria artesanal de alimentos. São atividades com baixa produtividade em virtude principalmente da falta de utilização de sementes qualificadas, pouca adubação e correção de solo, uso inadequado de práticas agrícolas.

A pecuária de leite é um segmento importante no município porque representa a principal fonte de renda familiar. O plantel total do município é 7.019 cabeças, deste universo, 3.634 vacas em lactação, 1.870 bezerros e 1.764 bezerras. A produção média diária é de 3 litros por vaca dia, produtividade por animal considerada baixa, porque há pouco investimento em: alimentação na seca, limpeza de pastagem, ordenha higiênica, mineralização constante do

A fruticultura tropical também é um item que consta da Prefeitura Municipal de Poté (2013) foi introduzida no município em 1995 com o coco numa área inicial de 12,0 ha e a área total é 35,0 ha, sendo 20 ha em formação e 15 ha em produção. Depois foram introduzidos o maracujá e o citrus. A fruticultura tem potencial a ser explorado sendo gerador de emprego da mão de obra familiar, empregos temporários e renda.

A agroindústria de Poté se baseia na produção de requeijão moreno, queijo de massa cozida do tipo mussarela, manteiga, doce de leite, biscoito de polvilho, quitandas caseiras, rapadura, farinha de mandioca, polvilho e cachaça.

Em relação a estrutura de saneamento básico do município é razoavelmente boa, conta-se com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. Em 1976 foi construída a Estação de Tratamento de Água, sendo responsável pela execução da obra à empresa com o nome de DENERÚ. Em 1979 foi criado o SAAE, conforme a Lei Municipal Nº. 586/79 de 10 de maio de 1979, que também autorizou a Fundação Nacional de Saúde a administrar o SAAE através de convênio entre Serviço de Saúde Pública e o município de Poté assinado em 07 de março de 1980. Em 2008 a COPASA assumiu o serviço de captação de água e esgoto do município (PREFEITURA MUNICIPAL POTÉ, MINAS GERAIS, 2013).

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica do município (SIAB), no ano de 2014, 62,44% da população utilizam água potável e 35,70% abastece-se de poço ou nascente, 1,86% utilizam outras formas de abastecimento. O distrito de

Sucanga possui um sistema de abastecimento de água por meio do poço artesiano, e Valão possui a estação para tratamento de água.

O município é beneficiado com 30,23% de rede de esgoto, 61,09% utilizam fossa, sendo que 8,68% da população lançam seus dejetos em água servida a céu aberto (SIAB, 2013).

Na cidade existe o sistema de coleta do lixo destinado ao aterro sanitário, mas apenas 55,74% da população colaboram, 33,20% da população queimam ou enterram e 11,07% jogam o lixo a céu aberto (SIAB, 2013).

As tabelas a seguir sintetizam as informações sobre a situação do saneamento básico no município, segundo SIAB (2013):

Tabela 1- Distribuição percentual da população, segundo o abastecimento de água no município Poté, 2013.

Abastecimento água	N° de domicílios	%
Rede geral	2.937	65,70
Poço ou nascente (na propriedade)	1.526	34,14
Outras formas	07	0,16

Fonte: SIAB, 2013.

Tabela 2- Distribuição percentual da população, segundo o tratamento de água no município Poté, 2013.

Tipo de tratamento	N° de domicílios	%
Filtração	3.819	85,44
Cloração	01	0,02
Fervura	17	0,38
Sem tratamento	633	14,16

Fonte: SIAB 2013.

Tabela 3- Distribuição percentual da população, segundo o destino das fezes no município Poté, 2013.

Destino	N° de domicílios	%
Sistema de Esgoto	1.710	38,26
Fossa	2.507	56,09
Céu Aberto	253	5,66

Fonte: SIAB 2013.

Tabela 4- Distribuição percentual da população, segundo o destino do lixo no município Poté, 2013.

Destino	N° de domicílios	%
Coleta Pública	2.639	59,04
Queimado/Enterrado	1.569	35,10
Céu Aberto	262	5,86

Fonte: SIAB 2013.

O Índice de Desenvolvimento Humano Educacional foi de 88,3%, a taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos foi de 6,2%, e as crianças em idade escolar fora da escola foram de 7% no ano 2010 (IBGE, 2010).

Os recursos educacionais do município estão distribuídos em dezessete escolas municipais e cinco escolas estaduais, creches, várias igrejas, academias, quadras poliesportivas e praças. Também conta-se com os serviços de luz elétrica, água, telefonia, correios e postos de atendimento bancários (PREFEITURA MUNICIPAL POTÉ, MINAS GERAIS, 2014).

Considera-se ainda que a totalidade da população do município é dependente do Sistema Único de Saúde (SUS). As fontes de recursos financeiros para a saúde são as seguintes: Fundo de Participação Municipal (FPM); Imposto Sobre Serviço de Quaisquer Naturezas (ISSQN); PAB Fixo (Piso de Atenção Básica); Programa Saúde da Família (PSF); Epidemiologia Controle de Doenças e as ações básicas de vigilância sanitária. Além desses recursos financeiros, a Prefeitura ainda arrecada 50% do IPVA anual Portal da Saúde segundo dados da Prefeitura Municipal de Poté, Minas Gerais, (2014). Estes recursos são distribuídos de acordo com a tabela abaixo:

Quadro 2- Distribuição dos valores repassados fundo a fundo por setor no município Poté, 2014.

Setor	Absoluto
Atenção Básica	2.204.861,53
Média e Alta Complexidade	114.814,31
Vigilância em Saúde	89.568,52
Assistência Farmacêutica	77.708,76

Profissional Farmacêutico	69.194,61
Gestão do SUS	0
Investimento	38.000,00
Saúde em Casa	108.270,00
Transferências Municipais	1.810.989,60
Total	4.513.407,33

Fonte: Fundo Nacional de Saúde e Fundo Estadual de Saúde, 2014.

Além disso, o município aplicou no ano de 2014, 153.929,12 reais em saúde, correspondendo a 30% do orçamento municipal. Para o ano de 2014 esperava-se uma redução dos gastos absolutos com saúde em função da redução significativa dos recursos do Fundo de Participação dos Municípios, principal componente do orçamento municipal (PORTAL DA SAÚDE PREFEITURA MUNICIPAL POTÉ, MINAS GERAIS, 2014).

A rede de assistência a saúde do município se organiza do seguinte modo: os encaminhamentos urgentes são direcionados ao Hospital São Vicente de Paulo, localizado no município, o qual é uma entidade privada, filantrópica sem fins lucrativos, funcionando desde 20 de Dezembro de 1935. Nessa linha, o HSVP é prestador de serviço do SUS, ofertando serviços de internações nas clínicas médica, pediátrica, obstétrica, queimados, exames de raios-x, laboratório de análises clínicas, consultas médicas em urgência e emergência, cirurgias, e observação até 24 horas, enquanto aquelas situações de adoecimento que não podem ser solucionadas dentro do município são encaminhadas para especialistas no município Teófilo Otoni segundo a Secretaria Municipal de Saúde (2014).

Na Policlínica Municipal "Fátima Gusmão" são ofertados ainda serviços de média complexidade e outros, tais como : imunização, curativos, atendimento em odontologia, dispensação de medicamentos da farmácia básica, esterilização, fisioterapia, laboratório de análises clínicas, consultas médicas em pediatria, cardiologia e exames de ultrassonografia, possuindo também um salão para reuniões e palestras educativas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL POTÉ, MINAS GERAIS, 2014).

O município possui consultórios odontológicos, devidamente estruturados onde são realizadas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, as quais são desenvolvidas por dentistas, técnicos em saúde bucal (TSB) e auxiliares de saúde bucal (ASB), atendendo também os casos de urgência e emergência de toda a população estes dados foram colhidos de documentos da Secretaria Municipal de Saúde (2014).

Os serviços de saúde de média e alta complexidade que não são realizados pelo município, são referenciados para Teófilo Otoni, Governador Valadares, Belo Horizonte, Juiz de Fora e Muriaé, de acordo com o grau de complexidade estabelecido na PPI (Programação Pactuada Integrada). (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL POTÉ, MINAS GERAIS, 2014).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, (2014) a cidade faz parte do CIS-EVMJ – Consórcio Intermunicipal de Saúde entre Vales do Mucuri e Jequitinhonha, ofertando serviços especializados aos municípios com consultas especializadas e exames que não são atendidos através do SUS

Temos o Viva Vida, com sede em Teófilo Otoni, que garante o acompanhamento das mulheres em geral com mamografias, ultrassonografia de mama e obstétrico, consultas (ginecologia, mastologia) e em especial as gestantes com risco na gravidez com serviços multidisciplinares (psicologia, nutrição, enfermagem) de pré-natal como apoio e fortalecimento das ações a atenção primária do município. Tanto as mães como as crianças têm mais esse mecanismo de serviços como garantia de uma boa assistência e acompanhamento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA (MUNICIPAL POTÉ, MINAS GERAIS, 2014).

A Secretaria Municipal de Saúde (2014) reporta que o município conta com o atendimento da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Sendo essa uma equipe multidisciplinar com trabalhos em grupos, visitas domiciliares, avaliações e acompanhamentos de pacientes em suas residências. Possui também uma rede Farmácia de Minas que vem funcionando desde 2011, dentro das normas pertinentes, com um profissional farmacêutico e dois técnicos em farmácia, para atendimento, orientação e acompanhamento dos pacientes assistidos garantindo o bom uso dos medicamentos.

Aborda que o serviço de saúde mental e acompanhamento dos “grupos operacionais” têm como suporte o serviço de um profissional médico-psiquiatra que atende duas vezes ao mês a demanda oriunda desses grupos e orienta os demais profissionais ligados a eles, inclusive com visitas domiciliares.

Conta com o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), que consiste num programa do Governo de Minas Gerais em parceria com os municípios que fazem o custeio mensal das despesas, e ainda motorista e profissional técnico em enfermagem, o qual presta assistência aos pacientes no transcorrer da viagem e durante o atendimento quando necessário.

A cidade conta também com um Conselho Municipal de Saúde composto por 16 conselheiros titulares e 16 suplentes. As reuniões se realizam com uma periodicidade mensal. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representante do governo, prestadores de serviço, profissionais de Saúde e usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle de execução da política de Saúde de acordo com Prefeitura Municipal Poté, Minas Gerais (2014).

No atendimento a atenção básica, o município conta com seis postos de saúde, onde funcionam as unidades básicas, as seis equipes do Programa de Saúde da Família subdivididas em 39 micro áreas e que realizam a cobertura de 100% da população segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal Poté, Minas Gerais, (2014).

Todas as unidades das seis equipes de ESF oferecem consultas médicas básicas e de enfermagem, puericultura, pré-natal, planejamento familiar, grupos de hipertensos e diabéticos, atendimento a doentes mentais, coleta de material para exame preventivo de câncer de colo uterino, teste do pezinho e visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL POTÉ, MINAS GERAIS, 2014).

A Equipe de Saúde da Família "Saúde Para Todos" na qual este trabalho foi desenvolvido é composta por 7 micro áreas, contemplando nove comunidades: Igrejinha, Ribeirão Água Limpa, Ribeirão Santa Cruz, Usina, Caracata, Santa Terezinha, situadas na zona rural e 1 comunidade situada na zona urbana: Floresta.

A equipe possui uma população de 2.485 pessoas que representam 626 famílias cadastradas, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica do município (SIAB), no ano de 2014. A zona rural é muito extensa, as comunidades encontram-se afastadas umas das outras e possuem características diversificadas. A Equipe funciona de segunda a sexta de 7 as 15 horas.

Segundo os dados do SIAB a Equipe "Saúde Para Todos" tinha cadastrado no final de 2014, 376 portadores de Hipertensão arterial, o que corresponde a 15.13% da população adulta, 52 portadores de Diabetes o que corresponde a 2.09% da população, 37 portadores de asma bronquial o que corresponde a 1.4% da população da área de abrangência.

Dos 376 hipertensos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 2014, apenas 239 deles (63,5%) se sub meteram à avaliação médica. Apenas 137 dos hipertensos (36.4%) foram totalmente acompanhados pela equipe, seguindo os critérios da Linha Guia: Atenção à Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes, que são: uma consulta médica por ano, uma consulta de enfermagem por ano, duas participações em grupo operativo por ano, pelo menos um eletrocardiograma (ECG) a cada 3 anos e realização de exames laboratoriais (glicose, creatinina, potássio, colesterol, triglicérides e urina rotina) pelo menos uma vez a cada dois anos. Ocorreram 43 (11.4%) internações por causas cardiovasculares em 2014.

As principais causas de Internação no ano de 2014 segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações do diabetes, asma bronquial, acidente vascular cerebral (AVC) e câncer. Enquanto que as causas de óbito, identificadas a partir das declarações de óbito (DO) no ano de 2014 foram: pneumonias, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidentes de trânsito.

1.2 Diagnóstico Situacional

A partir da análise do diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família "Saúde Para Todos", que teve como objetivo compreender o perfil e as principais necessidades da comunidade assistida, e a vivência prática como médicos da Equipe de Saúde da Família foram levantadas algumas situações problema para manejo na comunidade. Percebe-se que as principais causas de morbimortalidade

da população estão relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma brônquica).

Dentre estes, o problema de maior prevalência foi à Hipertensão Arterial Sistêmica em adultos. Notou-se que há buscas freqüentes de usuários com quadro descompensados e o atendimento prestado por profissionais da saúde não soluciona grande parte dos problemas apresentados pelos pacientes portadores de hipertensão arterial, ademais são realizadas poucas atividades educativas, ou em grupos agendados com baixa participação, pois a equipe não tem programas educativos efetivos.

A partir da constatação deste fato surge a necessidade de elaborar um plano de intervenção que venha amenizar este problema, possibilitando o controle clínico destes pacientes e prevenindo as possíveis complicações.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal, com alta prevalência e baixas taxas de controle, como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2010, p 7).

“Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito”. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existente e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2010, p 7).

As Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação inadequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, descontrole do peso, ausência de prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2010, p 7).

Além disso, a doença cardiovascular é condição muitas vezes silenciosa ou que pode atacar sem aviso, ressaltando a importância da prevenção (D' AGOSTINO et. al, 2008). Por esses motivos, o controle adequado dos pacientes com hipertensão deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis.

Na realidade da equipe do ESF "Saúde Para Todos" são constantes os atendimentos de pacientes com Hipertensão arterial, com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves, mas possivelmente evitáveis. Além disso, são frequentes os casos de pacientes com descompensações agudas

dos níveis de pressão arterial que sobrecarregam a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários as a mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado também são evidentes durante as consultas médica e de enfermagem. Dessa forma, devido á alta prevalência na HAS na população na área da abrangência e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhoras das condições de saúde e de vida da população adscrita, reduza a morbimortalidade relacionadas às doenças cardiovasculares e indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

A proposta de desenvolver este trabalho surgiu, a partir da prática como médico da equipe de saúde da família, em que ficou evidente a busca freqüente de usuários hipertensos, com quadro descompensado e complicações da doença. Como mencionado, trata-se de uma doença com alta prevalência na comunidade estudada, e que repercute diretamente na qualidade de vida dos usuários, além de aumentar o risco de internações/óbitos, se não estiver controlada. Tem-se ainda que é uma doença passível de ações de prevenção e promoção a saúde que permitem a redução das agudizações desta condição crônica. Assim, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes as mudanças de estilo de vida, ao uso correto de medicação e a preocupação com o bom controle.

3. OBJETIVO

Elaborar um Projeto Intervenção que possibilite a melhoria do controle dos níveis pressóricos dos pacientes de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família "Saúde Para Todos", do município Poté, Minas Gerais.

4. METODOLOGIA

Para subsidiar a abordagem teórica foi realizado levantamento bibliográfico do tipo narrativo, com publicações em português, no período de 2004 a 2014, pesquisadas na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual do NESCON. A busca foi guiada utilizando as seguintes palavras-chave: hipertensão, fatores de risco, atenção básica em saúde.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do módulo de Iniciação Científica e seção 2 do módulo de Planejamento e Avaliação de Saúde (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Realizou-se o Plano de Intervenção seguindo passos para culminar com a realização de um Plano de Ação. A seleção do problema foi feita a partir da análise realizada em conjunto com todos os membros da Equipe de Saúde da Família "Saúde Para Todos". Levaram em consideração os critérios estabelecidos no método de planejamento. O problema de maior prevalência foi o elevado número de pacientes hipertensos com evidente grau de descontrole dos níveis pressóricos. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a etapa seguinte foi à descrição do problema selecionado.

Para a descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção dos dados.

Para alcançar a melhor explicação do problema a equipe considerou importante entender a gênese do problema que estamos enfrentando a partir da identificação das suas causas.

Foi elaborado então um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas para solucionar e enfrentar a situação.

Identificaram também os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações, constituindo uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano. Para isso, foram identificadas três variáveis fundamentais: os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano, os recursos que

cada um desses atores controla e a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Finalmente para elaboração de um plano operativo nos reunimos com todos os participantes envolvidos no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Como aspecto dificultador, cabe aqui ressaltar as deficiências dos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

5. BASES CONCEITUAIS

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico [AVE] e 47% por doença isquêmica do coração [DIC]), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 e 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (CESARINO et. al, 2008).

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países⁸. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (PEREIRA et al, 2009).

Existem diversos fatores de risco relacionados com a HAS, tais como (SCHERR, RIBEIRO, 2009):

- Idade: Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos.
- Gênero e etnia: A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora sejam mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca.
- Excesso de peso e obesidade. O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens.

- Ingestão de sal. A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA.
- Ingestão de álcool: A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular e geral.
- Sedentarismo: A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV.
- Fatores socioeconômicos: A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida.
- Genética: a contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de desenvolver a HAS.
- Outros fatores de risco cardiovascular: Os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada. A predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. A PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde (COCA et al, 2007).

Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, utilizar-se como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/ diastólica, respectivamente (COCA et al, 2007).

Em cada consulta, deverão ser realizadas pelo menos três medidas; sugere-se com intervalo de um minuto entre elas, embora esse aspecto seja controverso. A média das duas últimas deve ser considerada a PA real. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg, deverão ser realizadas

novas medidas até que se obtenham medidas com diferença inferior (COCA et al, 2007).

A posição recomendada para a medida da PA é a sentada. As medidas nas posições ortostáticas e supinas devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva (COCA et al, 2007).

Novas orientações consideram a utilização da MAPA e da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) como ferramentas importantes na investigação de pacientes com suspeita de hipertensão. Recomenda-se, sempre que possível, a medida da PA fora do consultório para esclarecimento do diagnóstico, identificação da hipertensão do avental branco (HAB) e da hipertensão mascarada (HM) (COLEMAN et. al, 2005).

Quadro 3- Classificação da Hipertensão Arterial em indivíduos acima de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 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
Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		
* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.		

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH A HAS, 2010.

Os principais objetivos da avaliação clínica e laboratorial da HAS são: a confirmação e o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica por medida da pressão arterial, a identificação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, a pesquisa das lesões clínicas ou subclínicas em órgãos-alvo, a pesquisa de outras doenças

associadas, a estratificação do risco cardiovascular global e avaliação dos indícios do diagnóstico de hipertensão arterial secundária (RAYNER; GOODMAN; OPIE, 2004).

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular, considerando-se a presença de fatores de risco (FR), lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular (DCV) estabelecida e não apenas no nível de pressão arterial (PA) (MANCIA et al, 2007)

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O objetivo da proposta de intervenção é possibilitar a melhoria do controle dos níveis pressóricos dos pacientes e abordar as formas de tratamento e prevenção desta doença. As metas a serem alcançadas com a implementação deste projeto são: diminuição do índice de morbimortalidade dos portadores hipertensos, prevenção dos agravos evitáveis, empoderamento de conhecimentos para o cuidado com a saúde. Nessa perspectiva, a proposta de intervenção para a ESF "Saúde Para Todos" do município Poté- MG foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os passos a seguir.

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Para obter os dados e identificar os problemas utilizaram-se as três fontes principais de coleta do método estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

- Na observação ativa na área: desenvolvida no cotidiano de trabalho na ESF pelo médico, equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
- Diálogo e interação com a comunidade a partir dos atendimentos realizados.
- Utilizamos os prontuários dos usuários, Plano de Saúde Municipal, feito recentemente no ano 2014 e demais registros existentes na UBS, assim como registros do Hospital São Vicente de Paulo.

Os principais problemas identificados durante a realização do diagnóstico situacional da ESF "Saúde Para Todos" foram:

- Elevada prevalência de pacientes adultos hipertensos.
- Uso indiscriminado de psicofarmacos.
- Elevada prevalência de pacientes adultos diabéticos.
- Elevado consumo de álcool e tabagismos.
- Hábitos alimentares inadequados com consumo excessivos de sal e alimentos gordurosos.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas.

Após identificação dos principais problemas encontrados na área de abrangência foi necessário priorizar um problema. No momento o que tem maior relevância para a

equipe é a elevada prevalência de pacientes adultos hipertensos. Para priorizar o problema foi necessário seguir o critério de seleção considerando a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), conforme a quadro apresentada abaixo:

Quadro 4– Classificação das prioridades para os problemas de saúde identificados no ESF "Saúde Para Todos".

Principais problemas	Impor tância	Urgên cia	Capacidade de enfretamento	Seleção
Elevada prevalência de pacientes adultos hipertensos.	Alta	7	Parcial	1
Uso indiscriminado de psicofarmacos.	Alta	6	Parcial	2
Elevada prevalência de pacientes adultos diabéticos.	Alta	6	Parcial	3
Elevado consumo de álcool e tabagismos.	Alta	5	Parcial	5
Hábitos alimentares inadequados com consumo excessivos de sal e alimentos gordurosos.	Alta	4	Parcial	4

Depois de estabelecer a ordem de prioridade foram classificados da seguinte forma os problemas identificados na comunidade:

1. Elevada prevalência de pacientes adultos hipertensos.
2. Uso indiscriminado de psicofarmacos.
3. Elevada prevalência de pacientes adultos diabéticos.
4. Inadequados hábitos alimentares com consumo excessivos de sal e alimentos gordurosos.
5. Elevado consumo de álcool e tabagismos.

Terceiro Passo: Descrição do problema

Buscando elaborar uma proposta de intervenção foram analisados dados como do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2014, do município, de janeiro até o mês de novembro de 2014. O ESF "Saúde Para Todos" apresentou 376 pacientes hipertensos, o que corresponde a 15.13% da população adulta da equipe. Enquanto isso, 52 usuários são portadores de diabetes o que corresponde a 2.09% da população e 37 portadores de asma bronquial o que corresponde a 1.4% da população, o que demonstra que a hipertensão arterial sistêmica tem maior prevalência na comunidade entre os agravos e doenças crônicas não transmissíveis.

Analisando ainda os dados levantados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nota-se que aproximadamente 71% dos pacientes hipertensos não conhecem ou desconsideram as possíveis causas de não adesão aos programas educativos e os principais fatores de risco desta doença. Os trabalhos que são agendados e divulgados pela equipe têm baixa participação desses indivíduos sendo que apenas 20% participam.

Quarto Passo: Explicação do problema

Geralmente existem muitas causas geradoras do problema. Foram priorizadas duas causas que são importantes.

Causas relacionadas ao processo do trabalho da equipe: a equipe não conhece as especificidades e os principais fatores causadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, ademais, tem baixa oferta de ações de promoção e educação em saúde acerca desta doença.

Causas relacionadas ao paciente: baixo nível de informação sobre a doença e os fatores de risco, dificuldades para seguir as orientações, resistência para a mudança do estilo de vida e traços culturais persistentes.

Quinto passo: Seleção dos nós críticos

Foram considerados os seguintes nós críticos:

Hábitos e estilos de vida: dificuldades na mudança de hábitos e estilo de vida para o controle da Hipertensão arterial.

Nível de informação do pacientes: baixo nível de informação dos usuários hipertensos acerca dos cuidados desta doença.

Processo de trabalho: baixa oferta de ações de promoção e educação em saúde da equipe e o não conhecimento da equipe sobre as especificidades e os principais fatores de risco da hipertensão arterial.

Sexto passo: Proposta de operações para resolução dos nós críticos

Foi realizado o desenho das operações considerando os seguintes objetivos: descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos, identificar os resultados e os produtos esperados, além de identificar os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 1- Proposta de operações para resoluções dos nós críticos.

Problemas	Ações	Responsáveis	Recursos	Cronograma
Baixo nível de informação dos usuários hipertensos sobre os cuidados desta doença.	Desenvolver atividade educativa por meios de ações individuais e/ou coletiva, de promoção da saúde com a comunidade sobre a hipertensão arterial.	Enfermeiro. Médico.	Recursos humanos. Recursos financeiros para aquisição de folder, Panfletos e material de informática.	Abril 2014 a Outubro 2014.
	Estabelecer junto à equipe estratégias que possam favorecer a adesão ao grupo operativo.	Enfermeiro.	Livros. Material didático. Material de informática. Material de escritório.	Abril 2014.
	Criar parcerias com profissionais multidisciplinares para ministrarem palestras periódicas para os pacientes hipertensos da ESF.	Enfermeiro. Médico. Gestor Municipal de Saúde.	Material de escritório.	Abril 2014 a Outubro 2014.
Baixa oferta de ações de promoção e educação em saúde acerca da Hipertensão arterial.	Sensibilizar a Equipe abaixo do orientar os pacientes sobre a importância do tratamento regular e mudanças nos hábitos e estilos de vida.	Enfermeiro. Médico. Profissionais de equipe multidisciplinar.	Recursos humanos. Recursos financeiros para aquisição de folder, Panfletos e material de informática.	Abril 2014 a Outubro 2014.

	Sensibilizar a equipe a estimular para que oriente o paciente a se auto cuidar.	Enfermeiro. Médico. Profissionais de equipe multidisciplinar.	Recursos humanos. Material de informática.	Abril 2014 a Outubro 2014.
	Realizar capacitação com profissionais multidisciplinar orientando o atendimento a os pacientes hipertensos para ministrarem as palestras mensalmente a esse grupo.	Enfermeiro. Médico. Profissional multidisciplinar.	Livros. Material didático. Material de informática. Material de escritório.	Abril 2014 a Outubro 2014.
A equipe não conhece as especificidades e os principais fatores de risco da hipertensão arterial.	Organizar apresentar relatório sistemático, onde seja possível perceber e identificar quais os principais fatores risco da hipertensão arterial, para que sejam elaboradas as atividades a serem realizadas.	Enfermeiro.	Livros. Material didático. Material de informática. Material de escritório.	Abril 2014 a Outubro 2014.
	Realizar capacitação permanente dos profissionais da equipe.	Enfermeiro.	Livros. Material didático. Material de informática. Material de escritório.	Abril 2014 a Outubro 2014.

Quadro 2- Apresentações dos nós críticos, ações e resultados.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Nível de informação do pacientes: Dificuldades na mudança de hábitos e estilo de vida para o controle da hipertensão arterial.	Saúde é vida Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos.	Conscientizar os pacientes hipertensos sobre a importância de hábitos saudáveis. Estimular a colaboração entre os diferentes serviços públicos (Educação, Esporte, Cultura).	Programa de alimentação saudável. Acompanhamento com educador físico, fisioterapeuta e nutricionista a realização de atividades físicas e na alimentação.	Organizacionais: Implantação das consultas de nutrição, educador físico e fisioterapeuta. Cognitivo: Informações sobre o tema. Políticos: conseguir espaço, locais. Financeiros: folhetos educativos Recursos áudio visuais.
Nível de informação do pacientes: Baixo nível de informação dos usuários hipertensos acerca desta doença.	Saber mais. Aumentar o nível de informação do usuário sobre a hipertensão arterial.	Pacientes mais informados sobre a hipertensão arterial.	Avaliação do nível de informação dos pacientes. Grupos operativos.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, estratégias de comunicação e apoio da equipe. Organizacionais: organização da agenda para as campanhas educativas e outras ações. Políticos: parceria com o setor, mobilização social e apoio a gestão. Financeiros: aquisição de materiais educativos.

<p>Processo de trabalho: Baixa oferta de ações de promoção e educação em saúde sobre a da hipertensão arterial.</p>	<p>Mais conhecimento Sensibilizar a equipe e estimular para que oriente o paciente. Propor agenda programada para controle e monitoramento de hipertensos. Realizar grupos operativos.</p>	<p>Realização de atividades de forma planejada e organizada. Satisfação dos usuários.</p>	<p>Programação mensal das atividades (Palestras). Desenvolvimento de atividades de promoção e educação de saúde com os pacientes hipertensos (Grupos, Caminhadas).</p>	<p>Políticos: apoio e sensibilização dos gestores. Econômicos: recursos audiovisuais, panfletos, materiais para capacitação. Organizacionais: organização das atividades da equipe. Cognitivos: sensibilização da equipe.</p>
<p>Processo de trabalho: Baixo nível de informação da equipe sobre da hipertensão arterial.</p>	<p>Mais conhecimento Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado aos pacientes hipertensos. Sensibilizar a equipe e estimular para que oriente o paciente.</p>	<p>Realização de atividades de forma planejada e organizada. Satisfação dos usuários.</p>	<p>Capacitação técnica da equipe.</p>	<p>Políticos: apoio e sensibilização dos gestores. Econômicos: recursos audiovisuais, panfletos, materiais para capacitação. Organizacionais: organização das atividades da equipe. Cognitivos: sensibilização da equipe.</p>

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.

Considerando a proposta de ações apresentadas acima, é perceptível que os gastos a serem demandados para a execução deste projeto de intervenção são totalmente viáveis, pois a Secretaria de Saúde já dispõe de recursos humanos para as operações, além do que os recursos materiais são também fornecidos por ela, considerando os benefícios a serem alcançados.

Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano.

Foi realizada a análise de viabilidade do plano, identificaram-se os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação aos problemas para definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidades para o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 3- Proposta de ações para motivações dos atores.

Operação /projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Saúde é vida: Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos.</p>	<p>Organizacionais: Implantação das consultas de nutrição. Implantação das consultas com o fisioterapeuta. Implementação das atividades com o educador físico. Políticos: Conseguir espaços locais.</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária da Saúde. Secretario Municipal de Saúde. Equipe de Saúde da Família. Profissional multidisciplinar.</p>	<p>Favorável.</p>	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e Equipe, apresentação e discussão de dados. Realizar campanha que incentive a prática de exercícios físicos e alimentação saudável.</p>
<p>Saber mais. Aumentar o nível de informação do usuário sobre a hipertensão arterial.</p>	<p>Organizacionais: Organização da agenda para as campanhas educativas e outras ações. Políticos: Parceria com o setor, mobilização social e apoio a gestão. Financeiros: Aquisição de materiais educativos.</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária da Saúde. Secretario Municipal de Saúde. Equipe de Saúde da Família. Profissional multidisciplinar.</p>	<p>Favorável.</p>	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura municipal. Discutir com a equipe os resultados esperados e analisá-lo. Construir alternativas de atendimento aos pacientes hipertensos, controlando a participação desses no grupo educativo.</p>

<p>Mais conhecimento</p> <p>Sensibilizar a equipe e estimular para que oriente aos pacientes hipertensos.</p>	<p>Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores.</p> <p>Organizacionais: Organização das atividades da equipe.</p> <p>Cognitivos: Sensibilização da equipe.</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária da Saúde.</p> <p>Secretario Municipal de Saúde.</p> <p>Equipe de Saúde da Família.</p> <p>Profissional multidisciplinar.</p>	<p>Favorável.</p>	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde, apresentação e discussão de dados com os gestores.</p> <p>Realizar capacitação de profissionais da Equipe de Saúde da Família.</p>
<p>Mais conhecimento</p> <p>Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado aos pacientes.</p> <p>Sensibilizar a equipe e estimular para que oriente ao paciente.</p>	<p>Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores.</p> <p>Organizacionais: Organização das atividades da equipe.</p> <p>Cognitivos: Sensibilização da equipe.</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária da Saúde.</p> <p>Secretario Municipal de Saúde.</p> <p>Equipe de Saúde da Família.</p> <p>Profissional multidisciplinar.</p>	<p>Favorável.</p>	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde, apresentação e discussão de dados com os gestores.</p> <p>Realizar capacitação de profissionais da Equipe de Saúde da Família.</p>

Nono passo: Elaboração do plano operativo:

O plano operativo tem como finalidade designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 4- Elaboração do plano operativo.

Plano operativo ESF "Saúde Para Todos"					
Operação /Projeto	Resultados esperados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saúde é vida	Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos. Parcerias entre os serviços públicos de Saúde e Esporte e Cultura.	Programa de alimentação saudável. Acompanhamento com educador físico e fisioterapeuta na realização de atividades físicas.	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde, apresentação e discussão de dados. Realizar campanha que incentive a pratica de exercícios físicos e alimentação saudável.	Médico. Enfermeira. Coordenador da ESF. Secretario Municipal de Saúde. Equipe de Saúde da Família: Padre Joviano. Fisioterapeuta. Nutricionista. Educador físico.	12 meses subsequentes.
Saber mais.	Pacientes mais informados sobre a Hipertensão arterial.	Avaliação do nível de informação dos pacientes hipertensos. Grupos operativos.	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura municipal. Discutir com a equipe os resultados esperados e analisá-lo.	Enfermeira. Coordenador da ESF.	12 meses subsequentes.

			Construir alternativas de atendimento aos pacientes hipertensos, controlando a participação desses nos grupos educativos.		
Mais conhecimento	Realizar atividades de forma planejada e organizada. Satisfação dos usuários.	Programação mensal das atividades. Capacitação técnica da equipe. Desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com os pacientes hipertensos.	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde, apresentação e discussão de dados com os gestores. Realizar capacitação de profissionais da rede de atenção.	Médico. Enfermeira. Coordenador da ESF. Secretario Municipal de Saúde. Equipe de Saúde da Família: Padre Joviano. Fisioterapeuta.	12 meses subsequentes.

Décimo passo: Plano de gestão.

Neste momento é descrita a gestão do plano, cujos objetivos são discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Após a implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a ESF para avaliação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 5- Acompanhamento do plano da ação.

Operação	Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Saúde é vida	Programação de caminhadas orientadas e ginástica. Programa de alimentação saudáveis.	Equipe de Saúde da Família. Coordenador da ESF. Secretario Municipal de Saúde. Profissionais multidisciplinares.	12 meses subsequentes.	Alto índice de prevalência índice relacionados com os pacientes hipertensos. Os pacientes não praticam atividades físicas e em sua maioria não possui hábitos alimentares saudáveis.	Faz-se necessário: Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos. Principalmente alimentação, atividade física e auto cuidado. Estimular a colaboração entre os serviços públicos.	12 meses subsequentes.
Saber mais.	Avaliação do nível de informação dos pacientes hipertensos. Aumento de informação sobre Hipertensão	Equipe de Saúde da Família. Coordenador da ESF. Secretario Municipal de Saúde. Profissionais	12 meses subsequentes.	Pouca adesão aos projetos e atividades educativas dirigidas aos pacientes hipertensos, enfocando a promoção da saúde.		12 meses subsequentes.

	arterial. Campanhas educativas. Grupos operativos.	multidisciplinares.		As condições culturais e socioeconômicas a que está submetida á população interferem na aceitação e adesão do tratamento.		
Mais conhecimento	Programação mensal das atividades (Consultas médicas, de enfermagem e grupos operativos). Capacitação técnica da equipe. Desenvolvimento de atividades de promoção de saúde com os pacientes hipertensos.	Equipe de Saúde da Família. Coordenador da ESF. Secretario Municipal de Saúde. Profissionais multidisciplinares.	12 meses subsequent es.	Dificuldade da Equipe de orientar, estimular o paciente pelo seu auto cuidado, dificultando o tratamento. Os profissionais da saúde não estão preparados para solucionar problemas dessa doença durante o atendimento prestado. Os pacientes não	Necessidade de sensibilizar, orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado aos pacientes hipertensos.	12 meses subsequent es.

				conhecem a doença.		
--	--	--	--	--------------------	--	--

As ações propostas sejam realmente efetivas em parceria com a Secretaria de Saúde, Equipe de Saúde e população hipertensa. Proporcionando momentos de reflexões, autonomia e governabilidade nos tratamento de saúde.

7 CONCLUSÃO:

Este projeto de intervenção permitiu a equipe da ESF "Saúde Para Todos" elevar os conhecimentos dos pacientes hipertensos sobre os fatores de risco e o tratamento precoce das complicações e a priorização das medidas de promoção da saúde, ademais, permitiram a priorização das atividades coletivas, como os grupos de hipertensos e as palestras informativas, com o objetivo de aumentar a adesão da equipe às ações preventivas destinadas a população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais.

Acredita -se que aumentando a adesão dos pacientes às mudanças de estilos de vida, ao uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem estar, o projeto contribuirá de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população adscrita.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Cader.de Atenção Básica**, n.15. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/>. Acessado em 13 de dezembro de 2014.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação de Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br>. Acessado em 23 de dezembro de 2014.

CESARINO, C.B. et. al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card**. 2008; 91(1): 31-5. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-1/05-cap01.pdf>. Acessado em 23 de dezembro de 2014.

COCA, A. et. al. Automedida de la presión arterial. Documento de Consenso Español 2007. **Nefrología**. 2007; 27(2): 139-53. Disponível em: <http://www.imbiomed.com>. Acessado em 20 de dezembro de 2014.

COLEMAN, A.J. et. al. Accuracy of the pressure scale of sphygmomanometers in clinical use within primary care. **Blood Press Monit**. 2005; 10(4): 181-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acessado em 23 de dezembro de 2014.

D' AGOSTINO, R.B. et. al. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care - The Framingham Heart Study. **Circulation**. 2008; 117: 743-753. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org>. Acessado em 23 de dezembro de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo: 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 13 de dezembro de 2014.

MANCIA, G. et. al. Blood pressure control and improved cardiovascular outcomes in the International Verapamil SR-Trandolapril Study. **Hypertension**. 2007; 50: 299-305. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acessado em 23 de dezembro de 2014.

NOBRE, F. et. al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev Bras Hipertens**. vol.17(1): 5-6, 2010: 1-48. Disponível em: <http://www.anad.org.br>. Acessado em 23 de dezembro de 2014.

PEREIRA, M. et. al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension**. 2009;

27(5): 963-75. Disponível em: <http://www.researchgate.net>. Acessado em 23 de dezembro de 2014.

Portal da Saúde. Prefeitura Municipal Poté, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <http://mg.transparencia.gov.br/>. Acessado em 13 de dezembro de 2014.

POTE. Minas Gerais. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Estratégia Saúde da Família, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL Poté, Minas Gerais. 2013.

RAYNER, B.L. GOODMAN, H. OPIE, L.H. The Chest Radiograph. A Useful Investigation in the Evaluation of Hypertensive Patients. **Am J Hypertens**. 2004; 17: 507-10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acessado em 23 de dezembro de 2014.

SCHERR, C. RIBEIRO, J.P. Gênero, idade, nível social e fatores de risco cardiovascular: considerações sobre a realidade brasileira. **Arq Bras Cardiol**. 2009; 93(3): 54-6. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br>. Acessado em 23 de dezembro de 2014.

Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal Poté, Minas Gerais, 2014.