

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LORRAINE DAHER VAZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALVORADA EM
JOÃO PINHEIRO, MINAS GERAIS**

JOÃO PINHEIRO / MINAS GERAIS

2019

LORRAINE DAHER VAZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALVORADA EM
JOÃO PINHEIRO, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Me. Ricardo Luiz Silva Tenório.

JOÃO PINHEIRO / MINAS GERAIS

2019

LORRAINE DAHER VAZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALVORADA EM
JOÃO PINHEIRO, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a). Me. Ricardo Luiz Silva Tenório - UFMG

Examinador 2 – Professor(a). Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de março de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Equipe de Saúde da Família da
Unidade Básica de Saúde Prefeito José Silveira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Ministério da Saúde do Brasil por me proporcionar o acesso ao curso de especialização por meio do Programa Mais Médicos.

Agradeço à minha equipe de saúde, ao povo pinheirense pelo acolhimento e reconhecimento.

Agradeço ao meu companheiro Diego e ao meu filho pelo estímulo constante.

RESUMO

João Pinheiro é uma cidade com 48.751 habitantes localizada na região noroeste de Minas Gerais. Após diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde da família Alvorada, foi priorizado o problema de saúde: alta incidência de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. A doença cardiovascular é a segunda causa de morte no mundo e a primeira causa de morte no Brasil. Não diferente disso, em João Pinheiro a doença cardiovascular tem se mostrado a principal causa estatística de morte hospitalar. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para redução da taxa de morbimortalidade proporcionada pela hipertensão na área de abrangência da equipe Alvorada. Para realização do projeto de intervenção foi feito um diagnóstico situacional por meio do método de estimativa rápida e utilizado o Planejamento Estratégico Situacional. Inicialmente, foi realizada uma revisão de literatura a respeito do tema proposto utilizando bases de dados online Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Scientific Electronic Library Online. Com a implantação deste plano de intervenção, espera-se que haja uma redução da incidência da hipertensão arterial sistêmica, redução da hospitalização, e melhora da qualidade de vida dos hipertensos.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Doença cardiovascular.

ABSTRACT

João Pinheiro is a city with 48,751 inhabitants located in the northwestern region of Minas Gerais. After a situational diagnosis performed by the Alvorada family health team, the health problem was prioritized: high incidence of people with systemic arterial hypertension. Cardiovascular disease is the second leading cause of death in the world and the number one cause of death in Brazil. Not unlike that, in João Pinheiro, cardiovascular disease has been shown to be the main statistical cause of death in the hospital. The objective of this study was to elaborate an intervention plan to reduce the morbidity and mortality rate provided by hypertension in the area covered by the Alvorada team. To carry out the intervention project, a situational diagnosis was made using the rapid estimation method and the Situational Strategic Planning was used. Initially, a literature review was carried out regarding the proposed theme using online databases Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Scientific Electronic Library Online. With the implementation of this intervention plan, it is expected that there will be a reduction in the incidence of systemic arterial hypertension, a reduction in hospitalization, and an improvement in the quality of life of hypertensive patients.

Key words: Family Health Strategy. Primary Health Care. Hypertension. Cardiovascular disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HMACV	Hospital Municipal Antônio Carneiro Valadares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PSF	Programa Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIOPS	Sistema de informação sobre orçamentos públicos em saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de terapia intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional do bairro Alvorada. João Pinheiro-MG.	15
Quadro 2 Desenho de operações para os “nós” críticos gerais do problema de doenças metabólicas que aumenta os riscos cardiovasculares da ESF Alvorada, do município de João Pinheiro, no município de Minas Gerais.	23
Quadro 3 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema risco cardiovascular aumentado.	25
Quadro 4 Propostas de ações para a motivação dos atores.	25
Quadro 5 Plano operativo.	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Breves informações sobre o município João Pinheiro.....	11
1.2	O sistema municipal de saúde	13
1.3	A Equipe de Saúde Alvorada, seu território e sua população	14
1.4	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	15
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS.....	17
3.1	Objetivo geral:	17
3.2	Objetivos específicos:	17
4	METODOLOGIA	18
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
5.1	Hipertensão arterial.....	19
5.2	Estratégia Saúde da Família	20
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
6.1	Descrição do problema selecionado	22
6.2	Explicação do problema selecionado	22
6.3	Seleção dos nós críticos	22
6.4	Desenho das operações	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
	REFERENCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município João Pinheiro

João Pinheiro é um município com 48.561 habitantes localizada na região noroeste de Minas Gerais com uma densidade demográfica de 4,22 hab/km². Possui uma área total de 10.727,471 km², sendo considerado o maior município em área territorial do estado de Minas Gerais. (IBGE, 2019).

João Pinheiro tem limites com os seguintes municípios: ao norte – Unaí e Brasilândia de Minas; a leste com Buritizeiro; ao sul com São Gonçalo do Abaeté e Presidente Olegário; e a oeste com Lagoa Grande e Paracatu (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2019).

O processo de colonização da região teve início na metade do século XVIII, período que antecede a descoberta do ouro nas regiões das minas pelas entradas e bandeiras rumo às terras de Paracatu, por ser considerada uma região de caminho por onde os bandeirantes passavam (SILVA *et al*, 2011).

Acredita-se que, por volta do ano de 1742, houve divisões em fazendas com núcleos populacionais pequenos. Documentos comprovam que em 1778 foi criada um pequeno povoado com o nome de Santana do Caatiga. No entanto, alguns desses aventureiros se fixaram no local para criação de gado e outros bandeirantes para garimpar diamantes no Rio Santo Antônio. Estas passaram a ser as principais atividades do arraial nascente (SILVA *et al*, 2011).

Silva *et al*. (2011) afirmam sobre a existência de alguns documentos onde o primeiro nome de João Pinheiro era Santana dos Alegres, primeira denominação do primitivo arraial pertencente ao bispado de Pernambuco, que deu origem ao município atual. Segundo a tradição oral, um boi curraleiro muito bravo que vivia nas adjacências do local, ao anoitecer, ia para o arraial e lá permanecia durante toda a madrugada a mugir. O hábito daquele animal, chamado Alegre, intrigava a todos. Conta-se que esta foi a razão do nome do povoado.

Em 1873, o povoado de Santana dos Alegres foi elevado a categoria de Vila do Arraial dos Alegres. Em 30 de agosto de 1911, Santana dos Alegres, recebeu seu nome atual, e foi-se desmembrado de Paracatu. Em 1925 houve concessão do foro de cidade e sede de município (SILVA *et al*, 2011).

A cidade possui algumas festas de tradição, como a Festa do Peão de Boiadeiro, realizada em abril, o carnaval fora de época João Pirô, realizado em outubro e a Festa de aniversário da cidade, realizada em setembro. Há a tradição da Folia de Reis, fogueiras temporonas, churrascando de verão, churrascando country e as festas juninas. A padroeira da cidade é Santa Ana, cuja festa litúrgica se dá em 26 de julho com procissão e barracas de comida.

A população de João Pinheiro distribui-se entre sete distritos: Caatinga, Cana Brava, Luizlândia do Oeste, Olhos D'água do Oeste, Santa Luzia da Serra, São Sebastião e Veredas, 25 vilas e povoados e 14 núcleos de pequenos produtores rurais e assentamentos. Esta pluraridade é característica marcante da população.

A estratégica localização, no noroeste de Minas, na região do Urucuia, proporciona permanente intercâmbio comercial e cultural com quatro Capitais e cidades da região, tanto no Triângulo como no Norte do Estado. A economia do município gira principalmente sobre o agronegócio, com destaques para a pecuária (bovinos de leite e corte), agroflorestal, carvoeiro e sucroalcooleiro. No setor de confecções concentra também uma parte considerável da mão-de-obra da cidade (SILVA *et al*, 2011).

João Pinheiro é entrecortado por três rodovias importantes: BR-040, BR-365 e MG-181, que fazem a ligação do município com outras partes do País, e com outros centros importantes do Estado.

A despeito de sua grande extensão territorial e das distâncias entre seus distritos e comunidades rurais, o município encontra-se desprovido de um sistema de transporte intermunicipal que atenda satisfatoriamente à população. Embora possua mais de 5 000 km de estradas vicinais, algumas de suas áreas ficam mais isoladas, como Mandacaru, Malhadinha, Malhada Bonita, Veredas e a região de Campo Grande, às margens do rio Paracatu. A extensão territorial e as condições físico-naturais do lugar são responsáveis por favorecer seu isolamento.

Nos estudos levantados pelo IBGE (2010) o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de João Pinheiro foi de 0,697, o que coloca esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município foi a longevidade, com índice de 0,788, seguida da renda, com índice de 0,683, e da educação, com índice de 0,630.

A escolarização em João Pinheiro é de 94,9% para crianças de 6 a 14 anos.

Em João Pinheiro, 80% da população possuem abastecimento de água, 20% possuem esgotamento sanitário e manejo de resíduos sólidos, 16% possuem formas de manejo de água pluviais e 6,7% não possui nenhum componente de manejo sanitário (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2014).

Apesar de toda pró-atividade de cidade interiorana há um mal que assola João Pinheiro, que são as drogas. Há atividade importante de tráfico de drogas contando com três principais “bocas” que estão localizadas no bairro Água Limpa, Santa Cruz e a boca São Judas Tadeu dentre outros conglomerados de grupinhos. As principais drogas são a cocaína e o crack. Outra droga que assola o município é o álcool. A cidade é repleta de bares e “botecos”. Não há nenhuma clínica de tratamento particular ou pública destinada à desintoxicação na cidade. Somente em um município vizinho tem a Fazendinha que pertence a igreja católica e aceita os dependentes químicos para ajuda-los na combate a doença.

O município é referência em saúde para a cidade de Brasilândia de Minas. E as referências para João Pinheiro são Patos de Minas, Uberlândia e Uberaba. Há alguns anos a cidade adota a Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorganização da atenção básica contando hoje com 10 (dez) Equipes de Saúde da Família (eSF), sendo duas na zona rural e as outras na área urbana. Estas dez equipes não são suficientes para cobrir toda a zona rural e o centro da cidade. Os usuários que estão descobertos da área de abrangência pelas eSF contam com o atendimento médico ambulatorial de um único clínico geral no serviço de especialidades.

1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde de João Pinheiro trabalha em rede com as eSF, os centros de especialidades e um hospital de média complexidade.

O município oferece as especialidades de cardiologia, reumatologia, cirurgia geral, urologia, pediatria, ambulatório de pequenas cirurgias, ginecologia e obstetrícia (pré-natal de alto risco) e oftalmologia. Quando há necessidade de outros serviços especializados os usuários são encaminhados para Patos de Minas, Belo Horizonte, Uberlândia e Uberaba.

O serviço de Urgência e Emergência é realizado pelo Hospital Municipal Antônio Carneiro Valadares (HMACV), que possui laboratório, radiologia, eletrocardiografia, ultrassonografia. Não há serviço de CTI nem UTI, e a referência é Patos de Minas principalmente.

1.3 A Equipe de Saúde Alvorada, seu território e sua população

Alvorada é uma comunidade com aproximadamente 3.965 habitantes localizada próxima ao centro da cidade. Este bairro surgiu de um loteamento residencial novo na cidade, mas devido a sua grande expansão passou a ter seu comércio próprio. O poder aquisitivo daqueles que vivem na região é considerado médio comparado a todo o município. Os usuários que costumam frequentar a unidade de saúde são idosos. Todo o bairro é servido de rede de esgoto, salvo algumas poucas residências que possuem esgoto a céu aberto. Existe um grande contingente de analfabetos funcionais.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) trabalham duas Equipes de Saúde da Família – Equipe Alvorada e a Equipe Raugmara – e uma equipe de Saúde Bucal.

A Equipe Alvora é formada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma odontóloga, uma técnica em saúde bucal, uma recepcionista e oito agentes comunitários de saúde.

A Unidade de Saúde funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 11h e das 13h às 17h, sendo que na quarta-feira este horário se estende até às 20h para atender os trabalhadores da área.

As atividades desenvolvidas pela Equipe Alvorada são: atendimento da demanda espontânea e atenção programada (saúde bucal, pré-natal, puericultura,

controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento de hipertensos e diabéticos).

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Após diagnóstico situacional, foram identificados os respectivos problemas de saúde pela eSF: alta incidência de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS); alta incidência de portadores de sofrimentos mentais, principalmente depressão e a dependência química pelo álcool.

Quadro 1 Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional do bairro Alvorada. João Pinheiro-MG.

Bairro Alvorada - Equipe Alvorada Priorização dos Problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada incidência de hipertensão arterial	Alta	10	Parcial	1
Elevada incidência de portadores de sofrimentos mentais	Alta	7	Parcial	2

Na área de abrangência da ESF foram identificados 4117 usuários cadastrados, 15,56% (641) portadores de hipertensão arterial sistêmica e 3,18% (131) portadores de diabetes.

Sabemos que a hipertensão é fator de risco importante para complicações cardiovasculares e ao fazer o levantamento do número de óbitos em João Pinheiro no, ano de 2016, observou-se que a maior mortalidade era por desfechos cardiovasculares. Após discussão na equipe, ficou definido como problema prioritário o elevado número de pessoas com hipertensão.

2 JUSTIFICATIVA

Dentre as doenças metabólicas com graves desfechos cardiovasculares podemos destacar a hipertensão arterial sistêmica (HAS). No Brasil há uma taxa de prevalência de 32,5% de portadores de hipertensão arterial. O Estado de Minas Gerais mostrou uma menor prevalência de hipertensos de aproximadamente 24%. Sabe-se que anualmente a cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e outras cardiopatias são responsáveis por 15,9 milhões de óbitos no Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde divulgou uma pesquisa que revela que quase metade da população brasileira está acima do peso. Segundo o estudo, 42,7% da população estavam acima do peso no ano de 2006. Em 2011, esse número passou para 48,5% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2018).

O presente trabalho mostra o cenário da hipertensão no bairro Alvorada do município de João Pinheiro. A HAS é a maior causadora de desfechos cardiovasculares graves, contribuindo para as altas taxas de morbidade e mortalidade. Após levantamento estatístico, foi criado um plano de intervenção para diminuir o impacto negativo dessa doença na população referenciada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um plano de intervenção para redução da taxa de morbimortalidade proporcionada pela hipertensão pela ESF Alvorada no município de João Pinheiro, MG.

3.2 Objetivos específicos:

- Diminuir os fatores de risco associado a hipertensão arterial;
- Promover orientação à população sobre os riscos cardiovasculares da doença hipertensiva.

4 METODOLOGIA

Para o presente trabalho foi feito um diagnóstico situacional por meio do método de estimativa rápida e realizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) na construção do plano de intervenção (CAMPOS, *et al*, 2010).

Inicialmente foi realizada uma revisão de literatura a respeito do tema proposto utilizando bases de dados online Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os seguintes descritores foram utilizados:

- Estratégia Saúde da Família;
- Atenção Primária à Saúde;
- Hipertensão;
- Doença cardiovascular.

Os profissionais de equipe de saúde da família colheram dados nos registros escritos existentes, através de observação ativa e entrevistas de informantes-chave com roteiros e questionários curtos previamente elaborados.

A partir dos dados coletados foi possível observar os fatores de riscos determinantes do descontrole da Hipertensão Arterial Sistêmica, podendo assim, sugerir estratégias para amenizar o problema. Todo o material passou pela análise do autor, que construiu uma síntese, considerando as características de cada um deles. Após a revisão de literatura, foi iniciado o trabalho com a equipe de saúde que elaborou um plano de intervenção para melhor organização e controle da hipertensão pela ESF verde da Unidade de Saúde José Raimundo de Melo.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada por definição clínica quando os valores aferidos de pressão arterial (PA) se mantêm sustentados $\geq 140 \times 90$ mmHg por um determinado tempo. É considerada uma comorbidade multifatorial em que os fatores genéticos e externos de hábitos do ser humano interferem diretamente sobre esta condição (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS ou hipertensão primária tem um impacto fisiopatológico complexo sobre o organismo do ser humano, relacionado a vários sistemas primordiais como o nervoso, renal, cardiovascular e endócrino (SANJULIANI, 2002). Baseado nisto surge a necessidade de um conhecimento profundo e domínio completo sobre esta morbidade e seu controle.

Sanjuliani (2002) afirma que a pressão arterial (PA) é determinada pela relação do débito cardíaco e resistência vascular periférica. Estes dois mecanismos quando descompensados são capazes de causar o aumento da PA de forma temporária podendo evoluir para forma permanente.

Mendes (2006) afirma que as doenças cardiovasculares são a causa de 1/3 das mortes no Brasil. Dentre os principais fatores de risco, que geralmente são multifatoriais, estão: obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial e tabagismo. No mesmo estudo ele observou que o processo aterosclerótico tem início na infância, sendo a sua gravidade diretamente proporcional ao número de fatores de risco apresentados pelo indivíduo.

Xavier *et T.* (2013) afirmam, através do renomado estudo de Framingham, que há uma relação de elevada probabilidade de ocorrer infarto do miocárdio ou morte por doença coronariana no período de 10 anos em indivíduos sem diagnóstico prévio de aterosclerose clínica. Acredita-se que mudanças no estilo de vida e em alguns casos a utilização precoce de medicamentos pode diminuir as repercussões cardiovasculares e cerebrovasculares.

A diretriz de dislipidemia orienta a utilização de estatinas de forma precoce reduzindo o processo de aterogênese diante de alterações nos valores de lípidos e em paciente renal crônico (FALUDI, 2017).

A diretriz brasileira de hipertensão arterial também acredita que estratégias para prevenção do desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica também devem ser realizadas enquanto políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. Isto estimularia o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da pressão arterial e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida e/ou uso regular de medicamentos. Dentre as medidas evitáveis estão o controle do peso, a baixa ingestão de sal, evitar o consumo de álcool e priorizar a prática de exercícios físicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

As doenças cardiovasculares de maior mortalidade são as doença do aparelho circulatório: doença coronária (infarto agudo do miocárdio), insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico (MAGALHÃES, 2017). Mas esse cenário tem mudado com a redução das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, possivelmente como resultado do controle do tabagismo e do maior acesso à Atenção Primária (BRASIL, 2014).

5.2 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia em Saúde da Família é construída sobre os pilares da prevenção de agravos e promoção da saúde. Muitas vezes realiza o diagnóstico, tratamento e reabilitação precoce para diminuição dos danos e preservação da saúde (BRASIL, 2012).

A ESF age de forma descentralizada, e tem como objetivo primordial garantir um elo mais próximo da comunidade e ser a primeira porta de entrada da rede de atenção primária. A ESF orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012).

Soratto (2015) cita sobre a tecnologia e o trabalho em saúde:

“No campo da saúde brasileira, uma proposta de mudança significativa na organização das práticas e no modo de compreender saúde, com implicações no produto resultante do trabalho assistencial, é a ESF.”

A partir dessa reflexão temos a consciência de que a estratégia da família deve ser sistematizada de forma a potencializar seus resultados. A tecnologia empregada no método de trabalho proporciona essa efetividade e menos desgastes no dia a dia da equipe.

Quando falamos da forma de trabalho da eSF não podemos esquecer de que a mesma possui três dimensões em que está contida: político-institucional, organizativa e técnico-assistencial. A político-institucional envolve os mecanismos de condução de políticas, ações serviços e investimentos. A organizacional envolve os elos entre os vários níveis de serviço na saúde afim de garantir o princípio da integralidade. Já a dimensão técnico-assistencial é onde o atores colocam em prática tudo o que foi citado anteriormente e seus meios de trabalho, sendo a interação do saber e tecnologia que operam no processo de trabalho (ARANTES *et T.*, 2016).

Compreendendo-se o cerne da forma de trabalho da eSF passamos a direcionar essa arma para reverter estatísticas dramáticas sobre a população de usuários e o mais importante, ter ferramentas para avaliar a efetividade desse trabalho. Estudos como o de Rabetti e Freitas (2011) vêm tentando avaliar a qualidade das ações na atenção primária e seus efeitos sobre determinados quadros epidemiológicos. Ele considerou os recursos financeiros, materiais e força de trabalho como insumos para a produção de serviços, e ações para controle e diagnóstico da HAS, como produtos. Os serviços gerados foram transformados em insumos e tiveram como produto o controle dos agravos imediatos e mediatos decorrentes da HAS.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

5.3 Descrição do problema selecionado

O diagnóstico situacional realizado pela ESF Alvorada identificou como problema prioritário a alta incidência de hipertensos, e permitiu observar que ela se tornou uma das maiores causadoras de desfechos cardiovasculares negativos na assistência prestada pela equipe de saúde.

5.4 Explicação do problema selecionado

A HAS foi considerada o problema prioritário pela equipe de saúde da família do bairro Alvorada por ser motivo de grande número de consultas realizadas nos atendimentos. Além disso, ficou evidenciado grande desconhecimento por parte da população sobre os fatores de risco da HAS.

5.5 Seleção dos nós críticos

Os nós críticos identificados para o problema priorizado foram:

- Hábitos de vida inadequados com alto consumo de sal e gordura saturada, sedentarismo, excesso de bebida alcoólica;
- Baixo nível de informação sobre saúde por parte da população;
- Deficiência no fluxo institucional para atendimento à HAS;
- Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema

5.6 Desenho das operações

No quadro 2 abaixo será exposto o desenho de operações sobre os nós críticos gerais do problema “alta incidência de hipertensão no bairro Alvorada” em João Pinheiro Minas Gerais.

Quadro 2. Desenho das operações para os “nós críticos” do problema alta incidência de hipertensão pela eSF Alvorada, município de João Pinheiro, MG

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Vida + saudável Modificar estilo de vida	Diminuir 10% a taxa de tabagistas e obesos em um ano	Programa de exercícios físicos comunitários, e campanhas nas ruas e rádios	<p>Organizacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definição do local para realização das caminhadas; Escalção de educadores físicos para atuar em locais comunitários de atividades físicas; Criação de convênio com academias particulares. <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realização de palestra motivacional para o público em geral (grupo de gestantes, nas escolas em várias faixa etárias com abordagem específica para cada grupo. <p>Político:</p> <ul style="list-style-type: none"> conseguir local para prática esportiva; mobilização social e intersetorial da rede. <p>Financeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> recursos audiovisuais, folhetos educativos; recursos na contratação de mais profissionais educadores físicos.
Baixo nível de informação sobre as doenças metabólicas	Quem Sabe + Vive + Aumentar o nível de informação da população sobre risco	População mais informada sobre os riscos cardiovasculares da HAS	Criação de instrumentos para avaliação do nível informação da população sobre o tema.	<p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> conhecimento sobre o tema; estratégias de comunicação e pedagógicas dos profissionais envolvidos.

	cardiovascular, principalmente na mudança dos hábitos de vida e alimentares		Campanha na rádio local, igrejas e escolas. Capacitação de cuidador familiar Manutenção de trabalho em grupos do público alvo na ESF	Organizacional: <ul style="list-style-type: none"> organização da agenda de atividades. Político: <ul style="list-style-type: none"> articulação intersectorial (parceria com a educação); mobilização social
Deficiência no fluxo institucional para o atendimento à HAS	Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para atendimento aos portadores de risco para hipertensão.	Garantia de 80% de medicamentos e exames previstos nos protocolos terapêutico, para os hipertensos.	Capacitação de pessoal; Garantia de consulta com especialistas; Compra de medicamento necessário; Garantia de exames em tempo hábil.	Políticos: <ul style="list-style-type: none"> decisão de recursos para estruturar o serviço. Financeiros: <ul style="list-style-type: none"> aumento de oferta de exames; aquisição de estoque de medicação suficiente para garantir os tratamentos. Cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> elaboração de protocolos adequados da equipe de saúde.
Processo de trabalho da eSF inadequado para o atendimento à HAS	Bom cuidador Promover um processo de trabalho adequado pelos profissionais da eSF, por meio de treinamento e estímulo para lidar com o aumento da incidência dos casos de hipertensão.	Cobertura efetiva de 80% da população com risco cardiovascular aumentado.	Programa de melhoria do desempenho dos profissionais que lidam com população exposta ao alto risco cardiovascular; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados, estimulados	Cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> capacitação dos profissionais da ESF. reuniões semanais para levantamento de novos problemas que podem surgir no decorrer da rotina.

Segue abaixo os recursos críticos identificados para o problema priorizado.

Quadro 2 Recursos críticos para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema alta incidência de hipertensão pela ESF Alvorada, município de João Pinheiro, MG

Operação/Projeto	
Vida + saudável	Político: conseguir espaço na rádio local. Financeiro: investimento em áreas de esporte e convênios com academias; aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos dentre outros.
Cuidar melhor	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.

O quadro 4 mostra o controle dos recursos críticos, ator que controla, motivação e ações estratégicas para o problema priorizado.

Quadro 3 – Controle dos recursos críticos e propostas de ações para o enfrentamento do problema alta incidência de hipertensos pela ESF Alvorada, município de João Pinheiro, MG

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
Vida + saudável Modificar estilos	Político: conseguir espaço na rádio local; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos dentre outros.	Setor de comunicação social. Secretário de saúde	Favorável Favorável	Apresentar projeto de intervenção
Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para atendimento de portadores de risco aumentado.	Político: aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: aumentar recursos necessários	Secretário municipal de saúde Prefeito municipal.	Favorável Favorável	Apresentar projeto de intervenção e programa de avaliação da resolutividade e qualidade das ações a serem executadas

	para estruturação do serviço (convênios e contratação de especialistas para suporte diagnóstico e terapêutico).			
Bom cuidador Promover linha de frente treinada e estimulada para lidar com o risco cardiovascular aumentado.	Cognitivo: capacitação dos profissionais da ESF.	ESF	Favorável	Com o plano de intervenção elaborado demonstrar a economia financeira na saúde com redução da mortalidade e morbidade.

O quadro 5 mostra a elaboração do plano operativo para o problema priorizado

Quadro 4 – Plano operativo para o enfrentamento do problema alta incidência de hipertensos pela eSF Alvorada, município de João Pinheiro, MG

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Vida + Saudável Modificar estilos	Diminuir 10% os tabagistas e obesos em 1 ano	Programa de caminhada orientada; Campanha educativa na rádio local; Programa merenda saudável	Manter grupo de caminhada. Rever programa educativo via rádio. Realizar campanha de mudança da merenda escolar.	Lorraine	Dois meses
Quem Sabe + Vive + Aumentar o nível de informação da	População mais informada sobre o risco cardiovascular da hipertensão arterial	Avaliação do nível de informação da população sobre o risco cardiovascular; Campanha	Rever programa educativo via rádio; Rever educação	Mariza e Emília	Início em dois meses e término em 12 meses;

população sobre riscos cardiovasculares da hipertensão arterial		educativa na rádio local; Programa de saúde escolar; Capacitação dos ACS e dos cuidadores.	continuada para os profissionais e de grupos escolares.		
Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para atendimento de portadores de risco aumentado de hipertensão	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% dos hipertensos.	Aquisição de equipamento da rede; Ampliação da contratação de compra de exames; Compra de medicamentos; Manutenção de referências e contra-referências.	Fiscalizar os protocolos de solicitação de medicamentos e verificação de quantidade necessária de suprimentos.	Laiza	Início imediato e manutenção contínua de fiscalização do fornecimento dessas medicações.
Bom cuidador Promover linha de frente treinada e estimulada para lidar com o risco cardiovascular aumentado.	Cobertura de 80% da população com risco cardiovascular aumentado.	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; Protocolos implantados de recursos humanos capacitados; Gestão da linha de cuidados implantada.	Promover a linha do cuidado para HAS. Discutir e implantar os protocolos para HAS. Promover gestão da linha de cuidados para a HAS.	Erli	Início em três meses e finalização em 12 meses.

Os encontros obedecerão a um roteiro pré-estruturado com as datas das reuniões já definidas. O plano operativo seguirá um cronograma de 02 meses.

A partir do primeiro encontro, serão traçadas metas com divisão de funções a cada responsável e cronograma de atividade a serem desenvolvidas como palestras, apresentação na rádio e atividades físicas.

No segundo encontro será avaliada a funcionalidade das atividades e, se necessário, readequá-las.

O terceiro encontro servirá para analisar os resultados do planejamento em prática e para compreender se está alcançando os objetivos propostos e passar por adaptações, se necessário.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de intervenção proporcionou definição de ações estratégicas, seleção de autores envolvidos e metas a serem cumpridas com seus devidos prazos para que os resultados fossem satisfatórios.

Espera-se que, com a implantação do Plano de intervenção, haja um impacto consideravelmente positivo e duradouro na população alvo. Sendo assim, espera-se uma redução da incidência desta doença, redução de hospitalização, e melhora da qualidade de vida dos hipertensos, bem como a redução da mortalidade por esta causa.

Acredita-se que, com capacitação e reciclagem contínua bem como um trabalho sistematizado da equipe, possa ocorrer uma transformação nas atitudes dos profissionais em relação à orientação da população e por sua vez uma maior autonomia sobre desfechos indesejados em suas vidas.

REFERENCIAS

ARANTES, L. J., *et al.* T. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21 n.5. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. – Brasília, 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFGM, 2010. Disponível em:< [TTPS://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_a_valiacaodas_acoes_de_saude_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_a_valiacaodas_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 27 nov. 2017

FALUDI, A.A *et al.* Atualização da diretriz brasileira de dislipidemia e prevenção de aterosclerose. **Arq Bras Cardiol**, n.109, v.2, supl.1, p.1-76, 2017.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Diretoria de Estatística e Informações. **Sistema Estadual de Informações Sobre Saneamento**. Belo Horizonte, p. 22-23, 2014.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Diretoria de Estatística e Informações. **Demarcação de limites municipais e distritais**. Disponível em: <<http://fjp.mg.gov.br/index.php/produtos-e-servicos/13820-demarcacao-de-limites>>. Acesso em: 07 fev 2019.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?t=destaques&c=3136306>>. Acesso em: 22 mar 2018.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/joao-pinheiro/panorama>>. Acesso em: 07 fev 2019.

MAGALHÃES, C.C *et al.* **Dados e estatística de mortalidade cardiovascular. Sociedade brasileira de cardiologia**. Disponível em: <<http://www.cardiol.br/dados/>>. Acesso em: jul 2017.

MENDES, M. J. F. DE L. *et al.* Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Rev. Bras. Saúde Maternidade Infantil**, Recife, v. 6, supl. 1, p. 49-54, 2006.

RABETTI, A. DE C.; FREITAS, S. F. T. DE. Avaliação das ações em hipertensão

arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública**, v.45 n.2, p.258-68. 2011.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M.; RIBEIRO, S. M. R. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p. 7-17, 2012.

SANJULIANI, A. F.. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. **Revista da SOCERJ**, v.15, n.4, out/nov/dez 2002.

SILVA, G. S. da; SILVA, V. J. da; GONÇALVES, M. C.. **Histórias e memórias: Experiências compartilhadas em João Pinheiro**. João Pinheiro, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7º Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, n.107, v.3, supl.3, pp.1-83, set 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Números da obesidade no Brasil**. Disponível em : < <https://www.endocrino.org.br/numeros-da-obesidade-no-brasil/>>. Acesso em: 16 nov 2018.

SORATTO, J. ; PIRES, D. E. P. DORNELLES, S., LORENZETTI J.. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.24 n.2, abr/jun, 2015. pp. 584-92.

XAVIER, H. T. *et al.* V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.101 n.4 supl.1, out. 2013.