

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

MARCELO CURCIO MOREIRA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE INTERVENÇÃO
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA JK2 DO MUNICÍPIO DE
GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS**

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS
2016

MARCELO CURCIO MOREIRA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE INTERVENÇÃO
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA JK2 DO MUNICÍPIO DE
GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS
2016**

MARCELO CURCIO MOREIRA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE INTERVENÇÃO
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA JK2 DO MUNICÍPIO DE
GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Prof.

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

DEDICO

Este trabalho a Deus, em primeiro lugar, além de minha linda família, amorosa, carinhosa e que me apóia, incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço também às mulheres que me ajudam, desde a época de minha primeira pós graduação em Saúde da Família e comunidade, as queridas professoras Celina, Elza e Rizioneide, além da minha paciente e dedicada orientadora, Matilde.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um programa do Ministério da Saúde que prioriza o atendimento, por parte de equipes de saúde multidisciplinares, a uma população de uma determinada localidade, criando vínculos das equipes de saúde com a comunidade local através de várias iniciativas. Como profissional de uma equipe da ESF, identifiquei com o diagnóstico situacional da área, elevado número de pessoas com hipertensão. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção para promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida dos pacientes com HAS na ESF JK2, em Governador Valadares. Para fundamentar o plano fez-se pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde na base de dados da SciELO e em programas do Ministério da Saúde com os descritores: hipertensão arterial sistêmica, atenção básica em saúde e educação.

Espera-se que a equipe da ESF JK2 se organize de tal forma que todos os paciente não fiquem sem “acompanhamento” e assim se alcance maior resolutividade com o problema da hipertensão.

Descritores: Hipertensão. Atenção básica em saúde. Educação.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is a Ministry of Health program, which prioritizes care through multidisciplinary health teams, to a registered population in a particular locality, creating bonds of teams with the local community through various initiatives. How professional of a team of FHS, we identified where we're working in the situational diagnosis, an area with high number of people with hypertension. This study aimed to develop an action plan to promote health and improve the quality of life to patients with Hypertension in the FHS JK2 in Governador Valadares. To support the plan was made research in Virtual Health Library in the SciELO database and the Ministry of Health programs with the key words: hypertension, primary health care and education.

It is expected that the FHS JK2 team is organized so that all patients are not without "monitoring" and thus can achieve better resolution in cases of hypertension.

Key words: Hypertension. Primary health care. Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), mais tarde rebatizado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tal programa instituiu-se como uma tentativa do Ministério da Saúde em intervir de forma assistencial na saúde das famílias brasileiras (COSTA, 2007).

Segundo Fontanive (2009), o PSF foi constituído de equipes multidisciplinares as quais priorizam ações coletivas que criam um elo entre os profissionais de saúde e a comunidade, permitindo a inclusão daquelas equipes de profissionais na comunidade como um todo, permitindo ações preventivas, educativas e curativas mais eficazes e personalizadas.

Minha lotação, como médico, na Estratégia Saúde da Família (ESF) é no bairro JK2, na periferia do município de Governador Valadares, região leste de Minas Gerais, situada a aproximadamente 324 km da capital, Belo Horizonte.

No século XIX, o Vale do Rio Doce foi dividido em Divisões Militares como tática de guerra ofensiva aos índios Botocudos. As tarefas principais dessas divisões eram tomar o território, promover a perseguição dos índios, expulsando-os das margens dos rios, e, principalmente, proteger os colonos e garantir a navegação e o comércio no Rio Doce. Nessa conjuntura de luta é que surgiu a localidade que, mais tarde, deu origem ao distrito de Figueira, atual Governador Valadares conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Foi por meio do decreto-lei nº 148, de 17 de dezembro de 1938, que finalmente o nome de Município de Figueira mudou para o nome de Governador Valadares (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2016).

Em 1940, a população de Governador Valadares chegou a 5.734 habitantes, quando se iniciou o grande “boom” da economia regional. O Município se beneficiou da crescente exploração dos recursos naturais: madeira, pedras preciosas, mica e solos férteis. A cidade cresceu no bojo da economia regional, que produziu ocupação demográfica acelerada. Em 1950, a população cresceu para 20.357 habitantes. Dez anos depois, atingiu a cifra de 70.494 habitantes. Nos anos 1950, as casas comerciais eram detentoras de grandes estoques de mercadorias e enorme freguesia regional (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2016).

A indústria da madeira foi fator decisivo na formação regional e no processo de urbanização. As atividades de beneficiamento da madeira, cujo auge também se concentrou nos anos 1940 e 50, tiveram um papel central no crescimento da cidade, onde operavam 14 grandes serrarias e uma fábrica de compensados (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2016).

O esgotamento dos recursos naturais fez cair drasticamente a produtividade e reduziu os ganhos de capitais, provocando o fenômeno da migração dos agentes econômicos. Para o conjunto da região, houve uma mudança no perfil econômico-social, com sua transformação em reservatório de mão de obra industrial e para o trabalho doméstico do resto do país. Desta forma, pode-se afirmar, com segurança, que, na década de 1960, ocorreu o início do processo de involução demográfica e econômica, ou seja, perda contínua de população e atividades produtivas (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2016).

Nos anos 1970, a situação se agravou. Não se desenvolveu uma cultura empreendedora, permanecendo a mentalidade extrativista frente à economia e o meio ambiente. A cidade de Governador Valadares foi a única de sua zona de influência que continuou a manter um crescimento demográfico, porém, num ritmo menor que o crescimento vegetativo. Em 1993, calculou-se que cerca de 27.000 valadarenses haviam emigrado para o exterior, grande parte deles na faixa entre 16 e 35 anos. Os dólares enviados pelos emigrantes movimentaram a indústria da construção civil, o comércio e propiciaram a abertura de muitos negócios (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2016).

No que diz respeito ao sistema de saúde Governador Valadares possuía, em 2009, 197 estabelecimentos de saúde, sendo 108 deles privados e 89 públicos municipais entre hospitais, Pronto-Socorros, postos de saúde e serviços odontológicos. O Hospital Municipal (HM) de Governador Valadares é o principal hospital da cidade e é considerado como referência no atendimento a pacientes de cerca de 80 cidades do Vale do Rio Doce, disponibilizando 275 leitos e propiciando atendimento a 900 pessoas por dia, além da única UTI neonatal da região (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2016).

Em 2014, foram registrados 3 987 nascidos vivos, sendo que o índice de mortalidade infantil neste ano foi de 15,6 óbitos de crianças menores de cinco anos de idade a cada mil nascidos vivos. Em 2015, 98,6% das crianças menores de 1 ano de idade estavam com a

carteira de vacinação em dia e 96,3% das crianças do município foram pesadas pelo Programa Saúde da Família (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2016).

É nesse contexto que se encontra nossa unidade de saúde que tem uma população adscrita de aproximadamente 4000 pessoas. Localiza-se em uma rua calçada, de fácil acesso para a população. A ESF é em uma casa grande, com vários consultórios, sala de pré-avaliação, sala de vacina, recepção, cozinha, sala de reuniões, três banheiros, sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sala do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e varandinha onde os pacientes aguardam o atendimento.

Nossa equipe é formada por seis ACS, enfermeira, médico, técnica em enfermagem e auxiliar de serviços gerais. Todos os profissionais da ESF JK2 estão comprometidos com a missão de promoção, prevenção, busca ativa, reabilitação dos usuários da unidade. Cada um atuando de acordo com suas habilidades.

A ESF JK funciona de 07:00 as 17:00hs, com duas equipes atuando no bairro, com o apoio dos ACS para agendar consultas e digitar dados no registro eletrônico do Sistema Único de Saúde (e-SUS), bem como cadastrar e fazer cartão do SUS para a população. Contamos também com os profissionais do NASF (profissional de educação física, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutica e assistente social). Estamos em processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e já somos inseridos no e-SUS.

Por termos uma população adscrita muito grande, trabalhamos com consultas agendadas e demanda espontânea, gerando em torno de 30 atendimentos diários. Marcamos consultas como pré-natal, puericultura, saúde da mulher e para orientarmos sobre a importância dos exames de mamografia e Papanicolaou. Fazemos reunião de (Programa de Cadastro e Acompanhamento de pacientes com hipertensão e diabetes (HIPERDIA) uma vez por semana, grupo da saúde dos homens (no qual abordamos vários temas) uma vez ao mês, além de renovação de receitas semanalmente. Também fazemos visita domiciliar uma vez por semana. Além de vacinação, palestras e grupos com os profissionais do NASF.

O diagnóstico situacional realizado na nossa área de abrangência como atividade do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) apontou como um dos grandes problemas de saúde na comunidade a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que se caracteriza pela elevação crônica da pressão arterial e é um grave problema de saúde pública, que atinge uma grande parcela da população (BRASIL, 2006). É, portanto, a

enfermidade mais prevalente e o problema mais comum entre os usuários cadastrados no Centro de Saúde (ESFJK2), onde trabalhamos.

Assim, a Estratégia Saúde da Família JK2, da cidade de Governador Valadares, após reunião da equipe de saúde, traçou como uma meta, a criação de um plano de intervenção com a realização de atividades de promoção de saúde e, entre as ações propostas, destacam-se a realização de grupos operativos destinados aos pacientes com HAS.

2 JUSTIFICATIVA

Por meio do diagnóstico situacional e com base na estimativa rápida, seguida da análise dos dados obtidos e da interpretação das descobertas, chegamos à conclusão de que a hipertensão arterial sistêmica é a enfermidade mais prevalente, sendo o problema mais comum entre os usuários cadastrados no centro de saúde ESF JK2, onde trabalhamos.

Trata-se de um problema de saúde que gera uma demanda enorme para a nossa unidade de saúde, principalmente, devido ao número alto de complicações de saúde derivadas da hipertensão arterial.

O número de brasileiros atingidos por essa enfermidade gira em torno de milhões de pessoas. As práticas alimentares desordenadas, principalmente aquelas ricas em sódio, aliadas ao perfil de sedentarismo que atinge nossa população, são, junto com o perfil genético brasileiro, causa de altos índices de prevalência da HAS em nossas comunidades, como já é do conhecimento dos profissionais de saúde.

Percebemos, ainda, que os pacientes com HAS atendidos em nossa área de atuação não estavam tendo uma atenção adequada, até então. Além disto, havia uma agente comunitária de saúde da equipe que se encontrava afastada por motivos de saúde havia alguns meses. Havia também falta de equipamentos, por exemplo, o esfigmomanômetro da unidade, era apenas um para toda equipe. Além de outros problemas que levavam à baixa credibilidade e, conseqüentemente, baixa adesão dos pacientes ao acompanhamento do nosso serviço de saúde. Outros problemas foram a constante troca de médicos na ESF, sendo eu, o terceiro médico a passar pelo centro de saúde no último ano.

Além disso, houve a detecção da falta de programação de atividades de forma programada por toda equipe e, conseqüentemente, os protocolos não eram utilizados, além da demora na marcação de exames complementares por parte da administração municipal. Estes e outros problemas desestimulam a equipe e contribuem para um serviço de baixa qualidade, gerando falta de reconhecimento do serviço da equipe da ESF perante a comunidade, contribuindo para o aumento dos índices de morbimortalidade na população, falta de busca por informação/atendimento, aumento dos índices de complicações (principalmente as que atingem órgãos como cérebro, rins e coração, alvos comuns nesta enfermidade).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um plano de intervenção para promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida dos pacientes com HAS na ESF JK2, em Governador Valadares.

3.2 Objetivos específicos:

Implementar as ações educativas voltadas para os pacientes de HAS, contextualizando a importância destas ações.

Propor estratégias de discussão sobre as alternativas que possam ser incorporadas na programação das equipes para o controle da hipertensão arterial sistêmica.

4 METODOLOGIA

Neste trabalho, será apresentado um plano de intervenção baseado nos nós críticos identificados pela equipe de saúde da ESF JK2 em relação ao problema priorizado, tal seja: HAS. Este plano se fundamentou no Planejamento Estratégico Situacional (PES) tanto na elaboração do diagnóstico, levantamento dos nós críticos como também na elaboração da proposta com a definição de atores e recursos críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Também para fundamentar o plano, foi feita pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da SciELO e em programas do Ministério da Saúde.

Os descritores usados para pesquisa foram: hipertensão, atenção básica em saúde e educação.

O plano, já em execução, visa que nossa equipe da ESF JK2, possa se organizar de tal forma que não deixemos pacientes sem “abordagem”. Os atores deste plano serão os componentes da equipe, que têm o contato direto com os pacientes, além do médico e da enfermeira, junto com outros profissionais do NASF.

Busca-se, assim, dar maior resolutividade ao problema em questão. Serão realizadas reuniões de equipe e com a comunidade, abordando o tema como um todo, de maneira multidisciplinar, além de consultas prioritárias para os hipertensos.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 9) é um problema grave de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo. Constitui-se, ainda como importante fator de risco para o “desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana”. Quando se associa com diabetes é responsável por 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

A V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial concebe como pessoas hipertensas os adultos cuja pressão arterial sistólica alcança valores iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou pressão arterial diastólica com valores iguais ou maiores que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, e que não estejam em uso de medicação anti-hipertensiva. Classifica como pressão arterial normal os registros com valores inferiores a 130/85 mmHg, e pressão ótima cujos valores sejam inferiores a 120/80 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Para Helena, Nemes e Eluf-Neto (2010), o controle da pressão arterial não é tarefa fácil e quando se obtém resultados desejáveis eles se vinculam ao cuidado integral da pessoa que quer dizer: acesso aos medicamentos, diálogo entre profissionais de saúde e os usuários e a forma concordam com a terapêutica instituída.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (BRASIL, 2014, p.21).

Assim, segundo Ribeiro *et al.* (2015), as equipes multiprofissionais atuando em áreas adstritas, seja na prevenção e promoção da saúde seja na assistência aproximou a população dos serviços. E dentre os programas incorporados pelo PSF, o Hiperdia tem grande visibilidade uma vez que acolhe usuários acometidos por duas das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes: a HAS e o diabetes.

Dessa forma, a equipe de saúde da AB exerce importante papel nas ações de prevenção, diagnóstico, acompanhamento e controle da HAS. Suas ações devem ser singularizadas para cada paciente não se esquecendo de seus cuidadores tanto em nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2014).

A prefeitura de Belo Horizonte (2009) elaborou um Protocolo de Hipertensão Arterial/Riscocardiovascular apontando os intervalos entre as consultas assim que o tratamento é iniciado respeitando os níveis pressóricos, as comorbidades e os sintomas apresentados pelos pacientes e apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Reavaliação da PA no início de tratamento

SUGESTÃO DE PRAZO PARA REAVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL NO INÍCIO DO TRATAMENTO		
Pressão arterial inicial (mmHg)		Prazo máximo de avaliação
Sistólica	Diastólica	
120 – 139	80 - 89	1 ano
140 – 159	90 - 99	2 meses
160 – 179	100 - 109	1 mês
180 - 210	110 - 120	1 semana
> ou = 210	> ou = 120	No mesmo dia

Fonte: Belo Horizonte (2009, p. 19)

“Após atingido o alvo da PA ou estabilizado o controle, os retornos devem ser agendados geralmente com intervalos de 3 a 6 meses, devendo-se individualizar o acompanhamento em função do risco cardiovascular e da adesão do paciente” (BELO HORIZONTE, 2009, p.19).

No Brasil, principalmente devido à falta de adesão ao tratamento, bem como à dificuldade de mudança de hábitos de vida por parte dos pacientes, cerca de 70% a 89% destes hipertensos não conseguem manter níveis de pressão arterial, controlados (TRES ET AL., 2009; ROSÁRIO ET AL., 2009). Tem sido observado, na prática médica diária, que a adesão ao tratamento e o respeito às orientações médicas, acontece em apenas 22% dos casos (SILVA et AL., 2000).

Com certeza, as medidas que visam a educação em saúde, tornam-se imprescindíveis para o bom resultado do tratamento, pois sem a instrução ao paciente, referente às medidas e

princípios em que se fundamenta o tratamento, fica muito difícil o controle adequado dos níveis pressóricos arteriais (PAIVA et AL., 2007).

Para isto foi criado o hiperdia em 2002, decorrente do plano de reorganização da atenção a hipertensão e ao diabetes mellitus. O hiperdia tem um sistema informatizado que permite o cadastramento dos pacientes com hipertensão e/ou diabetes mellitus, facilitando o seu acompanhamento, auxiliando também a definir o perfil epidemiológico da população assistida naquela determinada unidade de saúde (SILVA et AL., 2012). O objetivo principal do programa hiperdia é criar vínculos entre os enfermos com estes agravos e a equipe da unidade de saúde, garantindo-lhes um melhor atendimento e tratamento continuado e efetivo. Essa iniciativa inibe que aconteça algo muito comum em unidades públicas de saúde, o “vínculo insuficiente” entre os pacientes e os profissionais de saúde (MANFROI e OLIVEIRA et AL., 2006).

Este programa possibilita uma maior proximidade entre os usuários do sistema e as equipes profissionais, dando uma visão mais ampla dos problemas, por parte dos funcionários, e motivando os pacientes a adotarem mudanças de hábitos de vida e a aderirem ao tratamento de forma que a atenção a sua saúde funcione de forma mais efetiva (AMARAL e PERASOLLO, 2012).

Embora muitos autores tenham publicado artigos sobre esse tema em diversos países, no Brasil, a quantidade de estudos ainda pode ser considerada baixa (GOMES et AL., 2010).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano de intervenção, conforme dito anteriormente, se fundamentou em alguns passos do PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Identificação / priorização do problema

Dentre os problemas de saúde identificados no território da equipe de saúde ESF JK2, a alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.2 Descrição do problema selecionado

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a prevalência da HAS, no Brasil, atinge altas taxas variando de acordo com a faixa etária. Em adultos, por exemplo, a taxa é de 22% a 44% e em pessoas com 60 a 69 anos é de mais de 50%. Quanto ao sexo há um ligeiro aumento entre a população feminina.

Percebemos várias dificuldades no acompanhamento ao paciente hipertenso, além de avaliarmos o impacto dessa morbidade na comunidade assistida. Espera-se, com o desenvolvimento das ações do plano de intervenção, prioritariamente, pela equipe multidisciplinar da nossa ESF e seguindo diretrizes focadas na resolução dos nós críticos encontrados, proporcionar aos pacientes, informações importantes, ajudando-os na incorporação de hábitos e atitudes efetivas e definitivas para o controle da hipertensão, além de gerar mais confiança dos mesmos em relação à nossa equipe.

6.3 Explicação do problema

Sabe-se que a HAS é uma doença silenciosa no início podendo uma vez que o paciente com hipertensão pode apresentar níveis altos de pressão arterial (PA) sem apresentar sintomas, talvez por esse motivo, as pessoas hipertensas não dão a devida importância à doença e ao seu tratamento. Tal situação foi encontrada na nossa área de abrangência, isto é, várias pessoas com hipertensão não seguem as orientações médicas e nem tampouco dos demais membros da equipe de forma adequada, acarretando descontrole e surgimento de complicações em um menor período de tempo.

6.4 Seleção dos “nós críticos”

Os nós críticos levantados foram:

- ✓ Não adequação das atividades da equipe de forma eficiente;
- ✓ Não utilização de protocolos de agendamento/atendimento de forma adequada e discutido com o grupo de profissionais;
- ✓ Falta de critérios para criar uma forma otimizada de distribuição de atividades como marcação de consultas, priorizando os hipertensos graves;
- ✓ Não realização de grupos educativos e atividades extras com a comunidade.

6.5 Desenho das operações

No quadro 2, a seguir, encontram-se desenhados para cada nó crítico as operações, resultados esperados, estratégias e responsáveis.

Quadro 2: Desenho das operações para o problema da HAS na ESF JK2, Governador Valadares, 2016.

Nós críticos	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Operações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Não adequação das atividades da equipe de forma eficiente	<i>Equipe coesa</i>	Atividades da equipe de ESF para o atendimento dos hipertensos de forma prioritária e equalizada; Equipe capacitada e unida no cuidado com os pacientes com HAS.	Equipe trabalhando de forma coesa e com os mesmos objetivos. Atingir 100% dos hipertensos acompanhados; Equipe	Reuniões em equipe para discussão e tomadas de decisão efetivas no atendimento ao hipertenso. Apresentação dos projetos para a equipe.	Enfermeira; ACS Médico; Profissionais do NASF.	1 ano

<p>Não utilização de protocolos de agendamento/ atendimento de forma adequada e discutido com o grupo de profissionais</p>	<p><i>Protocolos em ação</i></p>	<p>Protocolos implantados;</p> <p>Critérios claros para criação, de forma otimizada, de distribuição de atividades, como marcação de consultas;</p> <p>Pacientes cadastrados com níveis pressóricos controlados ;</p> <p>Diminuição do risco cardiovascular na população hipertensa cadastrada.</p>	<p>Equipe trabalhando com os protocolos.</p> <p>Pacientes hipertensos com controle dos níveis pressóricos;</p>	<p>Reuniões programadas e efetivadas para discussão das ações do protocolo, sua importância e execução.</p> <p>Registro efetivo do controle dos pacientes cadastrados com HAS</p>	<p>Enfermeira</p> <p>E</p> <p>Médico</p>	<p>Indeterminado</p>
<p>Falta de critérios para criar uma forma otimizada de distribuição de atividades como marcação de consultas, priorizando os hipertensos graves</p>	<p><i>Cuidando melhor</i></p>	<p>Critérios estabelecidos e ações programadas no cuidado do hipertenso.</p> <p>O dia “D” para atendimento ao hipertenso grave.</p>	<p>Definição de um dia na semana para consultas médicas dos hipertensos graves.</p> <p>Ações educativas voltadas para os pacientes de HAS.</p>	<p>De 15 em 15 dias, as quartas feiras, atendimento prioritário aos hipertensos graves.</p> <p>Pós consulta, grupo educativo para discussões das dúvidas e orientações necessárias</p>	<p>Médico</p> <p>,Enfermeira</p> <p>e NASF</p>	<p>Indeterminado</p>

<p>Não realização de grupos educativos e atividades extra com a comunidade.</p>	<p><i>Saber mais</i></p>	<p>Pacientes conhecendo mais a doença.</p> <p>Grupos educativos com ações efetivas.</p> <p>Comunidade discutindo ações de saúde.</p>	<p>Estratégias educativas propostas e concretizadas</p> <p>Alternativas Encontradas e incorporadas na programação das equipes para o controle da enfermidade</p>	<p>Plano de ações para promoção de saúde e para melhoria da qualidade de vida do portador de HAS em nosso ESF.</p> <p>Grupos de palestras e atividades educativas em ação.</p>	<p>Médico ,Enfermeira e NASF</p>	<p>Indeterminado</p>
--	--------------------------	--	--	--	----------------------------------	----------------------

6.6 Gestão do plano

Toda a equipe se reunirá no início, quinzenalmente, ou quando se fizer necessário, para avaliar as ações propostas e efetivadas e encontrar alguma fragilidade para que possa ser sanada de início para que tudo transcorra como planejado e se alcance os objetivos definidos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este plano já está em implantação na ESF JK2 desde o primeiro momento em que iniciei meus trabalhos naquela unidade. Semanalmente temos palestras e discussões abordando o tema. Temos tentado, de certa maneira, conscientizar as participantes das palestras de que é possível desfazer os nós críticos, pois é a partir de atitudes simples que as pessoas participantes serão beneficiadas, terão melhor qualidade de vida, mais vínculo com nossa equipe e com o sistema de saúde pública

O projeto, já em execução, visa que nossa equipe da ESF JK2, possa se organizar de tal forma que não deixemos pacientes sem “abordagem”.

Os atores deste plano de intervenção são os componentes da equipe, que têm o contato direto com os pacientes, além de nós médico e enfermeira, junto com outros profissionais da saúde (NASF). Assim, tentaremos dar maior resolutividade ao problema em questão.

REFERÊNCIAS

AMARAL, D. M. D.; PERASSOLO, M. S. **Possíveis interações medicamentosas entre os anti-hipertensivos e antidiabéticos em participantes do Grupo HIPERDIA de Parobé, RS (Uma análise teórica)**. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v. 33. N. 1, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária, número 29**. Brasil. Rastreamento. Normas e Manuais Técnicos / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2010.

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

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

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Hipertensão Arterial/Riscocardiovascular** – Belo Horizonte: SMSA, 2009.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COSTA, J. M. B. S. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família**. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

FONTANIVE, P. V. N. **Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos da estratégia de saúde da família dos municípios do projeto Telessaúde RS**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do SUL – 2009.

GOMES T. J. de O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. dos. **Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa hiperdia em uma unidade de saúde da família**. Ver. Bras. Hipertens.; v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I.; ELUF-NETO, J. **Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família.** Saúde Soc. v.19, n. 3, p. 614-26, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades@. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 14 de setembro de 2015.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. **Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.** Rev. Bras. Med. Fam. Com., v. 2, p. 165-176, 2006.

PAIVA, D. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. I. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato.** Arq. Ciênc. Saúde, v.14, p. 88-94, 2007.

ROSÁRIO, T. M.; SCALA L. C. N.; FRANÇA, G. V. A.; PEREIRA, M. R. G.; JARDIM, P. C. B. V. **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT.** Arq. Bras. Cardiol., v.93, p. 672-678, 2009.

SILVA, T.; SCHENCKEL, E. P.; MENGUE, S. S. **Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário.** Cad. Saúde Pública, v. 16, p. 449-555, 2000.

SILVA, W. C. M. DA; FARAH, B. Q.; RICARTE, G. B. **Atividade física e fatores associados em usuários do programa hiperdia de uma unidade de saúde da família do Recife.** Rev. Bras. Ciênc. Saúde, v. 16, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial.** Arq. Bras. Cardiol. v.89, n. 3, p. e24-e79, 2007.

TRES, G.S.; UTZIG, J. B.; MARTINS, R.; HEINRICH, S. **Controle da pressão arterial, do diabetes mellitus e da dislipidemia na população de hipertensos de um ambulatório de residência médica.** Rev. Bras. Hipertens., v. 16, p. 143-147, 2009.