

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

MARINA CARVALHO FERREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CLAUDIONOR DO VALLE FERREIRA,
NO MUNICÍPIO DE BELMIRO BRAGA, MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA, MG

2019

MARINA CARVALHO FERREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO
AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CLAUDIONOR DO VALLE
FERREIRA, NO MUNICÍPIO DE BELMIRO BRAGA, MINAS
GERAIS**

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

Orientador: Dra. Maria Marta Amancio Amorim

JUIZ DE FORA, MG

2019

MARINA CARVALHO FERREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO
AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CLAUDIONOR DO VALLE
FERREIRA, NO MUNICÍPIO DE BELMIRO BRAGA, MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Dra. Maria Marta Amancio Amorim. Orientadora.

Examinador 2 – Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de abril de 2019.

RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica figura entre uma das três maiores causas de doença vascular, de acordo com a Organização Mundial da Saúde. Diante deste contexto, este trabalho tem por objetivo propor um plano de intervenção a fim de conscientizar a população sobre a importância da adesão ao tratamento da hipertensão, início precoce do acompanhamento e da longitudinalidade nas ações e intervenções. Para tal, foi feito um Planejamento Estratégico Situacional, na Unidade Básica de Saúde Claudionor do Valle Ferreira, no município de Belmiro Braga, Minas Gerais, por meio da metodologia de Estimativa Rápida, para a realização de um diagnóstico situacional da comunidade, norteador a escolha de nós críticos a serem abordados bem como seu desenvolvimento. Os textos utilizados como base de pesquisa foram obtidos por meio de busca na Biblioteca Virtual de Saúde, por meio do uso dos descritores que figuram neste trabalho como palavras-chave. Obteve-se como resultado, um plano de ação que mostra os principais pontos e operações a serem feitas para mudar a realidade encontrada na UBS do município em questão.

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

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is one of the three major causes of vascular disease, according to the World Health Organization. In view of this context, this study aims to propose an intervention plan in order to make the population aware of the importance of adherence to the treatment of hypertension, early onset of follow-up and longitudinality in actions and interventions. For this purpose, a Strategic Situational Planning was carried out at the Claudionor Basic Health Unit of Valle Ferreira, in the municipality of Belmiro Braga, Minas Gerais, using a Rapid Estimation methodology for a situational diagnosis of the community, guiding the choice of critical nodes to be approached as well as their development. The texts used as a research base were obtained through a search in the Virtual Health Library, using the descriptors that appear in this work as keywords. The result was a plan of action that shows the main points and operations to be made to change the reality found in the UBS of the municipality in question.

Key words: Family health strategy. Primary health care. Hypertension.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Breves informações sobre o município de Belmiro Braga	6
1.2 Condições gerais de saúde no Município	7
1.2.1 O Sistema Municipal de Saúde	7
1.3 A Equipe de Saúde da Família Verde, seu território e sua população	8
1.3.1 Atenção especializada	8
1.3.2 Atenção de urgência e emergência	8
1.3.4 Atenção hospitalar	9
1.3.5 Apoio diagnóstico	9
1.3.6 Assistência farmacêutica	9
1.3.7 Vigilância da saúde	9
1.3.8 Relação dos pontos de atenção	10
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	10
1.4.1 Lista de problemas relacionados à unidade de saúde – estrutura e funcionamento	13
1.5 Priorização dos problemas	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
4 METODOLOGIA	17
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1 Estratégia Saúde da Família	18
5.1.1 Princípios norteadores da Estratégia de Saúde da Família	19
5.1.2 O processo de trabalho	20
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	21
5.2.1. Conceituação, prevalência e diagnóstico da hipertensão arterial ...	22
5.2.2 Prevenção primária	23
5.2.3. Tratamento	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Descrição do problema selecionado	25
6.1.1 Definição	25
6.1.2 Classificação	26
6.2. Explicação do problema	26
6.3. Seleção dos nós críticos	27
6.4 Desenho das operações	27
6.4.1. Desenho das operações	28
6.4.2 Identificação dos recursos críticos	30
6.4.3 Análise da viabilidade do plano	30
6.4.4 Elaboração do plano operativo	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Belmiro Braga

Belmiro Braga é uma cidade com 3503 habitantes, segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017). Localizada na zona da Mata Mineira, situando-se a 96 km de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, e a 19 km a Sul-Oeste de Juiz de Fora, a maior cidade nos arredores. Possui Índice de Desenvolvimento Urbano (IDH) no ano de 2010 de 0,660, taxa de urbanização 32,29%, renda familiar média na área urbana de 1679 reais e na área rural de 1341 reais (IBGE, 2017a).

O limite administrativo de Belmiro Braga é cercado pelos municípios de Matias Barbosa, Simão Pereira, Santa Bárbara do Monte Verde, Juiz de Fora, Paraíba do Sul (RJ), Comendador Levy Gasparian (RJ), e Rio Das Flores (RJ). O acesso a outros municípios é realizado principalmente pela MG 353 e BR 040. (IBGE, 2017a).

Segundo dados do IBGE (2017) o distrito foi criado com a denominação de Vargem Grande, pela lei provincial nº 2921, de 26-09-1882, e pela lei estadual nº 2, de 14-09-1891, subordinado ao município de Juiz de Fora, assim permanecendo em divisões territoriais datadas de 31-11-1936 e 31-12-1937. Depois, o distrito passou a denominar-se Ibitiguara, pelo decreto-lei estadual nº 1058, de 31-12-1943. O distrito foi finalmente elevado à categoria de município com a denominação de Belmiro Braga, pela lei estadual nº 2764, de 30-12-1962, desmembrado de Juiz de Fora; sendo, então, constituído de três distritos: Belmiro Braga, Porto das Flores e Três Ilhas (ex-São José das Três Ilhas, todos desmembrados de Juiz de Fora. O topônimo originou-se de uma homenagem ao grande poeta Belmiro Braga, nascido nesta localidade (IBGE, 2017).

Em divisão territorial datada de 1-1-1979, o município é constituído de três distritos: Belmiro Braga, Porto das Flores e Três Ilhas. Assim permanecendo

em divisão territorial datada de 2007. Hoje a maior da população reside na zona rural, 67,7% e 32,3% reside na área urbana (IBGE, 2017 a).

1.2 Condições gerais de saúde no Município

As condições de saneamento e serviços correlatos do município interferem nas condições de saúde da população. Dados do censo demográfico de 2010 revelaram que na zona rural 21,5% das casas permanentes possuíam saneamento adequado, 25% semi-adequado e 53,5% inadequado; na zona urbana 62,2% dos domicílios permanentes possuíam saneamento adequado e 37,8% inadequado. O município possui alta taxa de analfabetismo principalmente entre a população da zona rural que é de 32% (IBGE, 2017 b).

Conforme dados do último Censo Demográfico realizado em 2010, o município possuía 54% da população economicamente ativas, com taxa de ocupação de 93,13%, dessas 533 com carteira assinada, 500 sem carteira assinada, 148 empregados militares e funcionários públicos estatutários, 103 funcionários da administração pública e 71 pessoas trabalham por conta própria (IBGE, 2017 b).

1.2.1 O Sistema Municipal de Saúde

As principais causas de internação hospitalar no município foram doenças cardiovasculares, doenças endócrinas, doenças do aparelho geniturinário, doenças respiratórias e neoplasias. As causas de óbito em Belmiro Braga correspondem às mesmas que acometem populações com as mesmas características demográficas e condições sociais, inclusive nos níveis regional e estadual. Cerca de 30%, foram por doenças do aparelho geniturinário, respiratório e doenças endócrinas; 10% correspondem às causas externas e a principal causa de mortalidade, cerca de 30%, a tumores e neoplasias. Vale salientar ainda, que Belmiro Branca conta com uma policlínica com médicos plantonistas 24h para o primeiro atendimento das urgências e emergências. O

município tem como referência para internação hospitalar e atendimento especializado a cidade de Juiz de fora.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Verde, seu território e sua população

Ainda de acordo com os dados do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB,2017) a rede assistencial de saúde em Belmiro Braga está estruturada a partir da ESF com cobertura de 100% da população. O município conta com uma equipe de ESF que funciona em dias úteis, de 7 às 16hs. Possui uma equipe de saúde bucal e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A equipe de saúde atende em sete UBS, garantindo cobertura de 100% da população. Algumas das UBS contam com pontos de apoio em comunidades rurais adjacentes, nas quais se realiza atendimento de habitantes de localidades mais distantes e que apresentam maior dificuldade de acesso. A infraestrutura da unidade sede e as de apoio são precárias fisicamente e os recursos materiais são limitados

1.3.1 Atenção especializada

A atenção especializada do Município de Belmiro Braga é realizada em Juiz de Fora, cidade a 35 km de distância, através da pactuação com o Centro Viva Vida, Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) adulto (tratamento de hipertensos, diabéticos, doentes renais crônicos, entre outros.), CEAE mulher (mastologista, ginecologista e obstetra), Instituto da criança e adolescente. É fornecido pelo município transporte adequado para os pacientes para esse deslocamento. Vale salientar que a cidade conta apenas com um especialista em ortopedia atuando no local (SISAB, 2016).

1.3.2 Atenção de urgência e emergência

A policlínica da cidade conta com médicos plantonistas 24 horas para o primeiro atendimento das urgências e emergências, porém apresenta infraestrutura precária e poucos recursos materiais.

Após o atendimento o paciente é regulado via Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU - para a cidade de Juiz de Fora, sendo removido para Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), maternidades (Hospital Maternidade Terezinha de Jesus para gestantes de baixo risco e Hospitais Dr. João Penido e Santa Casa de Misericórdia para gestante de alto risco), hospitais nível III (com especialistas presenciais, unidade de terapia intensiva, unidade coronariana, etc.).

1.3.4 Atenção hospitalar

A atenção hospitalar é realizada em Juiz de fora através dos hospitais pactuados no Sistema Único de Saúde (SUS), Hospital Dr. João Penido, Hospital Maternidade Terezinha de Jesus, Hospital Dr. João Felício, Hospital São Vicente de Paula, Hospital Santa Casa de Misericórdia e Hospital Ana Nery. Vale ressaltar que os pacientes são transferidos para estes via regulação do SAMU ou via regulação SUS fácil.

1.3.5 Apoio diagnóstico

O apoio diagnóstico é realizado através das Unidades de Pronto Atendimento do município e hospitais credenciados da rede de pactuação acima citados. A cidade de Belmiro Braga não possui radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e nem laboratórios de análises clínicas.

1.3.6 Assistência farmacêutica

É realizada através da Farmácia Básica, que está presente na Unidade de Saúde Claudionor do Valle Ferreira, ao lado da UBS de Belmiro Braga, que possui mais de 200 medicamentos padronizados. Também há uma farmácia particular que atende como farmácia popular do SUS. Há ainda atendimento de urgência com a possibilidade de fornecimento de medicamentos não padronizados pelo SUS.

1.3.7 Vigilância da saúde

A vigilância em saúde no município inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, a

vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

1.3.8 Relação dos pontos de atenção

O município possui características de modelos mistos de saúde, fragmentado e em rede. A fragmentação pode ser notada na falta de comunicação entre os diversos tipos de atenção, principalmente o terciário. Há um efetivo sistema de referência e contra referência entre a atenção básica e os ambulatórios especializados. O paciente sai da atenção básica com um encaminhamento descrevendo seu caso e o motivo da chegada à UBS. Este fato facilita a continuação dos cuidados. Um sistema em rede pode ser visto entre a atenção básica e secundária no que se refere ao Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra - ACISPES (CEAE adulto, mulher e crianças).

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

Durante o desenvolvimento do trabalho na unidade de saúde, foi possível levantar um apanhado de problemas encontrados no cotidiano e que servem como pontos de reflexão. Na UBS de Belmiro Braga existem diversos problemas que envolvem os aspectos mais variados que vão desde questões estruturais, materiais, manejo de comorbidades crônicas entre outros.

A população que compõe a área de abrangência e atuação da unidade é muito diversificada. No mesmo território coexistem microáreas em que há maior poder aquisitivo e mais infraestrutura e áreas mais carentes na sua maioria. Alguns locais possuem muitos becos e vielas, grande quantidade de fazendas na zona rural, o que dificulta o acesso. Há pontos de conflito e uso de drogas, fato que prejudica a circulação da própria equipe de saúde, que fica muito limitada nas visitas domiciliares.

Os diferentes níveis de educação influenciam no manejo das comorbidades crônicas, uso de medicações gerais e utilização excessiva de medicamentos de controle especial relacionados à saúde mental.

Apesar da reforma recente, a UBS conta com diversos problemas físicos, a começar pela acessibilidade. Há inúmeros degraus, o que dificulta o acesso das pessoas cadeirantes, aquelas com dificuldade de mobilização e dificuldade visual. A recepção é pequena, o que causa acúmulo de pacientes e confusão nos dias de maior demanda. Não há ambiente adequado para a realização das reuniões, a maioria das reuniões tem que ser feita em uma sala improvisada da unidade e não há cadeira para todos os membros da equipe. Há local adequado para realização de curativos, armazenamento de materiais e remédios. Há também geladeira na unidade, o que possibilita a existência de uma sala de vacinas. A cozinha é extremamente pequena, o banheiro muito apertado e sem nenhuma ventilação.

O município possui características mistas entre um modelo fragmentado e um em rede. Assim, não há um efetivo sistema de referência e contrarreferência entre a atenção básica e os ambulatórios especializados. O paciente sai da atenção básica com um encaminhamento descrevendo sucintamente seu caso e o motivo do encaminhamento, porém a contrarreferência não chega a unidade básica. Este fato prejudica a longitudinalidade e coordenação dos cuidados, uma vez que muitos pacientes não sabem relatar qual a conduta definida pelo profissional da atenção secundária. Da mesma forma, há fragmentação em relação aos serviços de urgência e emergência. Um sistema em rede pode ser visto na relação entre atenção básica e secundária no que se refere ao Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - HIPERDIA, que sempre manda relatórios periódicos explicitando as condições de saúde do paciente, o tratamento proposto e os cuidados que devem ser adotados conjuntamente.

Entre os problemas de saúde mais prevalentes encontrados na comunidade, podem ser citados: baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, excesso de peso, tabagismo, uso crônico de benzodiazepínicos. Existe um elevado número de pacientes hipertensos e diabéticos mal controlados no território. Tais comorbidades elevam e são a principal causa de morbimortalidade, uma vez que acometem diversos órgãos e sistemas, afetando diretamente a qualidade de vida. Muitos pacientes acompanhados na unidade de saúde estão com mobilidade reduzida ou acamados devido a acidente vascular encefálico decorrente do controle pressórico inadequado, existem pacientes que perderam a visão devido a elevados níveis pressóricos e glicêmicos. Inúmeros fatores contribuem para estes problemas, como a falta de informações a respeito do tratamento e sua importância, o não acompanhamento periódico por meio de consultas, uso incorreto e descontínuo das medicações.

Apesar de existir um dia específico na agenda dedicado a pacientes hipertensos e diabéticos, muitos continuam com a mentalidade de deixar com o ACS a receita e esta ser renovada pelo médico. Desde junho deste ano, quando assumi os pacientes do HIPERDIA, passei a não renovar a receita sem a presença dos pacientes, pois muitos usavam as mesmas medicações há anos e não passavam por reavaliação.

A falta de informações sobre a importância do acompanhamento destes pacientes na atenção básica, o início tardio do acompanhamento, a elevada taxa de abandono das consultas e da realização dos exames contribui para a elevada taxa de mortalidade devido à hipertensão arterial sistêmica no município.

Existe um aspecto cultural na comunidade relacionado ao uso de medicamentos benzodiazepínicos. Muitos pacientes, entre eles idosos, fazem uso de longa data destas medicações, sem saber os riscos. Durante muitos

anos as receitas destes fármacos eram apenas renovadas, sem avaliação ou utilização de critérios de uso.

Há uma desorganização no que se refere à sistematização dos dados obtidos, o que dificulta a transformação dos dados em informações o que poderia ajudar no processo de trabalho e no manejo dos problemas. A unidade possui apenas um computador, a ser compartilhado por toda equipe, isso dificulta a passagem dos dados para os sistemas informatizados, como o e-sus (implementado recentemente), que ajuda na coleta de dados.

1.4.1 Lista de problemas relacionados à unidade de saúde – estrutura e funcionamento.

1. Há deficiência na geografia dos pontos de apoio que dificultam o acesso de alguns grupos de pessoas.
2. Dificuldade na locomoção entre os pontos de serviço da rede, logo, nem sempre, é possível acompanhar o paciente nos pontos de atenção à saúde.
3. Falta de comunicação entre os serviços da rede, com isso nem sempre é possível acompanhar o paciente nos pontos de atenção à saúde.
4. Há também uma considerável taxa de analfabetismo, principalmente na população idosa, trazendo consequências sobre a saúde, o que incluem a dificuldade para informar sobre as próprias doenças, compreender e realizar adequadamente o tratamento.
5. Diagnóstico tardio de várias doenças principalmente às oncológicas.

1.5 Priorização dos problemas

O quadro 1 apresenta os principais problemas na UBS Claudionor do Valle Ferreira, bem como o grau de urgência, prioridade e capacidade de enfrentamento dos mesmos.

Quadro 1. Priorização dos Problemas na Unidade Básica de Saúde Claudionor do Valle Ferreira, no município de Belmiro Braga, MG.

Problemas	Importância	Urgência (0 a 5 pontos)	Capacidade de enfrentamento	Prioridade
Hipertensão arterial sistêmica	ALTA	5	Parcial	1
Doenças endócrinas (diabetes) /Neoplasias	ALTA	5	Parcial	2
Uso crônico e/ou abusivo de benzodiazepínicos	ALTA	4	Parcial	3
Realização de contra referência de médicos especialistas	ALTA	3	Fora	4
Problemas ambientais e estruturais da sede da unidade	ALTA	3	Fora	5
Preenchimento adequado de informações em banco de dados	ALTA	2	Total	6

Fonte: autoria própria (2018)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

Total, parcial ou fora *Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

No município de Belmiro Braga-MG o problema prevalente identificado após discussão com a equipe da ESF remete-se a alta taxa de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que não aderem ao tratamento; sua importância reside não somente aos danos físicos causados às pessoas acometidas por ela, como também no impacto social e psicológico que provocam.

Os dados informados pelos ACS indicam que pelo menos 26% da população, um em cada quatro habitantes, são portadores de HAS, e destes a maior parte são idosos. Os dados informados são uma média da porcentagem de pacientes de uso crônico de anti-hipertensivos relatados pelas ACS. No entanto, não referem às bases de dados do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), já que muito recentemente, há três meses foi implementado o e-sus.

O objetivo do tratamento da HAS é a redução da morbimortalidade e manutenção da qualidade de vida das pessoas “doentes”. Há evidências em vários estudos científicos que pessoas que recebem tratamento eficiente e regular melhoram o prognóstico da doença e evitam danos provocados por ela como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal crônica. Por ser um tratamento longo, um dos problemas frequentes para a equipe da ESF é a busca ativa a estes doentes e a dificuldade em seguir o tratamento de forma regular e sistêmica. Verifica-se assim que, embora a adesão ao tratamento seja de fundamental importância não é um comportamento fácil de adquirir no município em que trabalho.

Identificar os problemas de saúde de uma região assim como buscar alternativas para solucioná-los depende do esforço da equipe em compreender os problemas, estabelecer prioridades e buscar alternativas de resolução.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Propor um plano de intervenção a fim de conscientizar a população sobre a importância da adesão ao tratamento da HAS, início precoce do acompanhamento e da longitudinalidade nas ações e intervenções.

Objetivos específicos:

Identificar na comunidade de Belmiro Braga os principais entraves ao acompanhamento desses pacientes.

Detalhar os fundamentos teóricos utilizados na formulação do problema e no manejo de possíveis intervenções.

4 METODOLOGIA

O Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), por meio da metodologia de Estimativa Rápida, foi utilizado para a realização de um diagnóstico situacional da comunidade de Belmiro Braga, norteando a escolha de nós críticos a serem abordados bem como seu desenvolvimento.

Durante a etapa de elaboração da tarefa relacionada ao diagnóstico situacional foram efetuadas reuniões com a equipe de saúde da família, utilização de informantes-chaves, dados de pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, dados sobre informações a respeito da atenção primária disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS (SISAB), dados coletados pela equipe de saúde da unidade e informações fornecidas pela Secretaria de Saúde da cidade de Belmiro Braga.

Por meio da discussão dos principais problemas apresentados na comunidade, foram discutidas com a equipe de saúde quais seriam os principais entraves a serem enfrentados. A partir disso, foi elaborada um quadro com o problema, nota de urgência, capacidade de enfrentamento pela equipe e classificação de prioridade. A partir da definição e priorização dos problemas foram elaborados os objetivos a serem trabalhados durante o enfrentamento da questão, bem como as principais medidas de intervenção.

No que tange à revisão de literatura, os textos utilizados como base de pesquisa foram obtidos por meio de busca na Biblioteca Virtual de Saúde, por meio do uso dos descritores que figuram neste trabalho como palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão.

Mediante os textos encontrados, foram utilizados aqueles que mais continham informações específicas sobre o tema.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

De acordo com estudos de Soratto et. al (2015), a ESF representa uma importante alternativa estruturante para a política de saúde brasileira, para o cumprimento de seu objetivo de atender ao disposto na Constituição Brasileira de 1988 sobre saúde, e aos princípios do SUS.

Segundo o Ministério da Saúde a ESF foi criada em 1994, inicialmente com o nome Programa Saúde da Família (PSF). A Estratégia contínua de Saúde da Família utiliza princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) formulados na Conferência de Alma Ata, e tem por fundamento as premissas requeridas com a criação do SUS. A construção e implantação da ESF resultam de um conjunto de embates em torno de diferentes concepções ideológicas e atores sociais ao longo dos anos, e a forma como a ESF é assumida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) hoje, é resultado, também de várias formulações e reformulações decorrentes principalmente das discussões no campo da saúde.

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde:

A ESF visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2018 - online).

Um ponto importante para o funcionamento da ESF é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico

de enfermagem; e ACS. Podem fazer parte da equipe, também, os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Relata-se, ainda, que cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, porém, a média recomendada é de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. O número de pessoas por equipe deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias do território de atendimento, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas atendidas por equipe (BRASIL, 2018).

5.1.1 Princípios norteadores da Estratégia de Saúde da Família

Segundo Dalpiaz e Stedile (2011), a implantação da ESF no Brasil ocorreu juntamente com o Pacto em Saúde em 2006 que se divide em três componentes centrais: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O Pacto tem a finalidade de consolidar o SUS, buscando fortalecer principalmente a Atenção Básica em saúde e focalizando em ações de promoção a saúde.

A Atenção Básica em saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2006 é orientada pelos seguintes princípios: “[...] da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006, p. 1).

De acordo com a PNAB, a ESF deve:

- I. ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as ESF atuam;
- II. atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde e doença da população;
- III. desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV. buscar a integração com instituições e

organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e V. ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006, p. 20).

Mediante as diretrizes acima citadas, Dalpiaz e Stedile (2011) relatam que os aspectos indicados coadunam-se com as diretivas gerais do SUS. Entretanto, as equipes da ESF atuam em territórios delimitados, assim deve-se considerar as características específicas e prioridades de cada território, a partir do diagnóstico situacional, para que o planejamento e programação das ações e serviços de saúde sejam específicos, elevando qualidade dos mesmos e priorizando o atendimento direcionado aos problemas e necessidades de cada território. Nesses contextos, as ESFs devem substituir o modelo tradicional de atenção à saúde, focalizando o trabalho em equipe e estabelecendo a família como objeto de trabalho para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e proteção a saúde.

5.1.2 O processo de trabalho

Segundo a PNAB, além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua; III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes; IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais

e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006, p.26).

Pode-se perceber que um trabalho comprometido das equipes vinculadas à ESF é de suma importância para que os atendimentos sejam efetuados e as famílias sejam todas atendidas. Além disso é essa equipe que fará a avaliação das ações e as adequações necessárias no caso de alguma falha ou modificação visando ao atendimento de qualidade em cada território. No caso deste trabalho, destaca-se o papel das equipes da ESF no que se refere ao acompanhamento, sistematização e cuidado familiar dos pacientes acometidos por HAS no âmbito do município de Belmiro Braga, MG.

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a doença cardiovascular como primeira causa de morte relacionada nas sociedades ocidentais, sendo que a HAS figura como uma das três principais doenças responsáveis por tal evidência. Trabalhos de Francischetti e Sanjuliani (2005) afirmam a necessidade de um maior desenvolvimento de estratégias populacionais de prevenção dos fatores de risco diante do progressivo crescimento na prevalência das doenças cardiovasculares.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2006), a estimativa de prevalência da HAS varia de 22,3% a 44%, de acordo com a área estudada, em nosso país. Souza et. al (2006) relatam a existência de trabalhos que apontam a associação de HAS e suas características epidemiológicas, tais como idade, sexo, nível socioeconômico, consumo de álcool e obesidade, sendo os mesmos citados na V Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica (SBC, 2006).

5.2.1. Conceituação, prevalência e diagnóstico da hipertensão arterial

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2010, p.1), pode-se definir HAS como:

uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

De acordo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2006), a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo 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.

As diretrizes afirmam ainda que estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Estudos de Rosário et al. (2009) demonstram que no Brasil há baixos níveis de controle da PA (19,6%), enfatizando que os resultados encontrados podem estar superestimados, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados.

Segundo estudos de Pereira et al. (2009) a comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em estudos de 35 países, revelaram taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura da ESF, demonstrando a importância dos esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS.

5.2.2 Prevenção primária

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2010), a prevenção primária da HAS será feita por meio de medidas não-medicamentosas e medicamentosas. O documento apresenta, ainda, estratégias para a implementação de medidas de prevenção, que serão aqui explanadas.

Como medidas não-medicamentosas, as diretrizes citadas apresentam com base na SBC (2010), as mudanças no estilo de vida como uma atitude entusiasticamente recomendada na prevenção primária da HAS, principalmente nos indivíduos com PA limítrofe. Relata-se que mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular. Aponta-se, ainda que:

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. (SBC, 2010, p. 3)

Mediante o descrito, percebe-se que os hábitos são um quesito chave no que diz respeito à prevenção por via não-medicamentosa. Com relação às medidas medicamentosas, estudos realizados para avaliar a eficácia e a segurança de medicamentos na prevenção da HAS, indicam que estratégia medicamentosa foi bem tolerada e preveniu o desenvolvimento de HAS em populações jovens de alto risco. No caso de indivíduos com comportamento limítrofe da PA deve-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto (WILLIAMS et al., 2008).

5.2.3. Tratamento

A decisão da abordagem terapêutica a ser utilizada no tratamento da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-

hipertensivos. O objetivo é reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir DCV e renais (SBC, 2010).

Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial (SBC, 2016),

(...) resultados de estudos clínicos controlados e randomizados com uso de fármacos anti-hipertensivos placebo controlados em hipertensos demonstraram claramente redução significativa de mortalidade, DCV, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca Cabe destacar que a maioria desses estudos avaliou indivíduos com idade ≥ 55 anos, de alto risco DCV e tempo de seguimento de 3 a 6 anos, limitando, portanto, a extrapolação desses benefícios para o tratamento de longo prazo e em pacientes com outras características (SBC, 2016, p.25).

A decisão com relação à abordagem medicamentosa para cada paciente, deverá considerar os estágios e níveis de PA, os FR apresentados, alguma lesão de órgão alvo (LOA), a presença de DCV bem como a faixa etária do paciente, com especial atenção para os idosos. Com relação às abordagens para os mais diferentes casos, indica-se a leitura da sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2016).

Diante das propostas de prevenção por via não-medicamentosa e das propostas de intervenção medicamentosa, levando em consideração o contexto em análise neste trabalho, para o Município de Belmiro Braga (MG), apresenta-se, uma proposta de intervenção, com foco na promoção e prevenção da saúde:

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

A proposta de intervenção trazida por este trabalho refere-se à alta prevalência de HAS no município de Belmiro Braga, MG. Assim, pretende-se executar uma série de intervenções, abaixo explanadas no sentido da promoção e prevenção de saúde, no âmbito da ESF. Desse modo, diante de cada problema encontrado, propõe-se algum tipo de intervenção.

Para o preenchimento adequado da documentação do paciente hipertenso, com estratificação do risco cardiovascular, um dos problemas encontrados na pesquisa, propõe-se a capacitação técnica de médicos e enfermeiros para preencher corretamente o prontuário, ficha cadastral e caderneta do hipertenso. Isso se dará por meio de palestras, oficinas e treinamentos.

Diante da falta de informação e pouca importância dada pelos pacientes hipertensos com relação aos exames e suas implicações, pretende-se fazer palestras em grupo e abordagens individuais nas consultas.

Outro problema encontrado tem relação com o início tardio do acompanhamento, o que pode ser minimizado mediante uma campanha educativa e a realização de busca ativa por parte dos ACS. Outros pontos encontrados estão abaixo descritos, juntamente com suas respectivas ações.

6.1.1 Definição

HAS também chamada de pressão alta, é caracterizada pela pressão arterial sistólica (em momento de contração) maior ou igual a 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e diastólica (de dilatação) maior ou igual a 90 mmHg. Ou seja, se a PA estiver maior ou igual a 14 por 9, ela é considerada alta (SBC, 2006).

A prevalência de HAS nos últimos 20 anos, está acima de 30% na população brasileira com mais de 50 anos, entre 60 a 69 anos é de 50%, e acima de 70

anos é de 75%. Entre os gêneros a prevalência é maior nos homens - 38%, do que nas mulheres - 32% (SBC, 2006).

6.1.2 Classificação

Os valores de PA em indivíduos acima de 18 anos classificam-se em:

Ótima: Pressão sistólica <120 e Pressão diastólica <80

Normal: Pressão sistólica <130 e Pressão diastólica: <85

Limítrofe: 130-139 e Pressão diastólica: 85-89

Hipertensão estágio 1: Pressão sistólica: 140-159 e Pressão diastólica: 90-99

Hipertensão estágio 2: Pressão sistólica: 160-179 e Pressão diastólica: 100-109

Hipertensão estágio 3: Pressão sistólica: = 180 e Pressão diastólica = 110

Hipertensão sistólica isolada: Pressão sistólica: = 140 e Pressão diastólica: < 90 (SBC, 2006).

6.2. Explicação do problema

O diagnóstico de HAS muitas vezes é negligenciado pelo fato da maioria dos pacientes apresentarem-se assintomáticos. Quando o quadro se agrava a pessoa com diagnóstico de HAS já apresenta complicações, acarretando lesões graves e altas taxa de mortalidade. O alto índice de pacientes portadores de HAS explica-se pelos seguintes motivos.

- Idade Avançada: a PA aumenta linearmente com a idade. Isso porque os vasos sanguíneos perdem a flexibilidade com o envelhecimento, o que gera uma pressão crescente sobre o sistema cardiovascular do corpo.
- Sedentarismo: a falta de atividade física regular
- Alimentação à base de carboidratos e uso abusivo de sódio: o sal é um mineral formado principalmente por cloreto de sódio que em quantidades excessivas no organismo retém líquido, aumentando o volume sanguíneo, e como consequência, o aumento da PA.
- Hereditariedade.
- Obesidade.
- Níveis elevados de colesterol.

- Tabagismo: a nicotina é uma das substâncias que acarreta vasoconstrição (diminuição do calibre dos vasos) direta de veias e artérias, além do aumento de substâncias que causam elevação da frequência cardíaca.
- Consumo excessivo de álcool: a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e o risco cardiovascular em geral.

6.3. Seleção dos nós críticos

- Alta taxa de analfabetismo: em Belmiro Braga temos uma taxa de analfabetismo de 12,8%. A maioria dos pacientes hipertensos não entendem de fato a doença e a importância da adesão de seu tratamento.
- Fatores socioeconômicos.
- Cultura hospitaleira: ou seja, o paciente somente procura por atendimento médico quando já está acometido por alguma enfermidade e não há essa procura para prevenção de doenças.
- População predominantemente idosa.
- Processo de trabalho da equipe de saúde: ausência de sincronia entre as condutas médicas e ausência de comunicação interdisciplinar entre os membros da equipe.

6.4 Desenho das operações

- Grupo de hipertensos com palestras e dinâmicas de grupo para maior conscientização do problema e adesão ao tratamento, realizados de preferência trimestralmente.
- Busca ativa pelos ACS de pacientes hipertensos, principalmente os de alto risco cardiovascular.
- Acompanhamento através de consultas médicas ~~dos~~ pacientes no mínimo a cada três meses de pacientes com alto risco cardiovascular, e a cada seis meses de paciente com hipertensão arterial leve e moderada.
- Acompanhamento nutricional desses pacientes, principalmente através da nutricionista do NASF.
- Aferições de PA semanal por um profissional de saúde com anotação da aferição em cartão específico que é cedido aos pacientes hipertensos.

6.4.1. Desenho das operações

No quadro 2 são apresentadas as principais operações a serem feitas ou modificadas na UBS, bem como os produtos esperados de tais operações e os recursos necessários para que as mesmas sejam realizadas.

Quadro 2: Desenho das operações sobre os problemas na Unidade Básica de Saúde Claudionor do Valle Ferreira, no município de Belmiro Braga, MG.

Problema	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Preenchimento adequado da documentação do paciente hipertenso com estratificação do risco cardiovascular (capacitação técnica)	Capacitação técnica de médicos e enfermeiros/preenchimento do prontuário, ficha cadastral e caderneta do hipertenso.	Reduzir a zero o nível de preenchimento inadequado e a falta de dados importantes sobre os hipertensos anotados em prontuários, fichas e caderneta para anotação dos níveis pressóricos.	Palestras e oficinas práticas de treinamento ao atendimento ao paciente hipertenso realizado por médicos e enfermeiros.	Organizacional: organização de palestras e oficinas Cognitivo: informação sobre o tema e estratégia de preenchimento Político: conseguir utilizar espaços internos da unidade para realização de oficinas Financeiro: recursos audiovisuais e impressos (incluindo formulários pré-estabelecidos e padrões)
Importância dos exames de rotina	Informar aos hipertensos sobre a importância de cada exame e suas implicações.	Melhora no índice de realização de exames conforme	Grupos operativos que por meio de palestras e oficinas alertem para os exames, suas finalidades e importância. Abordagem	Organizacional: organização dos grupos operativos Cognitivo: dinâmica na elaboração dos grupos, troca de experiências entre profissionais

		estratificação da hipertensão (baixo, moderado ou alto risco cardiovascular).	individual de dúvidas e esclarecimentos a cada consulta	e usuários Político: conseguir local, mobilização da população Financeiro: recursos audiovisuais e impressos
Início precoce do acompanhamento	Realização de busca ativa por parte dos agentes de saúde	Minimizar os impactos (doenças secundárias causados pela doença)	Campanha educativa com os agentes de saúde para realização de busca ativa	Organizacional: organizar reuniões de equipe com enfoque na busca ativa Cognitivo: informações locais e dados territoriais Político: recursos para realização das visitas Financeiro: carro para os deslocamentos a locais mais distantes de visita
Acompanhamento correto e presença contínua nas consultas	Conscientização e informação sobre acompanhamento do hipertenso.	Zerar a taxa de falta nas consultas já agendadas.	Capacitação para orientação correta sobre o tema a ser abordado em consultas individuais, na busca ativa e em grupos de hipertensos.	Organizacional: agenda Com momentos para reunião, capacitação e palestras Cognitivo: capacidade comunicativa, busca de informações, Político: adesão da equipe e dos hipertensos Financeiros: recursos físicos, audiovisuais e impressos.

--	--	--	--	--

Fonte: autoria própria (2018)

6.4.2 Identificação dos recursos críticos

O quadro 3 apresenta cada operação e os recursos críticos para a realização das mesmas.

Quadro 3: Operações e Recursos Críticos na Unidade Básica de Saúde Claudionor do Valle Ferreira, no município de Belmiro Braga, MG.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Capacitação técnica	Político: uso dos espaços para realização de capacitação, palestras dadas por profissionais treinados. Financeiro: para recursos audiovisuais e impressos.
Importância dos exames de rotina	Político: espaço para realização de grupos operativos e palestras Financeiro: difusão das palestras por meio da rádio local e panfletos
Início precoce acompanhamento	Organizacional: treinamento dos agentes e incentivo a busca ativa de hipertensos do território.
Acompanhamento correto e presença contínua nas consultas	Político: uso dos espaços para realização de capacitação, palestras Financeiro: difusão das palestras por meio da rádio local e panfletos

Fonte: autoria própria (2018)

6.4.3 Análise da viabilidade do plano

O quadro 4 apresenta uma análise de viabilidade do plano de ação, apresentando as ações estratégicas para cada operação, bem como seus responsáveis.

Quadro 4: Análise de viabilidade do plano na Unidade Básica de Saúde Claudionor do Valle Ferreira, no município de Belmiro Braga, MG.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica

Capacitação técnica	Político: uso dos espaços para realização de capacitação, palestras dadas por profissionais treinados Financeiro: para recursos audiovisuais e impressos	Salão de convenção da igreja, pátio da escola do bairro, Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto
Importância dos exames de rotina	Político: espaço para realização de grupos operativos e palestras Financeiro: difusão das palestras por meio da rádio local e panfletos.	Salão de convenção da igreja, pátio da escola do bairro, Secretaria de Saúde, rádio local	Favorável	Apresentar o projeto
Início precoce acompanhamento	Organizacional: treinamento dos agentes, e incentivo à busca ativa de hipertensos do território.	Médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde	Favorável	Realização de reuniões de equipe
Acompanhamento correto e presença contínua nas consultas	Político: uso dos espaços para realização de capacitação e palestras Financeiro: difusão das palestras por meio da rádio local e panfletos	Salão de convenção da igreja, pátio da escola do bairro, Secretaria de Saúde, rádio local	Favorável	Apresentar o projeto

Fonte: autoria própria (2018)

O quadro 5 apresenta as operações, estratégias para que sejam viabilizadas, os produtos esperados e os responsáveis por cada operação

Quadro 5. Quadro síntese na Unidade Básica de Saúde Claudionor do Valle Ferreira, no município de Belmiro Braga, MG.

Operação	Resultados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
-----------------	-------------------	---------------------------	-------------------------	--------------------	--------------

Capacitação Técnica	Reduzir a zero o nível de preenchimento inadequado e a falta de dados importantes sobre os hipertensos anotados em prontuários, fichas e caderneta para anotação de níveis pressóricos.	Palestras e oficinas práticas de treinamento ao atendimento aos hipertensos realizados por médicos e enfermeiros	Apresentar o projeto	Médica, enfermeira	Início em 3 semanas, monitoramento contínuo de educação permanente
Importância dos exames de rotina	Melhora no índice de realização de exames periódicos conforme estratificação da doença.	Grupos operativos que por meio de palestras e oficinas alertem para os exames, suas finalidades e importância. Abordagem individual de dúvidas e esclarecimentos a cada consulta	Apresentar o projeto	Médica, enfermeira	Início em 1 semana, término em 3 meses. Repetição semestral
Início precoce do acompanhamento	Conscientização e informação sobre a importância do acompanhamento do hipertenso	Campanha educativa com os agentes de saúde para realização de busca ativa	Realização de reuniões de equipe	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde	Início em 2 semanas, término em 1 mês. Controle mensal
Acompanhamento correto e presença	Zerar a taxa de faltas nas consultas já agendadas	Capacitação para orientação correta sobre o tema a ser abordado em consultas	Apresentar o projeto	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários	Início em 1 mês, término em 6 meses.

contínua nas consultas		individuais, na busca ativa e em grupos de hipertensos.		de saúde	
------------------------	--	---	--	----------	--

Fonte: autoria própria (2018)

6.4.4 Elaboração do plano operativo

O desenvolvimento do plano operativo possibilitou a definição do problema a ser abordado pela equipe: a importância da adesão ao tratamento da HAS. Foram identificados os seguintes nós críticos: má assistência ao paciente hipertenso, incluindo preenchimento inadequado de documentação, não realização de todos os exames, abandono dos pacientes que não entendem a necessidade das consultas periódicas e da realização dos exames, início tardio do tratamento, desinformação geral.

Durante conversas nas reuniões de equipe decidiu-se atuar sobre a parte que cabe diretamente a atenção básica, excluindo problemas relacionados a outros níveis de atenção como secundário e terciário. Desta forma, novos nós críticos foram delimitados:

- Preenchimento adequado da documentação do paciente hipertenso com estratificação de risco cardiovascular.
- Realização dos exames de rotina.
- Início precoce do acompanhamento.
- Informações sobre a importância do acompanhamento correto e presença nas consultas.

O quadro 6 apresenta os problemas selecionados pela equipe que atua na Atenção básica, excluindo aqueles relacionados a outros níveis de atenção como secundário e terciário:

Quadro 6: Nós-críticos selecionados pela Unidade Básica de Saúde Claudionor do Valle Ferreira, no município de Belmiro Braga, MG

Problema	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Preenchimento adequado da documentação do paciente hipertenso com estratificação do risco cardiovascular (capacitação técnica)	Capacitação técnica de médicos e enfermeiros/preencher prontuário, ficha cadastral e caderneta do hipertenso.	Reduzir a zero o nível de preenchimento inadequado e a falta de dados importantes sobre os hipertensos anotados em prontuários, fichas e caderneta para anotação dos níveis pressóricos.	Palestras e oficinas práticas de treinamento ao atendimento ao paciente hipertenso realizado por médicos e enfermeiros.	Organizacional: organização de palestras e oficinas Cognitivo: informação sobre o tema e estratégia de preenchimento Político: conseguir utilizar espaços internos da unidade para realização de oficinas Financeiro: recursos audiovisuais e impressos (incluindo formulários pré-estabelecidos e padrões)
Importância dos exames de rotina	Informar aos hipertensos sobre a importância de cada exame e suas implicações.	Melhora no índice de realização de exames conforme estratificação da hipertensão (baixo, moderado ou alto risco cardiovascular).	Grupos operativos que por meio de palestras e oficinas alertem para os exames, suas finalidades e importância. Abordagem individual de dúvidas e esclarecimentos a cada consulta	Organizacional: organização dos grupos operativos Cognitivo: dinâmica na elaboração dos grupos, troca de experiências entre profissionais e usuários Político: conseguir local, mobilização da população Financeiro: recursos audiovisuais e impressos
Início precoce do acompanhamento	Realização de busca ativa por parte dos agentes de saúde	Minimizar os impactos (doenças secundárias causados pela doença)	Campanha educativa com os agentes de saúde para realização de busca ativa	Organizacional: organizar reuniões de equipe com enfoque na busca ativa Cognitivo: informações locais e dados territoriais Político: recursos para realização das visitas Financeiro: carro para os deslocamentos a locais mais distantes

				de visita
Acompanhamen to correto e presença contínua nas consultas	Conscientização e informação sobre acompanhamento do hipertenso.	Zerar a taxa de falta nas consultas já agendadas.	Capacitação para orientação correta sobre o tema a ser abordado em consultas individuais, na busca ativa e em grupos de hipertensos.	Organizacional: agenda Com momentos para reunião, capacitação e palestras Cognitivo: capacidade comunicativa, busca de informações, Político: adesão da equipe e dos hipertensos Financeiros: recursos físicos, audiovisuais e impressos.

Fonte: Autoria própria (2018)

O quadro 7 expõe as operações a serem realizadas e os recursos necessários:

Quadro 7: Projetos e recursos na Unidade Básica de Saúde Claudionor do Valle Ferreira, no município de Belmiro Braga, MG.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Capacitação técnica	Político: uso dos espaços para realização de capacitação, palestras dadas por profissionais treinados. Financeiro: para recursos audiovisuais e impressos.
Importância dos exames de rotina	Político: espaço para realização de grupos operativos e palestras Financeiro: difusão das palestras por meio da rádio local e panfletos
Início precoce acompanhamento	Organizacional: treinamento dos agentes e incentivo a busca ativa de hipertensos do território.
Acompanhamento correto e presença contínua nas consultas	Político: uso dos espaços para realização de capacitação, palestras Financeiro: difusão das palestras por meio da rádio local e panfletos

Fonte: Autoria própria (2018)

O quadro 8 faz a síntese da análise da viabilidade dos planos, apontando a operação, os recursos necessários, atores responsáveis, motivação e ação estratégica:

Quadro 8: Síntese da viabilidade do plano na Unidade Básica de Saúde Claudionor do Valle Ferreira, no município de Belmiro Braga, MG.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Capacitação técnica	Político: uso dos espaços para realização de capacitação, palestras dadas por profissionais treinados Financeiro: para recursos audiovisuais e impressos	Salão de convenção da igreja, pátio da escola do bairro, Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto
Importância dos exames de rotina	Político: espaço para realização de grupos operativos e palestras Financeiro: difusão das palestras por meio da rádio local e panfletos.	Salão de convenção da igreja, pátio da escola do bairro, Secretaria de Saúde, rádio local	Favorável	Apresentar o projeto
Início precoce acompanhamento	Organizacional: treinamento dos agentes, e incentivo à busca ativa de hipertensos do território.	Médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde	Favorável	Realização de reuniões de equipe
Acompanhamento correto e presença contínua nas consultas	Político: uso dos espaços para realização de capacitação e palestras Financeiro: difusão das palestras por meio da rádio local e panfletos	Salão de convenção da igreja, pátio da escola do bairro, Secretaria de Saúde, rádio local	Favorável	Apresentar o projeto

Fonte: Autoria própria (2018)

Por fim, apresenta-se o quadro final, o 8, de ações do plano operativo, composto por todas as etapas e responsáveis, a saber: operação, resultados, produtos esperados, ação estratégia, responsável e prazos a cumprir.

Quadro 8: Síntese do plano operativo na Unidade Básica de Saúde Claudionor do Valle Ferreira, no município de Belmiro Braga, MG.

Operação	Resultados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Capacitação técnica	Reduzir a zero o nível de preenchimento inadequado e a falta de dados importantes sobre os hipertensos anotados em prontuários, fichas e caderneta para anotação de níveis pressóricos.	Palestras e oficinas práticas de treinamento ao atendimento aos hipertensos realizados por médicos e enfermeiros	Apresentar o projeto	Médica, enfermeira	Início em 3 semanas, monitoramento contínuo de educação permanente
Importância dos exames de rotina	Melhora no índice de realização de exames periódicos conforme estratificação da doença.	Grupos operativos que por meio de palestras e oficinas alertem para os exames, suas finalidades e importância. Abordagem individual de dúvidas e esclarecimentos a cada consulta	Apresentar o projeto	Médica, enfermeira	Início em 1 semana, término em 3 meses. Repetição semestral
Início precoce do acompanhamento	Conscientização e informação sobre a importância do acompanhamento do hipertenso	Campanha educativa com os agentes de saúde para realização de busca ativa	Realização de reuniões de equipe	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde	Início em 2 semanas, término em 1 mês. Controle mensal
Acompanhamento correto e presença contínua nas consultas	Zerar a taxa de falta nas consultas já agendadas	Capacitação para orientação correta sobre o tema a ser abordado em consultas individuais, na busca ativa e em grupos de hipertensos.	Apresentar o projeto	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde	Início em 1 mês, término em 6 meses.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresentou uma proposta de intervenção, através de planos operativos e a seleção de nós críticos a serem solucionados no que diz respeito à adesão ao tratamento da HAS UBS Claudionor do Valle Ferreira, no município de Belmiro Braga, Minas Gerais.

O principal objetivo foi propor um plano de intervenção a fim de conscientizar a população sobre a importância da adesão ao tratamento da HAS, início precoce do acompanhamento e da longitudinalidade nas ações e intervenções. Para tal, foram efetuadas reuniões com a equipe de saúde da família, utilização de informantes-chaves, dados de pesquisa do IBGE, dados sobre informações a respeito da atenção primária disponíveis no DATASUS (SISAB), dados coletados pela equipe de saúde da unidade e informações fornecidas pela Secretaria de Saúde da cidade de Belmiro Braga. Por meio da discussão dos principais problemas apresentados na comunidade, foram levantados com a equipe de saúde os principais entraves a serem enfrentados. A partir disso, foi elaborado um quadro com o problema, nota de urgência, capacidade de enfrentamento pela equipe e classificação de prioridade.

O resultado final se deu coma elaboração de um plano operativo, estabelecendo as ações, resultados esperados, responsáveis e prazos. Considera-se que a execução do plano terá como resultado a obtenção do objetivo apresentado no trabalho, contribuindo para uma maior adesão e continuidade no tratamento da HAS oferecido pela UBS Claudionor do Valle Ferreira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 01 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família**. 2018 on line. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em 05 nov. 2018

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Síntese do diagnóstico situacional da equipe verde da comunidade de Vila Formosa, Município de Curupira**. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.:il.

DALPIAZ, A. K; STEDILE, N. L. R. **Estratégia de Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas**. V **Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís, Maranhão, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf. Acesso em 20 Ago 2018.

FRANCISCHETTI, E. D., SANJULIANI, A. F. Tópicos especiais em hipertensão arterial. In: OIGMAN, W, NEVES, M.F.T. **Hipertensão sistólica isolada**. São Paulo: BBS Editora; 2005. p. 71-83.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais. **Belmiro Braga**. 2017 a. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=3160702>.

Acesso em: 10 out. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/ Portal Brasil em Síntese. **Belmiro Braga**. 2017 b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belmiro-braga/panorama>> Acesso em 10 out 2017.

PEREIRA, M. et. al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension**, v. 27, n. 5, p. 963–975, 2009.

ROSÁRIO M. B. D et al. Prevalência, controle e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres, MT. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]., v. 93 n. 6, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 set. 2018

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. SISAB. **Dados do município de Belmiro Braga** solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Belmiro Braga, 2017.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICASISAB. **Dados do município de Belmiro Braga** solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Belmiro Braga, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SBC. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v..89, n.3, p. 1–48, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA.. SBC. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, n.1 suplemento, p 1- 51, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>. Acesso em 03 set. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SBC. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, Suplemento 3, p. 57 2016. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTE_RIAL.pdf. Acesso em 17 set. 2018.

SORATTO, J. et. al. **Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2015 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf. Acesso em 17 set. 2018.

SOUZA, A. R. A. et al. **Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/13.pdf>. Acesso em 17 set. 2018.

WILLIAMS, S. A. et al. TROPHY Study Investigators. An evaluation of the effects of an angiotensin receptor blocker on health-related quality of life in patients with high-normal blood pressure (prehypertension) in the Trial of Preventing Hypertension (TROPHY). **J Clin Hypertens**, v. 10, n. 6, p. 436–442, 2008.