

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

FLÁVIA REBELLO BYRRO

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARA O CUIDADO AO USUÁRIO
HIPERTENSO**

Polo Sete Lagoas / Minas Gerais
2015

FLÁVIA REBELLO BYRRO

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARA O CUIDADO AO USUÁRIO
HIPERTENSO**

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

Orientador: Prof^a Verônica Amorim Rezende

Polo Sete Lagoas / Minas Gerais
2015

FLÁVIA REBELLO BYRRO

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARA O CUIDADO AO USUÁRIO
HIPERTENSO**

Banca examinadora

Prof^a.Verônica Amorim Rezende - Orientadora

Prof^a Ana Mônica Serakides Ivo

Aprovado em Belo Horizonte, em 05 de março de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a população de Morada Nova de Minas.
O apoio de seus dirigentes e dos profissionais de saúde locais, bem como o acolhimento de seus moradores, foram fundamentais para que este trabalho fosse concluído com êxito.

AGRADECIMENTOS

**A todos que estiveram ao meu lado nesta caminhada,
seja de longe ou de perto,
agradeço a oportunidade de aprender e servir.**

RESUMO

Trata-se de um estudo com objetivo de propor um plano de intervenção para acompanhamento sistematizado e efetivo dos usuários hipertensos da ESF Alvim Alvares da Silva, localizado no município Morada Nova de Minas, Minas Gerais. Metodologia: adotou-se a revisão de literatura narrativa, realizada no período de 2004 a 2014, nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo como base os seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistema, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família. Para construção do plano de intervenção foi utilizado o método proposto pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES). Resultados: O estudo revelou, entre outros aspectos, que na área de abrangência da ESF Alvim Álvares há uma prevalência de pacientes hipertensos com difícil controle da pressão arterial e um baixo percentual de acompanhamento regular desses pacientes, o que requer atenção imediata a fim de que se evite urgências hipertensivas, internações hospitalares, incapacidades e até mesmo óbitos. O levantamento dos nós críticos possibilitou a elaboração do Plano de Intervenção e a reflexão acerca da importância de se fazer um diagnóstico situacional, para que se conheçam os problemas da área de abrangência da citada ESF.

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

ABSTRACT

This is a study in order to propose an action plan for systematic monitoring and observance of hypertensive patients FHS Alvim Alvares da Silva, located in the municipality Morada Nova de Minas, Minas Gerais. Methodology: adopted the narrative literature review, conducted from 2004 to 2014, in the databases of the Virtual Health Library (VHL), based on the following key words: Hypertension System, Primary Health Care, Health Strategy Family. Construction of the contingency plan we used the method proposed by the Situational Strategic Planning (PES). Results: The study revealed, among other things, that in the ESF Alvim Alvares coverage area there is a prevalence of hypertensive patients with difficult to control blood pressure and a low percentage of regular monitoring of these patients, which requires immediate attention so that to avoid hypertensive emergency, hospitalization, disability and even death. The survey of critical nodes enabled the elaboration of the Intervention Plan and the reflection on the importance of making a situational diagnosis, to get to know the problems of the area covered by the ESF said.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE: Acidente Vascular Encefálico

DVC: Doença Vascular Cerebral

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC: Índice de Massa Corpórea

OMS: Organização Mundial de Saúde

PA: Pressão Arterial

PES: Planejamento Estratégico Situacional

PPI: Programa Pactuada Integrada

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS: Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 01 - Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento na área de abrangência da ESF Alvim Álvares**21**

TABELA 02 - Cronograma de Atividades na ESF Alvim Álvares.....**27**

QUADRO 01 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema HAS mal controlada na ESF Alvim Álvares**24**

QUADRO 02 - Acompanhamento de cada ação proposta, responsável e prazo estipulado**26**

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVO	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	18
6 PLANO DE AÇÃO	21
6.1 Definição dos problemas	21
6.2 Priorização do Problema	21
6.3 Descrição do problema selecionado.....	22
6.4 Explicação do problema.....	22
6.5 Seleção dos nós críticos	23
6.6 Operações e Objetivos	23
6.7 Identificação de recursos.....	23
6.8 Análise e Estratégias.....	24
6.9 Organograma e prazos.....	24
6.10 Gestão e Plano de ação.....	24
7 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Morada Nova de Minas, localizada no Alto do São Francisco (represa de Três Marias), a Centro Oeste do Estado de Minas Gerais, possui uma área territorial de 2.085km², sendo que desse total 550,94 km² é de área alagada. O município tem 8.255 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, com predominância de moradores da zona urbana, numa proporção aproximada de 3:1. Apresenta estrutura populacional predominante de homens, formada principalmente por adultos. A economia primária tem como base a agropecuária, extração vegetal e pesca; a secundária provém da atividade industrial e comercial; e a terciária da prestação de serviços. Conforme dados do IBGE, referentes ao ano de 2010, o município conta com rede de Ensino Pública de 1º e 2º graus, apresentando uma taxa de escolarização de 94,86% em maiores de 15 anos¹. Em relação aos aspectos socioeconômicos e educacionais, há a prevalência de uma baixa renda e baixa escolaridade.

Morada Nova de Minas é abastecida com três unidades básicas de saúde (UBS) que, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde 2014, contemplam 100% da população. Todas as equipes de saúde da família estão completas e contam com um profissional médico, um enfermeiro, seis agentes comunitários de saúde, um técnico de enfermagem. Apenas uma unidade conta com equipe de saúde bucal, sendo um odontólogo e um técnico de higiene dental. Por se tratar de uma cidade de pequeno porte, as UBS não contam com pontos de apoio como NASF ou centros de referências Viva Vida, o que dificulta um acompanhamento mais especializado e contínuo com o usuário. Assim, esses pacientes, quando necessário, são encaminhados para os municípios referenciados como: Curvelo, Sete Lagoas, Belo Horizonte que oferecem um acompanhamento especializado, conforme Programação Pactuada Integrada (PPI).

O território em que o estudo será aplicado é a área de abrangência da UBS Alvim Álvares da Silva, que atende a uma população de 2.421 indivíduos. As atividades desenvolvidas pela unidade de saúde são: vigilância alimentar e nutricional de zero a nove anos; pré-natal; vacinação; puericultura; saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do adolescente. A partir do diagnóstico situacional da área de abrangência foram identificados vários problemas, dentre os quais evidenciamos:

¹Dados da Secretaria Municipal de Educação, 2013

pacientes hipertensos com difícil controle da pressão arterial; alto número de usuários em uso de medicamentos antidepressivos; pacientes diabéticos com difícil controle glicêmico; ausência de planejamento familiar e ainda a inexistência de rede de esgoto.

Ao analisar a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, optou-se, junto com a equipe de saúde, pela abordagem da população com inadequado acompanhamento da hipertensão arterial que, dentro do universo do estudo, apresenta maior prevalência com relação às outras comorbidades.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta incidência e prevalência na população. Trata-se de uma doença de fácil diagnóstico e deve ser controlada e tratada, para que não leve a consequências tais como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, retinopatias, dentre outras. A HAS representa uma das principais causas de mortalidade cardiovascular no mundo, e o maior problema é que a população não tem consciência do quanto traiçoeira é esta patologia (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2015), doença cardíaca isquêmica e acidentes vasculares cerebrais e outras doenças cerebrovasculares ocupam a liderança das causas de incapacidades no mundo, com percentual de 23,6% e prevalência em países em desenvolvimento e desenvolvidos. Sendo a causa base a Hipertensão Arterial Sistêmica.

A patologia tem sido considerada, pelos mais diversos estudos², um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações como a doença arterial coronária e doença cerebrovascular. Dessa forma, torna-se primordial promover a prevenção básica, através do controle dos fatores de risco modificáveis, diagnóstico precoce e estabelecimento de tratamento precoce e eficaz, e principalmente por meio de um acompanhamento efetivo e direcionado para o usuário na busca desses bons resultados.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, cujo controle é essencial para a prevenção de complicações, em longo prazo. Entretanto, a maioria dos pacientes acometidos preocupam-se apenas com o estabelecimento ou não de um diagnóstico, deixando,

² SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010); Gusso, G; Lopes, J.M.C.(2012); Rosa; Plavnik e Tavares (2010), entre outros.

na maioria das vezes, de seguir um acompanhamento seriado, com otimização do tratamento e identificação de lesões em órgãos-alvo.

De acordo com Gusso (2012), o tratamento dessa patologia se baseia em medidas não-farmacológicas e farmacológicas. Em relação aos cuidados não-farmacológicos, os objetivos referem-se a mudanças no estilo de vida, incluindo dieta restritiva de sal, redução de peso, atividade física regular, abandono do tabagismo e álcool. Dentre as medidas farmacológicas, há inúmeras classes de anti-hipertensivos disponíveis, variando o mecanismo de ação, a potência, a posologia e os efeitos adversos. Todas essas medidas devem ser avaliadas por uma equipe multiprofissional, visando um atendimento longitudinal a cada paciente.

Pela incidência e gravidade da doença relacionada à morbidade e à mortalidade cardiovascular e cerebral, é sugerido uma fórmula de previsão na população em geral da probabilidade de doença coronariana no intuito de diminuir esses eventos. Calculada com base nos resultados do *Framingham Heart Study*, de acordo com faixa etária, sexo, valores de pressão arterial sistólica, valores da razão entre o colesterol total e a fração HDL, presença de tabagismo e diagnóstico de diabetes, é possível estabelecer o risco de infarto do miocárdio e angina do peito em dez anos na população assistida³.

Entretanto, tais protocolos ainda não têm efetividade na saúde básica, como se verifica na ESF Alvim Álvares, onde também se observa falta de compreensão dos pacientes em relação aos riscos que a doença oferece. Outro aspecto bastante relevante é a falta de recursos para a realização dos exames de rotina no período idealizado e ainda a não disponibilidade de especialistas para o acompanhamento da população acometida, a exemplo, cardiologia, nefrologia e oftalmologia.

³ Lotufo PA. **O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares.** Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):232-7.

2 JUSTIFICATIVA

Nas fichas da ESF Alvim Álvares, referentes ao ano de 2014, 2.421 pessoas estão cadastradas, desse total 510 são hipertensas, o que corresponde a 21,06% da comunidade assistida. Ao analisar o acompanhamento desses pacientes, notou-se que somente 60% eram acompanhados pela equipe de saúde da família. Vale ressaltar que esse acompanhamento não ocorre de forma regular e sistematizada por parte da equipe, o que compromete, sobremaneira, o tratamento desses indivíduos. Assim, considera-se relevante o desenvolvimento de um plano de ação para intervir nessa realidade, promovendo um adequado controle da hipertensão arterial dos pacientes acometidos de HAS na área de abrangência da ESF Alvim Álvares.

Apesar do grande avanço científico e tecnológico no manejo da hipertensão arterial ocorrido nos últimos anos, ainda existem dificuldades em relação ao monitoramento dos usuários e aos tratamentos instituídos pela equipe multidisciplinar. Soma-se a essas dificuldades a falta de compreensão aos cuidados necessários, mudança de hábitos, e ainda a associação com outras comorbidades.

De tal modo o presente de estudo justifica-se, uma vez que se propõe abordar os usuários com patologias crônicas, promover melhor integração paciente-doença, estimular o auto-cuidado, acompanhar o indivíduo de maneira sistemática e diminuir internações hospitalares dos mesmos, que serão desenvolvidos a partir de usuários diagnosticados com HAS e apresentem dificuldades em realizar o acompanhamento necessário na UBS.

Ao construir o Plano de Intervenção a partir do diagnóstico situacional realizado, verificou-se que na maioria dos casos a falta de informações dos usuários a cerca de patologia, dificuldade de acesso às consultas ou ainda a falta de esclarecimento sobre a importância de um acompanhamento adequado para o eficaz tratamento da doença tem comprometido a realização de exames de rotina e ainda o acompanhamento sistemático dos pacientes pelos profissionais da saúde.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Propor um plano de intervenção para acompanhamento sistematizado e efetivo aos usuários hipertensos da área de abrangência da ESF Alvim Álvares, do município de Morada Nova de Minas, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Este trabalho teve como base uma revisão narrativa da literatura (ROTHER, 2007), visando identificar na literatura atual as recomendações que possibilitem a elaboração de um plano de intervenção para acompanhamento sistematizado e efetivo aos usuários hipertensos da área de abrangência da ESF Alvim Álvares, do município de Morada Nova de Minas, Minas Gerais. Este tipo de revisão tem papel fundamental para a educação continuada, pois permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

A revisão de literatura foi feita nas bases de dados eletrônicas da biblioteca Virtual em Saude - Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*), Lilacs, Medline, considerando os seguintes critérios: estudos científicos (teses, monografias e artigos), publicações em português correspondentes ao período de 2006 a 2014. Os descritores utilizados na busca foram: Hipertensão Arterial Sistêmica, Equipe de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde. Foram excluídos os estudos que não se relacionavam com o tema em questão. Após a seleção, procedeu-se à leitura dos artigos, a fim de se avaliar a coerência e relevância com a análise conceitual pretendida neste trabalho.

Para a elaboração do plano de intervenção utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), por meio do qual foram processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Alvim Álvares da Silva, no município de Morada Nova de Minas / MG, e seguidos os dez passos que envolvem o planejamento (SANTOS, 2013). Dados socioeconômicos, clínicos, doenças concomitantes, fatores de risco, avaliação complementar de exames, complicações e tratamento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica do PSF Alvim Álvares da Silva, foram utilizados na elaboração do diagnóstico situacional e estabelecimento das ações. O estudo se refere aos 2.421 indivíduos cadastrados no período de 1998 a maio 2014, sendo que desse total, 510 são portadores de HAS.

De acordo com o PES foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário, a saber: identificar, classificar e acompanhar de maneira individualizada cada hipertenso e, através de consultas

periódicas, reduzir as taxas de complicações e promover uma maior adesão ao tratamento.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo a VI Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A HAS frequentemente se associa a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, acarretando em aumento do risco de eventos cardiovasculares.

A HAS é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no controle. De acordo com Molina et al (2003), sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Para Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e renal crônica, entre outras.

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA⁴ (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A idade tem sido um importante fator de risco relacionado à HAS. A prevalência de HAS é superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Em relação a gênero e etnia, a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca (BRASIL, 2006).

⁴ Wright JM, Lee C-H, Chamber GK. Systematic review of antihypertensive therapies: does the evidence assist in choosing a first-line drug. CMAJ 1999; 161: 25-32.

Outro fator associado a HAS é a síndrome metabólica, que para Filgueira et al (2008), é a condição representada por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionados à obesidade central e à resistência a insulina, aumento da mortalidade geral em 1,5 vezes, e a cardiovascular em 2,5 vezes. Vários mecanismos estão implicados na hipertensão em pacientes com síndrome metabólica.

Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA.

O consumo de sal é diretamente proporcional aos valores da pressão arterial: quanto maior o consumo de sal de uma população, maior será a prevalência de hipertensão arterial, sendo o contrário também verdadeiro. O consumo médio de sal pelo brasileiro é de cerca de 12,6 gramas ao dia, mais que o dobro das seis gramas (100 mEq de sódio) recomendado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (2014), sendo esse um dos motivos da elevada prevalência de hipertensão observada no Brasil. Outro hábito pouco saudável, infelizmente muito frequente entre os brasileiros, que também contribui para a elevação dos valores da pressão arterial, é o consumo abusivo do álcool.⁵

Outros fatores de risco cardiovascular, conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2014), frequentemente se apresentam de forma agregada. A predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável.

Quanto às ações preventivas, essas se dividem em não-medicamentosas e medicamentosas, concentrando esforços e recomendações dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais para as mudanças no estilo de vida são que são fundamentais na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular. 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 tabagismo⁶.

⁵ Hipertensão arterial sistêmica primária. Medicina (Ribeirão Preto) 2013;46(3):256-72

⁶ VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão: Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

As Medidas medicamentosas têm como base uma ampla gama de drogas anti-hipertensivas que objetivam reduzir a pressão arterial (PA) e os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, bem como a taxa de mortalidade.

Outro aspecto importante a ser considerado diz respeito à classificação dos pacientes hipertensos em baixo risco, risco moderado e alto risco de acordo com a escala de Framingham⁷. Essa escala, ao elencar os principais fatores de risco para doença cardiovascular, dentre eles hipertensão arterial, colesterol elevado, tabagismo e outros, mede o risco de um indivíduo desenvolver angina, infarto do miocárdio ou morrer de doença cardíaca em 10 anos. O risco é considerado baixo quando o escore é inferior a 10%, intermediário quando está entre 10 e 20% e alto quando é superior a 20%.

⁷ Lotufo PA. **O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares.** Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):232-7.

6 PLANO DE AÇÃO

A proposta é, inicialmente, realizar busca ativa de todos os usuários acometidos ou com predisposição à patologia através de acompanhamentos feitos pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Esses pacientes passarão por uma consulta específica, quando serão estratificados segundo os Critérios de riscos de Framingham. Após as orientações necessárias, serão agendadas consultas médicas respeitando a seguinte classificação: pacientes de baixo risco comparecerão de quatro em quatro meses; de risco moderado, de três em três meses; e aqueles com risco mais elevado, de dois em dois meses. Estes últimos terão um intervalo de tempo menor entre as consultas, a fim de que sejam orientados mais intimamente quanto ao uso das medicações e suas interações, à importância da prática de atividade física, mudanças comportamentais. Além disso, será feita a análise dos exames complementares de rotina, referências aos serviços especializados e ainda serão esclarecidas dúvidas que porventura apresentem a cada encontro. Para tanto, faz-se necessário desenvolver na ESF Alvim Álvares um trabalho sistemático e organizado, com espaços definidos na agenda da unidade de saúde, de forma que facilite a comunicação entre profissionais e usuários.

6.1 Definição dos problemas

De acordo com os registros da população da área de abrangência da ESF Alvim Álvares, observou-se que os principais problemas são: pacientes hipertensos com difícil controle da pressão arterial; alto número de usuários de medicamentos antidepressivos; pacientes diabéticos com difícil controle glicêmico; ausência de planejamento familiar e inexistência de rede de esgoto.

6.2 Priorização do problema

Nesse momento, realizou-se a priorização dos problemas, utilizando de critérios como: importância do problema, urgência e capacidade para enfrentá-lo. A seleção ou priorização dos problemas a serem enfrentados é fundamental, uma vez que, dificilmente, todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, devido à falta de recursos financeiros, humanos e materiais. A tabela a seguir evidencia os critérios elencados, ressaltando o grau de importância de cada um.

Tabela 01: Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento na área de abrangência da ESF Alvim Álvares.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
HAS mal controlada	Alta	8	parcial	1
Pacientes diabéticos com difícil controle glicêmico	Alta	8	parcial	2
Alto número de usuários que fazem uso de medicamentos antidepressivos	Alta	7	parcial	3
Ausência de planejamento familiar	Alta	5	parcial	4
Inexistência de rede de esgoto	Alta	5	fora	5

FONTE: Elaborada pela autora (2015)

A partir da tabela de priorização, a ESF selecionou como prioritário o problema “pacientes hipertensos com difícil controle da pressão arterial”, por sua relevância e urgência e ainda por apresentar uma boa capacidade de enfrentamento por parte da equipe de saúde.

6.3 Descrição do problema selecionado

Dentre os 2.421 habitantes cadastrados da área de abrangência da ESF Alvim Álvares, 510 indivíduos são hipertensos, o que corresponde a 21,06% da população total. De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), destes, 60% são acompanhados pela equipe de saúde, 12% fazem uso irregular da medicação, 17,95% foram internados por complicações da HAS. Foram registrados sete óbitos relacionados a estas complicações durante o período de janeiro a dezembro 2014.

Considerando o problema descrito acima, torna-se relevante desenvolver um plano de ação que intervenha nesta realidade e que promova um adequado controle da hipertensão arterial na área abrangência da ESF Alvim Álvares.

6.4 Explicação do problema

As causas do problema eleito são apontadas a seguir:

Causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe de saúde da família:

- Agenda que não contempla uma organização e horário que garanta o atendimento necessário aos usuários hipertensos;
- Desinformação dos profissionais quanto à melhor forma de abordar o paciente hipertenso;
- Não utilização de protocolos clínicos e de organização do serviço para hipertensão arterial (condutas divergentes, não estabelecimento de metas).

Causas relacionadas aos usuários hipertensos:

- Hábitos de vida não saudáveis, tais como: tabagismo, sedentarismo, dietas inadequadas, entre outros;
- Baixa adesão por parte da comunidade às ações propostas pela equipe;
- Uso irregular do tratamento farmacológico;
- Baixa acessibilidade da população aos serviços de atenção primária em saúde.

6.5 Seleção dos Nós Críticos

A equipe da ESF Alvim Álvares selecionou os seguintes nós críticos em que é possível intervenção e que poderão impactar na situação apontada:

- Ausência de diagnóstico situacional acerca dos usuários hipertensos;
- Ausência de avaliação clínica e laboratorial sistematizada dos usuários hipertensos;
- Ausência de Classificação de Risco dos usuários hipertensos;
- Falta de organização da Agenda para atender a necessidade de acompanhamento dos usuários hipertensos;
- Hábitos de vida não saudáveis dos usuários hipertensos;
- Uso inadequado de medicações anti-hipertensivas;

- Equipe de saúde da família com baixo nível de informações acerca da doença, classificação de risco e cuidados.

6.6 Operações e objetivos

No sexto passo foi realizado o desenho das operações, cujos objetivos são:

- Descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”;
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações;

6.7 Identificação de recursos

O sétimo passo objetiva identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação. Segundo Campos, Faria e Santos (2010), esse passo constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. É importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias que se possa viabilizá-los.

6.8 Análise e estratégias

Nesse momento é realizada a análise da viabilidade do plano. O ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução de seus planos, de modo que se faz necessário identificar os atores que controlam recursos críticos e seu posicionamento frente ao problema para, então, definir estratégias capazes de viabilizar o plano.

6.9 Organograma e prazos

Este passo objetiva designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos para a execução das operações.

6.10 Gestão e plano de ação

Considerado momento tático-operacional em que é descrita a gestão do plano. O décimo passo visa desenhar um modelo de gestão do plano de ação;

discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

No quadro 01, a seguir, tem-se o Plano de ação, o qual organiza e expõe os passos do PES em relação ao desenho de operações, resultados esperados, produtos esperados, recursos necessários, controle dos recursos críticos, atores envolvidos, prazos e acompanhamento. O quadro 2, subsequente, evidencia o acompanhamento de cada ação proposta, bem como o prazo estipulado para que essas sejam realizadas.

Quadro 01: Desenho das operações para os “nós críticos” do problema HAS mal controlada na ESF Alvim Álvares

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Ausência de diagnóstico situacional acerca dos usuários hipertensos	Projeto: Conhecer Mais Identificar os usuários diagnosticados com HAS	Maior conhecimento do perfil da comunidade assistida quanto à HAS Planejamento e Organização das ações Melhor abordagem aos pacientes	Reuniões mensais com discussões na Equipe e ACS sobre a atualização dos dados Organização de relatórios e agenda a partir do levantamento dos dados realizados	Cognitivo: busca de informações acerca do tema.
	Identificar novos usuários com predisposição de HAS (História Familiar de HAS, idade avançada, obesidade, entre outros.) Sensibilizar a equipe para que mantenha os dados atualizados	Deteção precoce dos usuários hipertensos e prevenção de novos casos da doença a partir de medidas preventivas Acompanhamento dos usuários desde o início do diagnóstico de HAS	Campanhas educativas para informação da população Reuniões mensais com a equipe acerca dos dados levantados	Financeiros: aquisição de panfletos Cognitivo: Informação sobre os temas a serem apresentados no grupo operativo
Ausência de avaliação Clínica e Laboratorial sistematizada dos usuários hipertensos	Projeto: Mais Saúde Identificar os fatores de risco para doenças cardiovasculares; Pesquisar lesões clínicas ou subclínicas em órgãos-alvo; Pesquisar presença de outras doenças associadas.	Ampliação da eficácia na consulta médica para abordagem integral do hipertenso.	Solicitação de exames periódicos de acordo com a classificação de risco dos usuários hipertensos;	Organizacional: Organização da equipe para fazer o acompanhamento dos hipertensos
Ausência de Classificação de risco quanto à	Aplicar os critérios e os parâmetros de prevalência de	Classificação dos pacientes quanto a baixo, moderado e	Orientações a cada hipertenso sobre o risco e desenvolvimento de	Cognitivo: Informação sobre os temas a serem apresentados no

gravidade dos usuários hipertensos	acordo com a escala de risco de Framingham.	alto risco cardiovascular. Diminuição de agudização do quadro de hipertensão arterial	complicação cardiovascular (morte coronariana, infarto do miocárdio, insuficiência coronariana, angina, acidente vascular encefálico isquêmico e hemorrágico, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica e insuficiência cardíaca). Agenda de consultas, exames de acordo com a gravidade do caso	grupo operativo
Falta de organização da Agenda para atender a necessidade de acompanhamento dos usuários hipertensos	Projeto: Organize-se Propor uma agenda para acompanhamento do paciente de acordo com a estratificação realizada.	Abordagem longitudinal e multiprofissional do hipertenso. Diminuição das complicações que estimam o risco cardiovascular	Proposição de agenda de acordo com a classificação de risco. Agenda protegida para o atendimento dos usuários hipertensos de acordo com o esperado	Organizacional: Organização das atividades da equipe e implementação da agenda Financeiro: aquisição de cadernos para confecção de novas agendas
Hábitos de vida não saudáveis dos usuários hipertensos	Viver Saudável Recomendações para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo.	Mudanças de estilo de vida;	Promover campanhas educativas e aderir tratamento não medicamentoso. Promover grupos de orientação nutricional em parceria com a nutrição Encaminhamentos à nutrição, educador físico.	Políticos: mobilização e parceria com educador físico e nutricionista Organizacional: organização da agenda para promover grupos e campanhas Financeiro: aquisição de panfletos educativos
Uso irregular dos medicamentos antihipertensivos	Identificar os usuários que fazem uso inadequado dos medicamentos antihipertensivos	Melhor uso e adesão aos medicamentos antihipertensivos Redução de riscos de complicações pelo tratamento inadequado da HAS Redução dos níveis pressóricos	Promover Campanhas Educativas Realizar parceria com farmacêutico	Organizacional: Organização da equipe para fazer o acompanhamento dos hipertensos Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos
Equipe de saúde da família com baixo nível de	Projeto: Capacita-se Aumentar o nível de	Ações mais efetivas aos usuários	Reuniões mensais para discussões	Financeiro: para aquisição de

informações acerca da doença, classificação de risco e cuidados	informação da equipe sobre a HAS	hipertensos por equipe apresentar maior conhecimento sobre a patologia Sensibilização da Equipe quanto a HAS	acerca do protocolo assistencial de HAS	recursos audiovisuais, folhetos
--	----------------------------------	---	---	---------------------------------

FONTE: Elaborada pela autora (2015)

Quadro 02: Acompanhamento de cada ação proposta, responsável e prazo estipulado

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Projeto: Conhecer Mais Rastrear hipertensos	Identificar os usuários diagnosticados com HAS	Flávia	Março de 2015			
Projeto: Mais Saúde Investigação clínica	Pesquisar lesões clínicas ou subclínicas em órgãos-alvo	Flávia	Janeiro a Abril de 2015			
Aplicar os critérios e os parâmetros de prevalência de acordo com a escala de risco de Framingham	Classificação dos pacientes quanto a baixo, moderado e alto risco cardiovascular.	Flávia	Abril a Agosto de 2015			
Propor uma agenda para acompanhamento do paciente de acordo com a estratificação realizada	Abordagem longitudinal e multiprofissional do hipertenso.	Flávia	Agosto a novembro de 2015			
Recomendações para prevenção primária da HAS	Mudanças de estilo de vida; Encaminhamentos à nutrição, educador físico	Flávia	Fevereiro a Dezembro de 2015			
Identificar os usuários que fazem uso inadequado dos medicamentos antihipertensivos	Melhor uso e adesão aos medicamentos antihipertensivos	Flávia	Fevereiro a Maio de 2015			
Projeto: Capacitase	Aumentar o nível de informação da equipe sobre a HAS	Flávia	Janeiro a Dezembro de 2015			

FONTE: Elaborada pela autora (2015)

Tabela 02: Cronograma de Atividades na ESF Alvim Álvares

07:00	Resultado de Exames	Hiperdia (Estratificação)	Puericultura	Hiperdia (Estratificação)	Resultado de Exames
07:20	Resultado de	Hiperdia	Puericultura	Hiperdia	Resultado de

	Exames	(Estratificação) Hiperdia (Estratificação)	Puericultura	(Estratificação) Hiperdia (Estratificação)	Exames
07:40	Resultado de Exames		Resultado de Exames		
08:00	Resultado de Exames	Hiperdia (Estratificação) Hiperdia (Estratificação)	Puericultura	Hiperdia (Estratificação) Hiperdia (Estratificação)	Resultado de Exames
08:20	Resultado de Exames		Resultado de Exames		
08:40	Resultado de Exames	Hiperdia (Estratificação) Espontânea	Espontânea	Hiperdia (Estratificação) Hiperdia (Estratificação)	Resultado de Exames
09:00	Espontânea		Espontânea		
09:20	Espontânea	Espontânea	Espontânea	Hiperdia (Estratificação)	Espontânea
09:40	Espontânea	Espontânea	Pré-Natal		Espontânea
10:00	Espontânea	Espontânea	Pré-Natal	Espontânea	Espontânea
10:20	Espontânea	Espontânea	Pré-Natal	Espontânea	Espontânea
10:40	Espontânea	Espontânea	Pré-Natal	Espontânea	Espontânea
13:00	Espontânea	Hiperdia (Baixo Risco)	Espontânea	Hiperdia (Alto Risco)	Visita Domiciliar
13:20	Espontânea	Hiperdia (Baixo Risco)	Espontânea	Hiperdia (Alto Risco)	Visita Domiciliar
13:40	Espontânea		Espontânea		Visita Domiciliar
14:00	Espontânea	Hiperdia (Baixo Risco)	Espontânea	Hiperdia (Alto Risco)	Visita Domiciliar
14:20	Espontânea		Hiperdia (Moderado Risco)		Visita Domiciliar
15:00	Puerpério	Hiperdia (Baixo Risco)	Hiperdia (Moderado Risco)	Hiperdia (Alto Risco)	
15:20	Puerpério	Hiperdia (Baixo Risco)	Hiperdia (Moderado Risco)	Hiperdia (Alto Risco)	Visita Domiciliar
15:40					Renovar Receita
16:00	Puericultura Espontânea	Espontânea	Hiperdia (Moderado Risco)	Reunião de Equipe Reunião de Equipe	Renovar Receita
16:20		Espontânea			Renovar Receita
16:40	Espontânea	Espontânea	Hiperdia (Moderado Risco)	Reunião de Equipe	Renovar Receita

FONTE: Elaborada pela autora (2015)

7 CONCLUSÃO

Muitos estudos relevantes consideram que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença frequente no mundo moderno, com prevalência aproximada de 20% na população adulta. A incidência é maior em indivíduos obesos, sedentários e adeptos de uma alimentação rica em sal.

Esses fatores se agravam quando verificamos que os pacientes acometidos não possuem informações adequadas sobre o problema, têm dificuldade de acesso às consultas ou ainda não foram esclarecidos, sobre a importância de um acompanhamento regular e adequado para o eficaz tratamento da doença, como se constatou na ESF Alvim Álvares.

O presente estudo revelou, entre outros aspectos, que na área de abrangência da ESF Alvim Álvares há uma prevalência de pacientes hipertensos com difícil controle da pressão arterial e ainda que existe um baixo percentual de acompanhamento regular desses pacientes, o que requer atenção imediata a fim de que se evite urgências hipertensivas, internações hospitalares, incapacidades e até mesmo óbitos.

O Plano de Intervenção proposto poderá ser uma importante ferramenta no acompanhamento sistematizado e efetivo aos usuários hipertensos da área de abrangência da ESF Alvim Álvares.

A elaboração do Plano de Intervenção possibilitou ainda refletir acerca da importância de se fazer um diagnóstico situacional, a fim de se conhecer os problemas da área de abrangência da ESF Alvim Álvares. Desse modo, foi possível identificar aqueles passíveis de resolução, bem como estabelecer a prioridade de cada problema no cotidiano.

Percebemos a relevância do PES para a elaboração do Plano de Intervenção, visto que esse método permitiu à ESF Alvim Álvares formular propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolvidas.

REFERENCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 27/07/2014.

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. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_d_e_saude_2/3>. Acesso em:

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>.

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 15). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

GUSSO, G; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A hipertensão Arterial como problema de saúde comunitário: manual de normas operativas para uma programa de controle nos diferentes níveis de atenção**. Washington (DC): a organização: 1990.

ROSA, E.C.; PLAVNIK, F.L.;TAVARES, A. **Como Diagnosticar e Tratar Hipertensão arterial sistêmica**. Revista Brasileira de Medicina, v. 63, p. 5-17, jan/fev. 2006

SANTOS, Roberta Pacheco dos. Dislipidemia em hipertensos e diabéticos na ESF Independência I em Montes Claros - MG: plano de intervenção. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Montes Claros, 2013. 30f.Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Documentos e Informações**. Disponível em <<http://cientifico.cardiol.br/>>. Acessado em: 25/06/14

_____. **VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2010.

Wright JM, Lee C-H, Chamber GK. **Systematic review of antihypertensive therapies: does the evidence assist in choosing a first-line drug**. CMAJ 1999; 161: 25–32.

LOTUFO PA. **O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares**. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):232-7.

