

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

**OSVALDO RUZ HERNANDEZ**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA  
AOS PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
VICENTE RIBEIRO DO VALLE**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2016**

**OSVALDO RUZ HERNANDEZ**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA  
AOS PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
VICENTE RIBEIRO DO VALLE**

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Ms Rita de Cássia Costa da Silva.

Belo Horizonte – Minas Gerais

2016

**OSVALDO RUZ HERNANDEZ**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA  
AOS PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
VICENTE RIBEIRO DO VALLE**

**Banca examinadora**

Profª Ms Rita de Cássia Costa da Silva - orientadora

Profª. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 28 de janeiro de 2016.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença muito frequente no Brasil e no mundo. Por ter sintomas muitas vezes “silenciosos”, a pessoa não percebe suas alterações, e usualmente, a HAS não recebe a devida importância pela população. Em consequência da alta incidência dessa doença na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Vicente Ribeiro do Valle decidimos fazer este projeto que teve como objetivo principal elaborar um plano de intervenção para garantir melhor assistência e seguimento aos pacientes portadores de hipertensão arterial. Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. O plano prevê a realização de atividades com a comunidade que propiciarão melhora do seu conhecimento sobre a hipertensão e os fatores de risco associados. Dado este de grande importância para possibilitar uma melhor assistência às pessoas, possibilitar a prevenção de complicações e mudanças no estilo de vida no município São Brás do Suaçuí.

Palavras chave: Hipertensão. Fatores de risco. Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

Systemic arterial hypertension (SAH) is a very common disease in Brazil and worldwide. By having symptoms often "silent", the person does not notice your changes, and usually, hypertension does not receive due consideration by the population. As a result of the high incidence of this disease in the area covered by the Basic Health Unit Vicente Ribeiro do Valle decided to make this project aimed to develop an action plan to ensure better care and follow-up for patients with high blood pressure. To develop the action plan we used the method of strategic planning and a narrative review of the literature on the subject. The plan provides for activities with the community that will provide improved his knowledge of hypertension and associated risk factors. Given this of great importance to ensure better care for people, enabling the prevention of complications and changes in lifestyle in the municipality of São Brás Suaçuí.

**Key words:** Hypertension; Risk factors; Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Histórico Municipal.....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Dados Demográficos.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Dados Culturais.....</b>	<b>8</b>
<b>1.4 Aspectos Socioeconômicos .....</b>	<b>9</b>
<b>1.5 Sistema Local de Saúde .....</b>	<b>10</b>
<b>1.5.1 Centro de Promoção de Saúde Dr.Vicente Ribeiro do Valle....</b>	<b>12</b>
<b>1.5.2 ESF de São Brás do Suaçuí .....</b>	<b>12</b>
<b>1.6 Problemas prioritários.....</b>	<b>13</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>14</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>16</b>
<b>5. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
<b>5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) .....</b>	<b>18</b>
<b>5.2 Tratamento Anti-hipertensivo .....</b>	<b>19</b>
<b>5.3 Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica .....</b>	<b>22</b>
<b>6. PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUÇÃO

São Brás do Suaçuí é uma pequena cidade de 110, 019 Km<sup>2</sup>, localizada a 103 km da capital mineira Belo Horizonte, tendo como referências municipais a cidade de Congonhas a 26 km e Conselheiro Lafaiete a 32 km (IBGE, 2010).

### 1.1 Histórico Municipal:

Por volta de 1.713, alguns portugueses que demandavam São João Del Rei se detiveram em São Brás edificando uma igreja, em torno da qual surgiram as primeiras moradias com alicerces de pedra e paredes de pau-a-pique, cobertas de telhas curvas. A região foi desbravada pelas bandeiras que passavam pelo interior das Minas Gerais, logo depois da célebre expedição de Fernão Dias. Por volta de 1.713, no mesmo local onde hoje se encontra a sede do município, foi doada uma sesmaria de uma “légua” quadrada a José Machado Castanho, assinando a doação D. Brás Baltasar da Silveira, no dia 22 de dezembro<sup>1</sup>.

Até 1.832, o povoado subordinou-se a Congonhas, quando então passou para a jurisdição de Brumado (hoje Entre Rios de Minas), que naquela época era elevado a freguesia. A Lei Estadual N<sup>o</sup>1039 de 12 de dezembro de 1.953 elevou-o a município de São Brás do Suaçuí<sup>1</sup>.

O município é composto de um único distrito e está subordinado juridicamente a comarca de Entre Rios de Minas<sup>1</sup>.

### 1.2 Dados Demográficos:

Segundo dados do IBGE (2010) o município possui uma população de 3.659 habitantes. Atualmente, grande parte dos residentes está vinculada a prestação de serviço para a Vallourec e Sumitomo Tubos do Brasil (VSB), empresa multinacional implantada há dois anos na região. Somente a sede da empresa emprega 380 suaçuicenses, mais tantos outros não quantificados empregados pelas empresas vinculadas que prestam serviço a VSB. Houve um crescimento repentino, devido à implantação do distrito industrial principalmente no último ano em que a cidade assistiu um desenvolvimento de 30% em sua população contrariando ao censo que estima uma média de 3,1% de crescimento anual.

---

<sup>1</sup> De acordo com informações disponíveis em [www.saobrasdosuacui.mg.gov.br/historico](http://www.saobrasdosuacui.mg.gov.br/historico). Acesso em 15/09/2015.

As taxas de crescimento até 2009 são demonstradas no quadro abaixo.

**Quadro 1:** Taxa de crescimento populacional, São Brás do Suaçuí, 2006 - 2009

Taxa de crescimento anual estimada (2006-2009)	3,1%
Mulheres em idade fértil entre 10-49 anos (2009)	1.085
Proporção da população feminina em idade fértil (2009)	58,3%
Mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos	47,6%

**Fonte:** IBGE, Censos e Estimativas (2010)

Conforme demonstrado a taxa de crescimento anual estimada de 2006-2009 foi de 3,1%. As mulheres em idade fértil (10 - 49 anos) correspondem a 1.085 com uma proporção da população feminina de 58,3%. A taxa de mortalidade infantil no período foi de 47,6 % por 1000 nascidos vivos.

O quadro 2 apresenta a população residente por faixa etária e sexo.

**Quadro 2:** População residente por faixa etária e sexo, 2009

Faixa etária	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menor que 1	25	24	49
1 a 4 anos	104	103	207
5 a 9 anos	129	142	271
10 a 14 anos	127	133	260
15 a 19 anos	136	126	262
20 a 29 anos	291	311	602
30 a 39 anos	235	243	478
40 a 49 anos	268	272	540
50 a 59 anos	205	195	400
60 a 69 anos	121	160	281
70 a 79 anos	107	95	202
80 anos ou mais	49	58	107
TOTAL	1.797	1.862	3.659

**Fonte:** IBGE, Censos e Estimativas (2010)

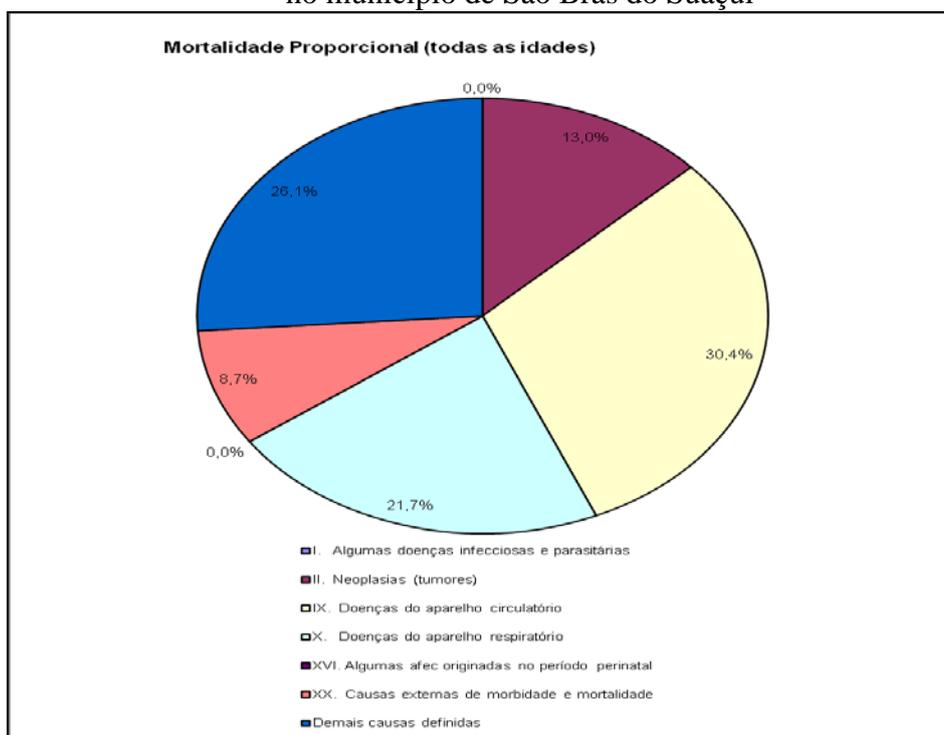
Identifica-se um predomínio de pessoas do sexo feminino (1.862) com relação ao masculino (1.797) de um total de 3659 habitantes.

A respeito das condições de nascimento foram registrados 42 nascidos vivos no ano de 2008 segundo a base de dados do SINASC, configurando uma taxa bruta de natalidade de 11,6 o que representou discreto aumento comparado aos anos anteriores que apresentaram uma média de 30 nascimentos com taxa de natalidade em torno de 10.

Ao abalizarmos a idade das mães entre os anos de 1999 até 2008, constatamos que 23,8% estão na faixa entre 10 a 19 anos de idade, e 2,7% são filhos de mães adolescentes entre 10 a 14 anos de idade. Neste contexto 9,5% das crianças nascidas vivas são prematuras (IBGE, 2010).

Segundo dados do DATASUS (2009) a taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos é de 47,6. Na taxa de mortalidade geral, a faixa etária mais acometida é entre os 50 e 64 anos por causas cardiovasculares, principalmente, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, seguido pelo grupo de pessoas com 60 anos ou mais considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC. A proporção da mortalidade por causa está descrita no gráfico 1.

**Gráfico 1:** Índice de mortalidade geral, por causas registradas entre os anos de 2002 a 2009 no município de São Brás do Suaçuí



Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

### 1.3 Dados Culturais:

De cultura vinculada à religiosidade, o município tem seus movimentos sociais, em sua maioria, associados à igreja católica. Compreensível uma vez que 3.136 pessoas, ou melhor, 90% da população são católicos, sendo os demais divididos entre evangélicos e espíritas. A forte influencia do catolicismo se mostra na concentração não só de eventos religiosos, mas também de igrejas, a principal delas, imponente implantada no centro da cidade vinculada ao fator histórico.

A outra movimentação cultural que reúne grande parte da população e também os moradores das adjacências é a festa da pecuária organizada uma vez por ano, no período pós-colheita realizada no parque municipal que foi construído para esta devida finalidade. Nessa festa há exposição de animais (bovinos e equinos) e produtos da agricultura regional, leilão de

diversos produtos, concursos relacionados à montaria e apresentações artísticas diversas (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BRÁS DO SUAÇUÍ - 2014/2017).

#### 1.4 Aspectos Socioeconômicos:

A população em sua maioria (83,6%) conta com água tratada, contudo o recolhimento de esgoto não é realizado pelo setor público, sendo 72% encaminhado para fossa rudimentar e 4,9% dos habitantes não possuem instalação sanitária.

O município possui tratamento de água realizado pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), que abastece grande parte da população.

**Quadro 3:** Condições de abastecimento de água tratada, São Brás do Suaçuí

<b>Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água</b>		
<b>Abastecimento Água</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>
Rede geral	76,8	83,6
Poço ou nascente (na propriedade)	22,4	14,5
Outra forma	0,8	1,9

**Fonte:** IBGE/Censos Demográficos 2010

No entanto, as instalações sanitárias são precárias, sendo a maior parte do esgoto encaminhado para fossa rudimentar como apresentado no quadro 4.

**Quadro 4:** Condições de instalação sanitária, São Brás do Suaçuí

<b>Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária</b>		
<b>Instalação Sanitária</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>
Rede geral de esgoto ou pluvial	0,3	0,8
Fossa séptica	0,3	15,5
Fossa rudimentar	82,0	72,3
Vala	0,2	2,8
Rio, lago ou mar	-	2,4
Outro escoadouro	0,8	1,2
Não sabe o tipo de escoadouro	-	-
Não tem instalação sanitária	16,5	4,9

**Fonte:** IBGE/Censos Demográficos (2010)

A renda familiar média na área rural é de R\$ 1.595,34 e na área urbana R\$ 1.884,58. A média *per capita* é de R\$ 319,00, com isso, quase a metade dos moradores (47,29%) vive abaixo da linha da pobreza (IBGE, 2010).

Apesar de baixa renda, a população apresenta taxa de escolarização de 90,1%. O índice de evasão no ensino médio é alto atingindo uma média de 50%, apesar da administração investir em parcerias com instituições de ensino em Conselheiro Lafaiete e oferecer transporte público. A maior parte da população residente não possui ensino superior e se dedica a prestação de serviço e agricultura familiar<sup>2</sup>. Conforme demonstrado no quadro a seguir 90,1 % da população foi alfabetizada com predomínio na faixa etária entre 15 a 19 anos com 98,3 % e entre 10 a 14 anos com 97,4 % mantendo assim resultados similares nas faixas entre 20 a 49 anos.

**Quadro 5:** Proporção da população Residente Alfabetizada por faixa etária, 2000

Faixa etária	Alfabetizados (%)
5 a 9 anos	65,9
10 a 14 anos	97,4
15 a 19 anos	98,3
20 a 49 anos	95,7
50 anos ou mais	81,2
Total	90,1

Fonte: IBGE/censos 2010

Através do quadro 6 pode-se ter uma visão geral das condições de vida social e econômica da população residente no município.

**Quadro 6:** Síntese das Informações Socioeconômicas, São Brás do Suaçuí

População total	3.513 pessoas
População residente alfabetizada	3.136 pessoas
População que frequenta creche ou escola	802 pessoas
Valor do rendimento mensal médio dos domicílios particulares rurais	R\$1.595,34
Valor do rendimento mensal médio dos domicílios particulares urbanos	R\$1.884,58
Valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes urbanos	R\$340,00
Valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes rurais	R\$390,00

Fonte: Censo IBGE, 2010

## 1.5 Sistema Local de Saúde

Informações obtidas no site oficial do município destacam os objetivos pretendidos pela atual administração municipal que enfatizam a importância que a saúde tem para os moradores desta cidade:

<sup>2</sup> De acordo com informações disponíveis em [www.saobrasdosuacui.mg.gov.br/historico](http://www.saobrasdosuacui.mg.gov.br/historico). Acesso em 15 set 2015.

“melhorar a qualidade de vida da população do município através da formulação de políticas públicas de saúde que assegurem a implantação e o desenvolvimento de ações e serviços de acordo com as necessidades da população, com respeito aos princípios do sistema único de saúde e com a garantia da participação popular” ([www.saobrasdosuacui.mg.gov.br/acesso](http://www.saobrasdosuacui.mg.gov.br/acesso) em 15 set 2015).

A saúde municipal conta com um Centro de Promoção de Saúde que é integrado a Estratégia de Saúde da Família e atende a totalidade da população. A rede municipal de saúde não conta com hospital geral, hospital especializado nem mesmo Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Daí a importância do Centro de Saúde que será enfatizada posteriormente.

A taxa de mortalidade é elevada em pessoas acima de sessenta anos principalmente por causas circulatórias, endocrinometabólicas e neoplásicas.

Em índice divulgado por meio dos indicadores do Pacto pela Saúde no ano de 2011, a proporção da população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família no município é de 96,36% e o percentual de famílias com perfil saúde beneficiadas pelo Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica é 97,55%.

O quantitativo de estabelecimentos de saúde presentes no município está relacionado a seguir:

- Unidade básica de saúde/centro de saúde: 1 unidade
- Clínica particular: 1 unidade
- Farmácia: 3 unidades
- Centro de diagnóstico por imagem: 1 unidade
- Laboratório de análises: 1 unidade
- Clínica especializada: 1 unidade (porém, não conveniada pelo SUS)

Além dos estabelecimentos é importante ressaltar também a existência de 3 equipamentos odontológicos completos, sendo que somente um é disponível para o SUS. A mesma situação ocorre com o aparelho radiográfico (única unidade) que não é disponível pelo SUS. Não existe no município equipamento de manutenção de vida, mamógrafo, tomógrafo, ressonância magnética, nem mesmo aparelho de ultrassonografia. Todos os pacientes que necessitam destes recursos devem se deslocar para outros municípios.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado através de Lei Municipal nº717 / 94. É composto por oito membros em situação paritária, sendo dois representantes do poder

executivo municipal, dois representantes dos trabalhadores do SUS e quatro representantes dos usuários do Sistema Municipal de Saúde. Reúnem-se mensalmente, na segunda semana, às quartas-feiras.

A Lei 717/94 criou também o Fundo Municipal de Saúde gerido não pelo secretário, mas pelo prefeito municipal. A Secretaria Municipal de Saúde é mantida pela Prefeitura Municipal e possui cinquenta e dois profissionais estatutários e outros admitidos através de processo seletivo.

### **1.5.1 Centro de Promoção de Saúde Dr. Vicente Ribeiro do Valle**

O Centro de Promoção de Saúde foi inaugurado no ano de 1989. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1999 e funcionou junto ao Centro de Saúde até quando foi entregue a nova sede do PSF em 2012.

A sede do PSF conta com uma infraestrutura adaptada às necessidades atuais com acesso para deficientes, recepção ampla, dois consultórios médicos, sendo um adequadamente equipado para atendimento de ginecologia, sala de reuniões ampla onde se reúnem as agentes comunitárias de saúde (ACS), posto de enfermagem, sala de procedimentos com materiais básicos para realização de procedimentos simples, cozinha mobiliada e com eletrodomésticos, consultório de psicologia e sala da epidemiologia onde funciona o centro de notificações e controle de doenças.

A referência para encaminhamentos de casos de média e alta complexidade é em primeiro lugar para Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Entre Rios de Minas e Belo Horizonte através da PPI Assistencial (Programação Pactuada Integrada).

A Unidade de Saúde da Família oferece atendimento odontológico que funciona no mesmo prédio, contudo possui coordenação própria que é realizada por uma cirurgiã dentista. A equipe de saúde bucal conta com mais um cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal. Além disso, a equipe conta com dois cirurgiões-dentistas que não integram a ESF, mas realizam há um ano trabalho na equipe através do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) como bolsistas cursando pós-graduação pelo Núcleo de Saúde Coletiva e Nutrição, da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG).

### **1.5.2 ESF de São Brás do Suaçuí**

A única Equipe de Saúde da Família (ESF) da cidade não possui nome próprio, sendo registrado como PSF de São Brás do Suaçuí. Está localizada na mesma área física do Centro

de Promoção de Saúde, à Rua Francisco Carlos nº651, na região central da cidade próxima a matriz, que é ponto de referência em toda região.

As atividades da ESF acontecem no horário de 07:30 às 16:30 horas com intervalo de uma hora para almoço entre 12 a 13 horas, de segunda a quinta-feira, sendo que nas quartas-feiras acontece o horário de atendimento ao trabalhador até as 19:30 horas, e na sexta-feira o atendimento encerra as 12:30 horas, somando, então, as 40 horas semanais. O Centro de Saúde que funciona integrado à ESF realiza atividades de 7:00 às 18:00 horas, de segunda à sexta-feira.

Além da sede urbana da ESF, existe também a unidade rural localizada na comunidade Ponte Pequena, entregue a população em 2010. Apesar de possuir excelente infraestrutura com salas amplas e mobiliadas só é aberto uma vez por semana, nas segundas feiras pela manhã, porque não foi implantada a ESF rural. A maioria dos moradores da zona rural acaba tendo que procurar o serviço urbano por falta de flexibilidade nos horários de atendimento.

### **1.6 Problema prioritário:**

Após a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nessa área de abrangência. Na análise situacional, foram levantados dados do Ministério da Saúde, da própria Prefeitura de São Brás e foi observada também a área de abrangência.

O problema de maior relevância identificado pela equipe de saúde de São Brás foi a alta prevalência de doenças cardiovasculares em pessoas idosas, com maior ênfase em hipertensão. Esta doença acomete muitos indivíduos no território da ESF, sendo causa muito freqüente nos atendimentos.

A prevalência média estimada de hipertensão no Brasil, autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico é de 22,7% (BRASIL, 2011). Na área de abrangência da ESF de São Brás identifica-se um comportamento muito parecido, cuja prevalência de hipertensão é de mais de 22% de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde e arquivos da ESF.

O problema é muito importante porque a população sob responsabilidade da equipe está frequentemente exposta aos fatores de risco (excesso de peso, sedentarismo, consumo

excessivo de sódio na dieta, atividade física reduzida, tabagismo, alta ingestão de álcool e estresse) que influem na qualidade da atenção prestada aos pacientes hipertensos.

## 2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% das mortes por doença arterial coronariana, além de ser responsável por um número significativo de internações hospitalares. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) no mundo inteiro a hipertensão é hoje o primeiro fator de risco de mortalidade, ante o tabagismo e as dislipidemias, que deve ser pesquisado e investigado sistematicamente.

No contexto da Especialização Estratégia Saúde da Família ao realizar o diagnóstico situacional observou-se que a HAS é uma doença com alta prevalência na área de abrangência da equipe, acometendo pessoas idosas e com tendência a aumentar em pessoas mais jovens.

Na ESF do município de São Brás já existe um acompanhamento em grupo para portadores de HAS, mas este não tem conseguido transformações significativas no modo e estilo de vida dos usuários. Para isso, é necessário elaborar um projeto de intervenção que garanta atendimento e acompanhamento aos pacientes hipertensos, criando-se um protocolo de atendimento para melhor seguimento e atenção integral aos pacientes portadores da doença.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

Propor um plano de intervenção para garantir melhor assistência e seguimento aos pacientes portadores de hipertensão arterial que procuram a unidade de saúde.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- ✓ Identificar os fatores de risco associados à hipertensão arterial.
- ✓ Caracterizar os casos de hipertensão arterial.
- ✓ Elaborar uma agenda assistencial, valorizando as visitas domiciliares e palestras educativas.
- ✓ Propor prática de Educação Popular em Saúde, como mecanismo de discussão sobre os métodos profiláticos.
- ✓ Avaliar o resultado do impacto da intervenção educativa.

#### 4. MÉTODOS

Este trabalho contempla um projeto de intervenção, cujo foco é o seguimento integral dos pacientes hipertensos na Atenção Básica. O estudo foi realizado no ano de 2015 no Centro de Saúde Vicente Ribeiro do Valle, localizado na cidade de São Brás do Suaçuí, em Minas Gerais.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados pela equipe, foram propostas algumas intervenções a fim de garantir a melhoria no atendimento aos pacientes com hipertensão. Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do módulo de Iniciação a Metodologia (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e seção 2 do módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a construção deste projeto foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados eletrônicas de Scientific Library online - SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil. Os descritores utilizados nesse trabalho foram: Hipertensão; Fatores de risco; Atenção Primária à Saúde. Outros dados importantes que foram utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de São Brás, e arquivos da ESF do município.

O trabalho contou com a participação dos profissionais de saúde da equipe, profissionais da equipe multidisciplinar e população adscrita a Unidade Básica do município.

Nesse plano de intervenção para melhorar a assistência ao paciente portador de hipertensão foram convidados o total de pacientes cadastrados (596) e incluídos no protocolo proposto para garantir melhor assistência e seguimento.

O trabalho foi realizado com equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogos, terapeutas ocupacionais, e agentes comunitários de saúde (ACS) em parceria com a Secretaria de Saúde do município e Academia da Cidade. Na proposta de mudanças em relação aos estilos de vida, o trabalho ocorreu com auxílio da fisioterapia e nutricionista.

Foi disponibilizada na agenda de atendimentos uma manhã específica para o grupo de pacientes alvo da intervenção, incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos. Para realização desta intervenção foram elaboradas pela equipe e disponibilizadas cartilhas com orientações aos pacientes hipertensos. Após o atendimento médico, será necessário avaliar a particularidade de cada paciente para proceder à inclusão no programa conforme

protocolo desenvolvido neste estudo. Os pacientes crônicos, que apenas fazem renovação de receitas foram convidados para consulta com o médico.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS é um dos problemas de saúde pública mais importante no mundo, já que é um fator de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Apesar de apresentar alta prevalência, ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem serem portadores da HAS. No Brasil a prevalência de HAS é de 22 a 44%. Dos pacientes que sabem do diagnóstico, cerca de 40% não estão em tratamento. Além disso, apenas uma pequena parcela dos pacientes está com os níveis de pressão arterial devidamente controlados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos. Portanto, em decorrência da alta morbimortalidade associada à HAS e dos custos elevados para o seu tratamento (principalmente o custo de suas consequências), torna-se imprescindível um diagnóstico e tratamento adequados para a modificação da história natural da doença hipertensiva (NOBRE *et al* 2010, p. 57).

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no país e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos (LIMA *et al*, 2009).

Considerando o critério de hipertensão arterial como pressão sistólica >140 mmHg e/ou pressão diastólica >90mmHg e/ou uso corrente de anti-hipertensivo, os estudos mostram taxas de prevalência em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de

aumento com a idade. Esses índices variam em função da população estudada, mas são semelhantes à prevalência encontrada em outros países da América Latina. Portanto, são indicadores importantes para o planejamento de ações de Saúde Pública (BRASIL, 2007).

Apresentamos na tabela 1 os valores de referência para classificação da pressão arterial, em maiores de 18 anos, conforme preconizam as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).

**Tabela 1:** Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2006.

## 5.2 Tratamento Anti-hipertensivo

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão em revisão dos estudos de base populacional da última década no país, a hipertensão arterial em adultos brasileiros atinge patamares que demonstram a necessidade de intervenção imediata da Saúde Pública, tanto na atenção em saúde como na tomada de medidas preventivas que visem à abordagem global dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (NOBRE *et al.*, 2010).

Fernandes *et al* (2009) destacam que o principal objetivo do tratamento da hipertensão arterial deve ser a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares. Sobre o uso de anti-hipertensivos estes autores apontam que

os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial (PA), mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (BRA II) e com antagonistas dos canais de cálcio (ACC), embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009, p. 595).

Para Nobre *et al* (2010)

O tratamento anti-hipertensivo deve ser individualizado e a escolha inicial do medicamento como monoterapia deve basear-se nos seguintes aspectos: capacidade de o agente escolhido reduzir morbidade e mortalidade cardiovasculares; perfil de segurança do medicamento; mecanismo fisiopatogênico predominante no paciente a

ser tratado; características individuais e doenças associadas. Com base nesses critérios, as classes de anti-hipertensivas atualmente consideradas preferenciais para o controle da PA em monoterapia inicial são os diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da ECA e bloqueadores do receptor AT1 (NOBRE *et al.*, 2010, p. 57)

Fuchs (2004) afirma que a maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta.

Existem evidências de que os países com melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS são aqueles que apresentam uma organização do sistema de saúde a partir da atenção básica cujo principal objetivo é diminuir os indicadores de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo Miocárdio com a aplicação de um protocolo de práticas e metas que permitam a avaliação constante e a participação de profissionais no acompanhamento dos hipertensos (ORDUÑES GARCIA *et al.*, 2006).

### **5.3 Fatores associados a não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se pela presença de níveis de pressão arterial elevado associado a alterações no metabolismo do organismo, nos hormônios e nas musculaturas cardíaca e vascular, tem alta prevalência e baixas taxas de controle.

Bossay *et al* (2006) apontam que “grande parte dos pacientes internados em unidades coronarianas e cardíacas de tratamentos intensivos tem como doença base a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus” e, por isso, há necessidade de estudar os motivos pelos quais o paciente hipertenso tem dificuldades para aderir ao tratamento. Ainda de acordo com esses autores

O principal fator que determina um baixo controle da HAS se dá em tratar de uma doença de aparecimento assintomático, sendo assim, seu diagnóstico e tratamento acabam sendo frequentemente negligenciados, associando a baixa adesão, por parte do paciente ao tratamento prescrito (BOSSAY *et al.*, 2006, p. 73).

É importante salientar, que um número substancial de pacientes hipertensos acabam abandonando o tratamento depois de alguns meses, em função de vários fatores ligados a problemas financeiros ou falta de informação sobre a importância da manutenção do tratamento pelo resto da vida. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso.

Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras morbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.

O comportamento dos pacientes relacionados a não aderência ao tratamento influi de modo negativo no controle da HAS e constitui um dos principais problemas para o sucesso do tratamento da HAS (BRASIL, 2007).

Segundo Machado (2011), o maior desafio para o controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a adesão dos pacientes ao seu tratamento. A adesão ocorre quando o comportamento do paciente coincide com a orientação médica, em termos de uso de medicamentos nas doses corretas, nos horários corretos, mudança do estilo de vida, seguimento de dietas, uso de equipamentos, havendo concordância e compreensão entre pacientes e médicos.

Péres, Magna e Viana (2003), ao realizarem estudo exploratório com 32 pacientes hipertensos atendidos em duas unidades de saúde do Município de Ribeirão Preto, em São Paulo, constataram que os aspectos psicossociais e as crenças de saúde interferem diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre a doença hipertensiva e nas práticas de saúde adotadas. Esses autores ressaltaram que é importante propor novas formas de orientação aos pacientes com hipertensão arterial.

Bossay *et al.* (2006) realizaram um trabalho com usuários da Unidade Básica de Saúde do Jardim Macaúbas, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul em 2004, inscritos no Programa do Hipertenso. Nesse estudo identificaram que os usuários não aderiram à terapia medicamentosa e que a principal causa foi a dificuldade de locomoção até a Unidade para conseguir a medicação, já que eram, quase na totalidade, idosos e portadores de outras morbidades incapacitantes.

Andrade *et al.* (2006) enfatizam que “a identificação de efeitos colaterais ao tratamento farmacológico relacionado ao consumo de álcool, representa a segunda causa de abandono do tratamento por pacientes hipertensos” (ANDRADE *et al.*, 2006, p.378). Nesse sentido, é preciso que os pacientes sejam orientados para a redução do uso de álcool, mas, conforme destacam os autores citados “é preciso rever a forma como essa orientação tem sido passada, pois é possível que esteja ocorrendo uma má interpretação, especialmente pelos pacientes do sexo masculino” (ANDRADE *et al.*, 2006, p. 379).

De acordo com Machado (2011),

não se pode proibir um hipertenso de beber uma cerveja para o resto da vida, mas é preciso analisar o caso específico para saber a melhor forma de proceder. Para os hipertensos do sexo masculino que fazem uso de bebida alcoólica, é aconselhável que o consumo não ultrapasse 30 ml de etanol/dia, contidos em 60 ml de bebidas destiladas (uísque, vodca, aguardente, etc.), 240 ml de vinho, ou 720 ml de cerveja (MACHADO, 2011, p.227).

Como exposto por Lima *et al.* (2009), as consequências causadas pela não adesão ao tratamento adequado da HAS, são fatores importantes para uma das maiores causas de morbimortalidade universal, tornando-se assim, um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva, levando a incapacidade física e até a morte prematura.

Para atingir um controle adequado dos níveis pressóricos dos hipertensos e reduzir os elevados índices de morbidade, internações hospitalares e o alto custo de tratamento é preciso construir formas eficazes de intervenção para a identificação dos fatores determinantes da não aderência dos pacientes hipertensos ao tratamento, e incorporando os mesmos com o objeto de intervenção da prática médica (BOSSAY *et al.*, 2006).

A equipe do PSF no trabalho do grupo operativo desenvolve atividades dirigidas para oferecer conhecimento sobre os fatores de risco para a HAS, importância da dieta e tratamento farmacológico para o controle da doença e as consequências que apresenta um paciente hipertenso. Também busca conhecimento teórico e prático sobre as diferentes atividades para prevenir a doença e suas complicações.

## 6. PLANO DE AÇÃO

A elaboração do plano de ação baseou-se no Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Foram seguidos os passos propostos conforme descreveremos a seguir.

### 6.1 Primeiro passo: Identificação dos problemas

Ao fazer a análise situacional do território da equipe de saúde foi determinado um grupo de problemas que afetam a população, e que interferem em seu estado de saúde.

Os principais problemas identificados foram os seguintes:

1. Alta prevalência de pacientes hipertensos descompensados.
2. Elevado número de pacientes diabéticos descompensados.
3. Transtornos nutricionais, obesidade e dislipidemias.
4. Alta prevalência de doenças cardiovasculares.
5. Aumento de doenças infecto parasitárias.
6. Alto índice de neoplasias.
7. Número elevado de condições respiratórias.
8. Baixa resolutividade na atenção prestada em posto de saúde.

### 6.2 Segundo passo: Priorização dos problemas

Para definir a ordem de prioridade dos problemas se utilizou como método a matriz de priorização, que é importante ferramenta para fazer análise de situações de saúde.

O quadro a seguir apresenta o resultado da priorização dos problemas.

**Quadro 7:** Priorização de problemas, ESF São Brás (MG)

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Alta prevalência de pacientes hipertensos descompensado	Alta	8	Parcial	1
Elevado número de pacientes diabéticos descompensados	Alta	7	Parcial	2
Transtornos nutricionais, obesidade e dislipidemias	Alta	6	Parcial	2
Alta prevalência de doenças cardiovasculares	Alta	5	Parcial	3
Aumento de doenças infecto parasitárias	Alta	4	Parcial	3
Alto índice de neoplasias	Alta	3	Parcial	3

Número elevado de condições respiratórias	Alta	2	Parcial	4
Baixa resolutividade na atenção em posto de saúde	Alta	2	Fora	4

**Fonte:** Diagnóstico situacional, ESF São Brás, 2014.

### 6.3 Terceiro passo: Descrição do problema

O número de pacientes hipertensos cadastrados pela ESF corresponde a 596 pessoas, das quais 68% não estão controladas devido à irregularidade de tratamento, como requer o programa de hipertensão. Além disso, existe um grupo de pacientes que não utilizam o SUS e constituem subnotificação estatística, e outro grupo que não sabem que são hipertensos e a doença está influenciando de forma negativa sobre eles.

Os principais fatores causais de hipertensão incluem o excesso de peso, sedentarismo, consumo excessivo de sódio na dieta, atividade física reduzida, consumo inadequado de frutas, verduras e potássio e a prevalência de ingestão de álcool. E ainda considera-se como agravante e que tem muita influência sobre o quadro de HAS fatores como o estresse e a depressão.

### 6.4 Quarto passo: Explicação do problema

Como já discutido anteriormente a HAS é uma doença crônica e um fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, renais. Além disso, pode ter conseqüências de incapacidades para as pessoas. É uma das principais causas de morte não só no Brasil, mas também no mundo. Um dos principais problemas é que pode ser uma doença assintomática, motivo pelo qual deve ser pesquisado e investigado sistematicamente. Portanto, é um problema prioritário, urgente, na área de abrangência da ESF, cujas causas mais frequentes são:

- Educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial;
- Uso incorreto de os medicamentos;
- Ausência de um tratamento higiênico dietético e mudanças de hábitos alimentares;
- Falta de conhecimento da doença;
- Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema;
- Deficiente estrutura dos serviços de saúde.
- Em reunião de equipe foram discutidos os problemas de saúde identificados na comunidade. Todos os profissionais concordaram que o problema prioritário é: alta prevalência de pacientes hipertensos descompensados.

- Foram listados seis nós críticos e suas justificativas para o problema prioritário conforme descrito a seguir:

### **6.5 Quinto passo: Identificação dos nós crítico.**

1. Mudanças de hábitos alimentares: com grupos educativos a equipe consegue aos poucos uma boa mudança nos hábitos alimentares incluindo atividade física e melhorando a qualidade de vida do hipertenso.
2. Educação insuficiente sobre hipertensão: deve ser realizado acompanhamento da equipe de saúde para aumentar o nível de aprendizagem do paciente.
3. Falta de conhecimento da doença: deve ser realizado trabalho educativo onde esse paciente deve ser inserido e passar para ele o que é a hipertensão e seus fatores de risco.
4. Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema: o trabalho em equipe deve ser organizado com ênfase nos principais problemas de forma ordenada e contínua.
5. Carência assistencial da saúde: sabe-se que se não houver parceria entre a equipe e o paciente tudo fica mais difícil. É preciso fazer o paciente entender que quanto mais descuido tiver com a saúde mais complicação surge, e que deve se corresponsabilizar para garantir qualidade assistencial.
6. Uso incorreto das medicações: no acompanhamento do paciente a equipe é gestora do problema, oferecendo atenção e orientação quanto à necessidade do uso correto das medicações

### **6.6-Sexto passo: Desenho das operações**

Como plano de ação de acordo com principal problema observado pode-se utilizar de várias abordagens, como por exemplo: abrir agenda específica para atendimento de pacientes hipertensos que irão à primeira consulta e consultas de seguimento, criando um tempo exclusivo para estes pacientes. Pode-se também incluí-los em grupos operativos específicos, realizando educação e informação sobre a doença, explicando, por exemplo, a forma de uso correto das medicações, bem como fazendo uma abordagem dos principais sintomas e complicações. O paciente estando ciente do problema que enfrenta e conhecendo a história

natural da doença, melhora a adesão ao medicamento e consegue obter sucesso com o tratamento proposto pelo médico. A abordagem à família também é fundamental para garantir adesão e sucesso no tratamento.

<b>Quadro 8: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “Alta incidência de pacientes hipertensos descompensados”</b>				
<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Hábitos e estilos de vida inadequados</b>	<b>+ Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida Capacitação de equipes de saúde	Diminuir em 15% o número de sedentários, tabagistas e obesos População mais informada aumenta anos de vida e adesão a atividades físicas e sem medicamentos Equipe capacitada melhora o atendimento à população	Programa de caminhada  Prática de exercício em academias  Campanha educativa na rádio local e comunidade	Organizacional→para organizar as caminhadas, exercícios Cognitivo→informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político→conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino Financeiro →para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
<b>Falta de conhecimento da doença</b>	<b>Juntos vamos à luta</b> Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença	Incluir o grupo familiar nas palestras e no acompanhamento dos hipertensos	Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente hipertenso	Cognitivos→Conhecimento sobre o tema Políticos→ parceria, mobilização social, disponibilização de materiais Organizacionais→ auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos
<b>Nível de informação</b>	<b>Saber +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos em indivíduos com pressão alta	População mais informada, mais capacitada no manejo de hipertensão	Avaliação do nível de informação da população sobre a hipertensão, campanha educativa na rádio local  Programa de Saúde Escolar  Capacitação dos ACS, cuidadores e principais líderes comunitários	Cognitivo →conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas  Organizacional→organização da agenda  Político →articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social
<b>Uso incorreto das medicações</b>	<b>Viva com prazer</b> Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e	Conscientizar os pacientes e familiares mostrando que	Pacientes e familiares conscientizados sobre a	Cognitivos→ Conhecimento sobre o tema Políticos→parceria da equipe de

	familiares sobre o uso correto das medicações	disciplina precisa fazer parte de sua vida	importância da medicação  Pacientes com pressão arterial controlada	saúde, mobilização social, disponibilização de materiais  Organizacionais → auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos
<b>Estrutura dos serviços de saúde</b>	<b>Cuidar Melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para atendimento dos portadores de hipertensão	Garantia de medicamentos e exames previstos para 80% dos hipertensos	Capacitação de pessoal  Contratação de compra de exames e consultas especializadas  Compra de medicamentos	Políticos → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço  Financeiros → aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos  Cognitivo → elaboração do projeto de adequação
<b>Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema</b>	<b>Linha de Cuidado</b> Implantar a Linha de Cuidado para hipertensos, incluindo os mecanismos de referência e contra-referência	Cobertura de mais de 90% da população com hipertensão	Linha de cuidado para hipertensos implantada  Protocolos Implantados  Recursos humanos capacitados  Regulação implantada  Gestão da Linha de Cuidado implantada	Cognitivo → elaboração de projeto da Linha de Cuidado e de protocolos  Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais  Organizacional → adequação de fluxos (referência e contra-referência)

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2015

Em relação ao desenho das operações pretende-se a implantação de um dia reservado para atendimento dos pacientes com transtornos hipertensivos com enfoque nos pacientes idosos e com recente diagnóstico faz parte também do plano operativo. Existe a necessidade de manter contato direto com centro de referência secundário do município para que seja possível alcançar bons resultados. Objetiva-se acolher grande parte dos pacientes com transtornos hipertensivos que estão sem atendimento. Será necessário articulação com a Prefeitura Municipal de São Brás do Suaçuí, especialmente, com a Secretaria Municipal de Saúde. Para elevar a cobertura de atendimentos será preciso fazer adequação da agenda do médico e da enfermeira. Outra operação necessária é de modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes selecionados. Manter pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial com boa saúde, incluindo cessação do tabagismo, práticas de atividade física e boa alimentação.

Mudanças no estilo de vida entram como aliadas no tratamento desses pacientes. Para isso, é preciso de parceria com educadores físicos e fisioterapeutas na tentativa de abordar esses pacientes. Serão necessários recursos financeiros e espaço apropriado para as atividades.

O quadro 8 traz o desenho detalhado das operações propostas para cada nó crítico.

### 6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

A seguir serão apresentados os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para enfrentamento dos nós críticos referentes ao problema: Alta incidência de pacientes hipertensos descompensados.

<b>Quadro 9:</b> Identificação de recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos referentes ao problema: “Alta incidência de paciente hipertensos descompensados”	
<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>+ Saúde</b>	Político →conseguir o espaço na rádio local Financeiro →para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, entre outros.
<b>Juntos vamos à luta</b>	Cognitivo →conhecimento sobre o tema Político → parceria, mobilização social, disponibilização de materiais Organizacionais →auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos
<b>Saber +</b>	Político →articulação intersetorial
<b>Viva com prazer</b>	Cognitivos → conhecimento sobre o tema Políticos →parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais Organizacionais → auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos
<b>Cuidar Melhor</b>	Político →decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiro → recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)
<b>Linha de Cuidado</b>	Político →articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015

### 6.8 Oitavo passo: Análise de viabilidade

Foi realizada análise de viabilidade do plano de ação, conforme descrito no quadro 10.

<b>Quadro 10:</b> Análise de viabilidade do plano de ação para enfrentamento do problema: “Alta incidência de pacientes hipertensos descompensados”				
<b>Operações / Projetos</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ação estratégica</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	
<b>+ Saúde</b> Modificar hábitos de vida da população Capacitação dos	Político→conseguir o espaço na rádio local Financeiro →para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos	Secretário de Saúde Equipe de saúde	Favorável	Não é necessário

profissionais da equipe de saúde	educativos.			
<b>Juntos vamos à luta</b> Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a hipertensão	Cognitivo→Conhecimento sobre o tema Políticos→ parceria, mobilização social, disponibilização de materiais Organizacionais → auxiliar a equipe nas divulgações	Secretaria Municipal de Saúde  Equipe de Saúde  Secretaria de Educação (nutricionista)	Favorável	Apresentar o Projeto para Secretária de Educação através de ofício
<b>Saber +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão e conhecimento dos pacientes com melhor acompanhamento da equipe de saúde	Político →articulação com a Secretaria de Educação e Comunicação	Secretaria de Educação e Comunicação	Favorável	
<b>Viva com prazer</b> Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações anti-hipertensivas	Cognitivos→Conhecimento sobre o tema Políticos→ parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais Organizacionais→ auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos	Secretaria Municipal de Saúde  Equipe de Saúde	Favorável	Reunião de Educação para Saúde envolvendo os grupos específicos
<b>Cuidar Melhor</b> Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Político →decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros →recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas)	Prefeito Municipal  Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede
<b>Linha de Cuidado</b> Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Político →articulação entre os setores assistenciais da saúde	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015

### 6.9 Nono passo: Plano operativo

O plano operativo para enfrentamento do problema: Alta incidência de pacientes hipertensos descompensados está descrito a seguir:

**Quadro 11: Plano Operativo**

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<p><b>+ Saúde</b>            Modificar hábitos de vida da população            Capacitação dos profissionais da equipe de saúde</p>	<p>Diminuir número de pacientes hipertensos sedentários e obesos</p>	<p>Programa de caminhada e prática de exercício em academias</p>	<p>Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Secretária de saúde Sandra Aparecida Evangelista</p>	<p>Três meses para o início das atividades</p>
<p><b>Juntos vamos à luta</b>            Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre as doenças cardiovasculares</p>	<p>Usuários e familiares mais informados sobre o risco da hipertensão</p> <p>Facilitar a realização de exames laboratoriais já existentes para esses pacientes</p>	<p>Grupos educativos com profissionais da saúde, usuários e familiares</p> <p>Mutirões da saúde</p> <p>Investir em consultas especializadas já existentes</p>	<p>Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Educação</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária</p>	<p>Início: três meses</p>
<p><b>Saber +</b>            Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão e conhecimento dos pacientes com melhor acompanhamento da equipe de saúde</p>	<p>População mais informada sobre a hipertensão</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre a hipertensão</p> <p>Programa de Saúde Escolar</p> <p>Capacitação dos ACS e dos cuidadores</p>	<p>Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária</p> <p>Médico</p>	<p>Início: quatro meses</p>
<p><b>Viva com prazer</b>            Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações anti-hipertensivas</p>	<p>Melhorar o acompanhamento da equipe de saúde para com esse paciente diminuindo assim as complicações da doença</p>	<p>Capacitação para os ACS</p> <p>Aumentar a demanda espontânea de consultas médicas</p>	<p>Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária Eliete das Dores Godinho</p>	<p>Início: três meses</p>
<p><b>Cuidar Melhor</b>            Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado</p>	<p>Melhor organização do seguimento e da oferta de consultas, exames e medicamentos considerando a meta de 80% de cobertura</p>	<p>Equipamento da rede</p> <p>Contratação de compra de exames e consultas especializadas</p> <p>Compra de medicamentos</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede</p>	<p>Coordenador de Atenção Primária</p>	<p>Quatro meses para apresentação do projeto</p>

<b>Linha de cuidado</b>	Cobertura de 100% da população com Hipertensão Arterial com garantia de atendimento e acompanhamento	Linha de cuidado para paciente portador de Hipertensão Arterial  Recursos humanos capacitados  Gestão da linha de cuidado implantada  Planilhas preenchidas para identificação e acompanhamento	Reforçar com a Secretaria de Saúde a importância de todos os setores realizarem a referência e contra referência	Coordenador da Atenção Primária	3 meses
-------------------------	--	---	--	---------------------------------	---------

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015

### 6.10 Décimo passo: Gestão do plano

A gestão do plano operativo será realizada conforme apresentado no quadro 12.

<b>Quadro 12: Gestão do plano operativo</b>					
Planilha de acompanhamento das operações/projeto “Alta incidência de pacientes hipertensos descompensados”					
<b>Operação “+ Saúde”</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Programa de caminhada orientada	Osvaldo	3 meses	Programa implantado e implementado em todas as micro áreas		
<b>Operação “Juntos vamos à luta”</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Grupos educativos com profissionais da saúde usuários e familiares  Mutirões da saúde  Investir em consultas especializadas já existentes	Coordenador da Atenção Primária	Início: três meses	Projeto ainda em discussão com a Secretaria de e Educação	A nutricionista pertence ao quadro de profissionais do setor da educação	Um mês
<b>Operação “Saber +”</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Avaliação do nível de informação da população sobre a hipertensão  Programa de Saúde Escolar	Coordenador da Atenção Primária	9 meses	Programa implantado e implementado em 80% das micro áreas		

Capacitação dos ACS e cuidadores					
2 Campanhas educativas na rádio local	Emilia Amâncio	3 meses	Parceiros identificados e sensibilizados	Formato e duração do programa definidos; conteúdos definidos; falta definição de horário pela emissora local	1 mês
<b>Operação “Viva com prazer”</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>		<b>Prazo Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Capacitação para os ACS  Aumentar a agenda e consultas médicas	Coordenador da Atenção Primária	Início: três meses	Projeto apresentado aguardando ampliação da unidade de saúde	Nova unidade de saúde em construção para ampliar a estrutura física	Um mês
<b>Operação “Cuidar Melhor”</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Equipamento da Rede  Contratação de compra de exames, consultas especializadas e compra de medicamentos	Eliete Godinho	12 meses	Projeto elaborado e submetido a discussão com Conselho Municipal de Saúde		
<b>Operação “Linha de Cuidado”</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Linha de cuidado	Coordenador da Atenção Primária	6 Meses	Projeto elaborado e submetido ao Fundo Municipal de Saúde		
Protocolos	Coordenador da Atenção Primária	8 meses	Projeção de demanda e estimativa de custos realizada  Edital elaborado		
Recursos humanos capacitados	Coordenador da Atenção Primária	6 meses	Programa de capacitação elaborado  Capacitação com início para dois meses		
Regulação	Coordenação da APS	8 meses	Projeto de regulação em		

			discussão		
Gestão da linha de cuidado	Coordenação da APS	12 meses	Projeto de gestão da linha de cuidado em discussão		

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2015

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste projeto de intervenção podemos chegar à conclusão de que devemos ser mais comprometidos na hora de realizar o nosso trabalho, planejar melhor as atividades a realizar e fazer uma pesquisa adequada de fatores de risco e doenças em nossa população que podem perfeitamente ser detectadas, tratadas e modificadas melhorando assim a qualidade de vida dos moradores de nossa área de abrangência.

A aplicação desse plano de intervenção possibilitará reduzir a incidência de hipertensos da população de abrangência, a prevalência de hipertensos sem controle, também fazer melhor assistência aos pacientes hipertensos e diminuir suas complicações, no município de São Brás do Suaçuí.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, K. M. S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz- RN**. 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- ANDRADE J. P. *et al.*. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v.79, N.4, p375-9, 2002.
- BASEGGIO, E. C.; PREZOTO, T. G.; VENEZIANO, L.S.N.; PACHECO, M..T.T., Avaliação do Risco Cardiovascular com Base na Escala de Framingham. **XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica**, Universidade do Vale do Paraíba.2010.
- BOSSAY Diogo *et al.* Fatores Associados à Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial, **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 10, n. 3, p. 73-82, dez., 2006 BRASIL.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 71p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão e Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doença crônica por inquérito telefônico**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.datasus.com.br> . Acesso em 15 set 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Relatório de Dados**. 2008. Disponível em: <http://sinasc.datasus.com.br> . Acesso em 15 set 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2010.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (2006). **Arq. Bras. Cardiol.** v.89 n.3 São Paulo, 2007.

FERNANDES, L. C. L; BERTOLDI, A. D; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública.** v.43, n.4, p.595-603, 2009.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa Populacional**. 2010. Disponível em : <http://www.ibge.com.br> Acesso em: 15 set 2015.

LIMA e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS 2009 (1):23-41**

MACHADO, Carlos Alberto, **Sociedade Brasileira de Cardiologia** - Seção de Ligas de Hipertensão SBC/DHA, 2011

ORDUÑES GARCIA, P.et al.Success in control of hypertension in a low resource setting: the Cuban experience. *J. Hypertension, USA*,v.24,n.5,p.845 849,may,2006.

NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v. 17, n.1, Jan/Mar. 2010, 57 p.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, São Paulo, 2003.

SÃO BRÁS DO SUAÇUI, 2015. Disponível em [www.saobrasdosuacui.mg.gov.br/histórico](http://www.saobrasdosuacui.mg.gov.br/histórico). Acesso em: 15 set 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BRAS DO SUAÇUI, **Plano Municipal de Saúde de São Brás do Suaçui**, 2014 – 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**; v.95, n.Supl.1, p.1-51, 2010.

