

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

RAFAEL ALMEIDA DE LIRA SANTOS

**INTERVENÇÃO NO CONTROLE PRESSÓRICO DOS USUÁRIOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. RAFAEL ALMEIDA DE LIRA
SANTOS DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/AL**

Maceió/Alagoas
2016

RAFAEL ALMEIDA DE LIRA SANTOS

**INTERVENÇÃO NO CONTROLE PRESSÓRICO DOS USUÁRIOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. RAFAEL ALMEIDA DE LIRA
SANTOS DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/AL**

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

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Maria Marta Amancio Amorim

RAFAEL ALMEIDA DE LIRA SANTOS

**INTERVENÇÃO NO CONTROLE PRESSÓRICO DOS USUÁRIOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. RAFAEL ALMEIDA DE LIRA
SANTOS DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/AL**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof^a.Dr^a. Maria Marta Amancio Amorim. Centro Universitário Una.
Belo Horizonte/MG.

Examinador 2 – Prof. Dr. Humberto Ferreira de Oliveira Quites. Universidade Federal
de São João Del Rei/MG.

Aprovado em Maceió, em 15 de dezembro de 2016.

RESUMO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) leva em consideração o usuário como um sujeito histórico, ou seja, o ambiente social, o território e as relações sociais que este indivíduo realiza, os quais são determinantes para o estado de saúde. Diante disso, a equipe de saúde tem como compromisso estabelecer vínculos não só com o usuário, mas com a comunidade, e, inclusive, com a família. Na área de abrangência foi identificada a dificuldade que usuários hipertensos têm para obterem uma melhora no processo de saúde. A partir disso observou-se a dificuldade dos hipertensos manterem um controle pressórico estável. Logo, o objeto geral proposto na é a realização de uma intervenção com a intenção de otimizar o controle pressórico dos usuários hipertensos da ESF Dr. Rafael Almeida de Lira Santos do município de Campo Grande/AL. Portanto, a Equipe 1 tem como objetivo propor uma estratégia para manter o controle pressórico dos usuários da zona rural de Campo Grande em nível estável, trabalhando de forma mais efetiva as visitas domiciliares e a possibilidade da criação de grupo de hipertensos na comunidade para trabalhar temas relevantes para essas pessoas e seus familiares, envolvendo a prevenção, promoção, cuidado, hábitos e alimentação. A intervenção partiu de iniciativa de planejamento estratégico situacional, utilizamos como método a estimativa rápida e recorreu-se às plataformas de pesquisa – Nescon, Google Acadêmico, Scielo – e arquivos do site da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, para subsidiar a revisão bibliográfica. A proposta da intervenção partiu da identificação dos determinantes sociais de saúde e através de um método democrático, o fluxograma, foi apresentado os quatro passos para a intervenção: o momento explicativo, o normativo-prescritivo, o estratégico e o tático operacional. A intenção foi levar aos usuários um serviço mais efetivo, um fortalecimento da articulação entre a ESF com a comunidade e outros serviços de saúde, e que a rede de apoio social possa contemplar com suas atribuições contribuindo para a melhora do serviço.

Palavras-chave: Estrutura de grupo. Estratégia Saúde da Família. Apoio Social. Hipertensão.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) takes into account the user as a historical subject, that is, the social environment, territory and social relations that this individual performs, which are determinants for the state of health. Therefore, the health team is committed to establishing links not only with the user, but with the community, and even with the family. In the area of coverage, the difficulty that hypertensive users have to obtain an improvement in the health process was identified. From this it was observed the difficulty of the hypertensives to maintain a stable blood pressure control. Therefore, the general object proposed in this study is an exercise of an intervention with the intention of optimizing the pressure control of the hypertensive users of the FHD. Dr. Rafael Almeida de Lira Santos of Campo Grande/AL. Therefore, Team 1 aims to propose a strategy to maintain the pressure control of users in the rural area of Campo Grande at a stable level, working more effectively the home visits and the possibility of creating a group of hypertensive in the community to work on themes Relevant to these people and their families, involving prevention, promotion, care, habits and food. The intervention was based on a strategic situational planning initiative. We used rapid estimation as a method and we used the research platforms - Nescon, Google Scholar, Scielo - and archives of the website of the Brazilian Society of Hypertension, to support the bibliographic review. The intervention proposal was based on the identification of the social determinants of health and through a democratic method, the flowchart, the four steps for the intervention were presented: the explanatory moment, the normative-prescriptive, the strategic and the operational tactic. The intention was to provide users with a more effective service, a strengthening of the articulation between the FHT with the community and other health services, and that the social support network can contemplate with its attributions contributing to the improvement of the service.

Keywords: Group structure. Family Health Strategy. Social support. Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL	Alagoas
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CV	Cardiovascular
DAP	Doença Arterial Periférica
DCV	Doença cardiovascular
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Fator de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOA	Lesão de órgão-alvo
MEV	Modificação de Estilo de Vida
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	Tratamento Não Medicamentoso
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Descrição do município.....	7
1.2 Descrição da comunidade.....	7
1.3 Descrição da Unidade de Saúde.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	33
6.1 Identificação dos Problemas.....	34
6.2 Priorização do Problema da ESF Dr. Rafael Almeida de Lira Santos.....	34
6.3 Descrição e Explicação do Problema Priorizado	35
6.4 Seleção dos “nós críticos” e desenho das operações.....	36
6.5 Identificação dos Recursos Críticos.....	38
6.6 Análise da Viabilidade do Plano.....	39
6.7 Elaboração do Plano Operativo.....	40
6.8 Resultados Esperados.....	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
8 REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do município

O município de Campo Grande é localizado no sudoeste do estado de Alagoas, limitando-se ao norte com Lagoa da Canoa, ao sul com Olho D'água Grande, a leste com Feira Grande e Porto Real do Colégio e a oeste com os municípios Girau do Ponciano e Traipu (IBGE, 2016).

A origem de Campo Grande remota de 1800 com o processo de colonização. Sua formação ocorreu a partir de pequenos sítios e casas que se aglomeraram formando uma pequena cidade. O nome Campo Grande veio devido às características do território, planícies e campos com grandes proporções. O fator que impulsionou o crescimento da vila foi a construção da estrada de ferro contribuindo para o desenvolvimento do município; junto vieram trabalhadores que passaram a se instalar na cidade, havendo a implantação de acampamentos e o crescimento de Campo Grande (IBGE, 2016).

Para a emancipação política, destacaram-se João Paulo Moura, Enoque Barbosa Ramos, José Raimundo dos Santos, Leocádio Soares da Silva, José Bráulio dos Santos, Manoel Egídio de Lima e João Ferreira Cavalcante. Em maio de 1960, houve a autonomia administrativa, com o desmembramento do município de São Braz (IBGE, 2016).

Campo Grande atrai centenas de visitantes com sua tradicional Feira de Gado, a segunda maior de Alagoas. Duas festas também animam a cidade: A Emancipação Política (31 de maio) e a da padroeira Santa Luzia (13 de dezembro). É um município com população de 9.664 habitantes, com área total de 169. 988 km² com um número aproximado de domicílios e famílias de 2368; possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 2010 – 0,524; a renda familiar da população de Campo Grande rural e urbana são respectivamente: R\$587,93 e R\$852,83. A atividade econômica baseia-se no comércio e agricultura (IBGE, 2016).

1.2 Descrição da comunidade

A população usuária do serviço de saúde nos locais em que exerço minha função se caracteriza vulnerável economicamente e socialmente, fazendo parte dos trabalhadores informais com condições precárias de trabalho e condições sociais

mínimas de sobrevivência. O acesso para as comunidades é de 17 km de estrada de terra. A cidade de Campo Grande se encontra em uma área de difícil acesso para serviços de saúde, centro da cidade e lazer, tendo como expressões a questão social, como a desigualdade social, a pobreza, o analfabetismo, a violação de direitos, a violência, o desemprego, dentre outras.

1.3 Descrição da Unidade de saúde

O serviço de saúde da atenção básica nas comunidades rurais de Campo Grande se apresenta de forma precária, ou seja, não há condições estruturais, nem recursos materiais e o sigilo profissional acaba comprometido diante dessas condições. O horário de funcionamento é de segunda à quinta das 08h00min às 12h00min e pelo período da tarde, das 14h00min às 18h00min, conforme o quadro 1.

A Equipe Saúde da Família (ESF) Dr. Rafael Almeida de Lira Santos se localiza no município de Campo Grande do Estado de Alagoas, atuando na zona rural. A estrutura física das unidades de saúde não são das melhores, possuem carência nos recursos materiais, comodidade e qualidade na estrutura. E é diante desta realidade física que a equipe de saúde da família exerce suas atividades de maneira mais efetiva possível, procurando quebrar paradigmas e procurando estratégias para vencer as barreiras do dia a dia.

É nesta realidade que a Equipe 1 composta por: 1 (uma) enfermeira; 7 (sete) agentes comunitários de saúde (ACS); 1 (um) técnico de enfermagem e 1 (um) médico, exerce suas competências procurando sempre trabalhar de maneira coletiva, expondo ideias e contribuindo para o acompanhamento do processo doença daquelas famílias adscritas. Por mais que tenhamos dificuldades em nosso cotidiano, sejam eles por questões políticas, gestão e social; além do mais as mudanças que a sociedade sofre, a globalização de doenças e hábitos, nos faz buscar atualizações profissionais para o novo, procurando envolver a equipe em projetos que contribuam para a saúde da família e comunidade e para o enfrentamento dos nós críticos identificados no exercício do trabalho. Por isso a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Os serviços prestados pela ESF Dr. Rafael Almeida de Lira Santos é de promover e prevenir a saúde da população do território adscrito. Procurando ofertar

palestras educativas, serviços voltados a gestante e a criança, saúde da mulher com exames ginecológicos, acompanhamento das vacinas, serviços que abrangem não somente o paciente, mas toda a família deste, inclusive ao idoso; serviços assistenciais, articulando desta forma a saúde com instituições de assistência social. Tendo em vista que o conceito de saúde ultrapassa a ideia de estar ou não doente, envolvendo desta forma o contexto em que aquela família se encontra, levando, portanto, em consideração aspectos socioeconômicos. E, diante disso, é necessário que a equipe de saúde da família tenha como serviço prestar o acolhimento e encaminhamento para outras redes de atenção ao usuário.

Quadro 1. Horário de trabalho da ESF Dr. Rafael Almeida de Lira Santos

Segunda- feira	Terça- feira	Quarta- feira	Quinta-feira	Sexta- feira	Horário
Alto da Pedra	Posto Central	Gruta Funda	Curral Falso	-----	8:00 – 12:00
Alto da Pedra	Posto Central	Gruta Funda	Curral Falso	-----	14:00 - 18:00

Diante do que foi exposto acerca do município de Campo Grande e da população, observa-se que para o exercício profissional há uma dificuldade encontrada tanto nos recursos materiais para um serviço de qualidade, como para o acesso às unidades básicas e a outros serviços em que os pacientes possam ter o acompanhamento de sua saúde. Desta forma, as condições vulneráveis e precárias dos usuários refletem na sua saúde e no seu cuidado permanente tornando a sua vida sem a mínima qualidade.

Vale fazer uma breve reflexão a respeito do sistema de saúde pública brasileira. O sistema de saúde brasileiro se identifica como Sistema Único de Saúde (SUS), sendo universal e gratuito. O sistema de atenção à saúde dos brasileiros está centrado nos pilares de hierarquização, rede e regionalização, assim, este modelo se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde conforme o inciso II do art 7º da Lei nº 8.080/90 o qual ressalta que as ações e serviços devem obedecer a “integralidade de assistência, entendida como conjunto

articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, e que a regionalização e hierarquização em níveis de complexidade crescente serão organizadas, conforme o inciso II do art. 8 da Lei nº 8.080/90 “no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente” (BRASIL, 1990).

Logo, os níveis de complexidade dos serviços tem na atenção básica a porta de entrada para o SUS. A hierarquização se compõe pela atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade respectivamente. Diante disso, há diferentes formas organizacionais do sistema de saúde, podendo ser um sistema fragmentado ou um sistema em redes de atenção.

O modelo de atenção o qual atuamos se caracteriza como atenção básica voltada para a medicina preventiva, sendo a porta de entrada para a assistência à saúde, sua organização ainda se dá de forma fragmentada no município de Campo Grande/AL e comunidades; ocorrendo de maneira fragmentada a intersectorialidade dos serviços de saúde e o acompanhamento do usuário priorizando a referência e contrarreferência, protagonizado pelo princípio da integralidade. Outra forma de organização se relaciona ao direito que o usuário tem de ser atendido de acordo com suas necessidades em diferentes níveis de complexidade, exigindo uma articulação entre os diversos profissionais que fazem parte da equipe de saúde e entre os distintos níveis de hierarquização tecnológica da assistência, essas características fazem parte de um sistema organizado em rede, ou seja

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre essa população (MENDES, 2010, p.2300).

Portanto, ressalvo que

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados uns dos outros, incomunicados entre eles e que, por consequências, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilidade. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se comunicam com a atenção terciária à saúde. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde são aqueles organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2009, p.50).

Portanto, além de um sistema de saúde fragmentado a maioria de seus usuários vive em situação de vulnerabilidade social, o que demanda dos profissionais da UBS maior comprometimento ético-político e determinação para garantir uma melhor qualidade de vida aos usuários, sempre buscando um atendimento humanizado, mesmo que diante das dificuldades encontradas no exercício profissional da equipe. Como a existência da dificuldade de articular os serviços de saúde do município de Campo Grande e dos municípios vizinhos para a realização de referência e contrarreferência de um elevado número de usuários para serem atendidos, cerca de 250 por dia, comprometendo a eficiência do atendimento na UBS e o acesso a todos que necessitam do serviço, como também um acompanhamento paralelo dos hipertensos. Essas dificuldades encontradas no dia a dia são realidades da organização da maioria das cidades brasileiras no sistema de saúde público.

2 JUSTIFICATIVA

Conforme a Sociedade Brasileira de Hipertensão há no estado brasileiro um número grande de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o tratamento desta doença crônica conta com ações e políticas governamentais, tendo por finalidade o acompanhamento dessa parte da população (MALACHIAS et al., 2016). Diante disso, é considerável a articulação com redes de apoio social auxiliando na prevenção de agravos juntamente com a equipe de saúde. Para isso, os sujeitos hipertensos e seus familiares precisam do auxílio e atenção das redes de apoio social e de saúde. O objetivo das redes de apoio social encontra-se no fato de amenizarem as limitações que enfrentam durante o tratamento. Podemos citar como redes de apoio social a família, vizinhos, lideranças comunitárias e religiosas, logo, com a interação da equipe de saúde e demais sujeitos que convive com pacientes hipertensos é possível melhorar o processo de saúde deste indivíduo, desde que ocorra, conforme Grillo (2012) uma Educação Permanente em Saúde (EPS), para que os profissionais sejam capacitados para lidar com a situação problema em seu aspecto social, econômico, político e de saúde, e possibilitar orientações em ações conjuntas com os demais membros da equipe acerca dos cuidados com pacientes hipertensos, abrangendo a alimentação, exercícios físicos e tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Percebe-se, portanto, que o problema central tem em si inúmeros fatores que possibilita seu agravamento; logo, em saúde, não pode analisar seu conceito fora do contexto do paciente.

Para que a acessibilidade dos pacientes hipertensos ocorra de maneira efetiva é necessário que haja o comprometimento da equipe em trabalhar si mesma, buscando conhecimento; e o usuário, de forma que contribua para o fortalecimento dos laços familiares e comunidade, para então contribuírem no processo de saúde dos pacientes hipertensos, e uma otimização nas visitas domiciliares. Ou seja, é necessário por em prática a EPS com o objetivo de quebrar paradigmas e consolidar uma análise crítica da realidade do indivíduo, proporcionando o exercício da cidadania e de informações com os pacientes como também novos conhecimentos e práticas para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo essa norteada pelas diretrizes que organizam as ações e serviços públicos de saúde constituindo um sistema único de saúde, e se encontram no Art. 198 da CF/88, são

eles: descentralização, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem que haja prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL,1988).

A ESF leva em consideração a pessoa como um sujeito histórico, ou seja, o ambiente social, o território e as relações sociais que este indivíduo realiza que são determinantes para o estado de saúde. Diante disso, a equipe de saúde tem como compromisso estabelecer vínculos não só com paciente, mas com a comunidade, e, inclusive, com a família. Deste modo, de acordo com Shimazaki (2009) a ESF tem como princípios o primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem; e enfoque comunitário. Assim, a ESF pode fazer a relação das Redes de Apoio Social com os serviços de saúde procurando trabalhar sobre informações e orientações acerca da HAS e qualidade de vida, como a alimentação voltada para pacientes hipertensos a importância do vínculo família e paciente, atividades físicas e o controle dos medicamentos e falar sobre os fatores de risco (FR) que leva à mudanças na pressão arterial (PA).

O interesse pela temática ocorreu durante o dia a dia do trabalho onde foi possível observar, em conversas nas consultas e visitas, que há uma grande dificuldade da inclusão da rede social no processo de saúde dos hipertensos e do comprometimento da rede de apoio, mas também do acesso às localidades que os pacientes possam ter um serviço do controle pressórico, tendo em vista que é algo necessário para manter o tratamento estável. Esta dificuldade no atendimento ocorre também devido as residências que se encontram em regiões distantes dos serviços de saúde e estabelecimentos, como farmácia, para aferir a PA. Tal situação não somente compromete o serviço e acompanhamento dos profissionais, como no tratamento dos pacientes, pois é de saber que indivíduos com HAS necessitam de acompanhamento e apoio de pessoas próximas, como de uma boa articulação com os serviços e estabelecimentos de saúde. Logo, é necessária uma conscientização tanto dos profissionais de saúde acerca da problemática, quebrando paradigmas e pensando a saúde além do estar ou não doente. Procurando desta forma uma EPS com o objetivo de adquirir novos conhecimentos e compartilhá-los a fim de contribuir para uma articulação dos familiares e comunidade com o paciente hipertenso, como uma otimização nas visitas domiciliares a fim de suprir um dos fatores limitador para um melhor serviço (o acesso aos serviços de saúde de forma qualitativa) e a criação de grupo operativo de educação em saúde.

Diante disso, conforme recomenda São Paulo (2002) as redes de apoio precisam cumprir com suas responsabilidades no que cabe à suas contribuições e competências para melhorar os serviços e possibilitar o acesso dos pacientes hipertensos às unidades de saúde, no entanto, é um nó crítico de difícil resultado por estar relacionado com agentes políticos.

Os nós críticos que contribuem para o agravamento da doença crônica, portanto, são: pressão social – os usuários da área adscrita se encontram em condições sociais e econômicas de vulnerabilidade, esta situação compromete tanto o processo de saúde do indivíduo hipertenso, como faz surgir fatores que contribuem para o seu agravamento, são os fatores psicossociais e fisiológicos. Ora, a partir do momento que o sujeito se encontra em uma sociedade que apresenta uma desigualdade social grande e que é refletida nas condições de vida, na dificuldade de encontrar um emprego digno, na falta de proteção social referente à previdência, como aposentadoria, devido aos trabalhos informais submetidos, o sujeito se sente fragilizado, frustrado, desanimado e inútil diante da pressão social de uma sociedade caracterizada por um sistema capitalista. O outro nó crítico é a estrutura do serviço de saúde – bem, a área que exerço minha profissão juntamente com meus colegas de equipe é de difícil acesso, as áreas cadastradas são áreas rurais de extrema pobreza, localizadas em uma distância considerável da cidade e de unidades básicas, tornando, portanto, um nó de grande importância para ser trabalhado.

A partir disso podemos salientar que o processo de trabalho da equipe se torna prejudicado, pois há a dificuldade de manter a referência e contra-referência¹, como a falta de condições de recursos materiais nas unidades para um acolhimento efetivo, como também a relação intersetorial dos serviços; os hábitos e estilos de vida - são consequências da pressão social, das poucas oportunidades para melhorar de vida, dos empregos precários, e da própria cultura que está no entorno dessas famílias, assim, reflete na má alimentação, no sedentarismo, vícios como

¹ Tendo como pressuposto os princípios da integralidade e hierarquização “ a Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida na atenção primária à saúde. Suas equipes devem realizar o diagnóstico de saúde do território adscrito, identificando o perfil epidemiológico e sociodemográfico das famílias, reconhecendo os problemas de saúde prevalentes e os riscos a que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde. O cumprimento desses dois princípios pressupõe que os profissionais envolvidos nas equipes de saúde compreendam que seus serviços estão organizados em níveis de complexidade crescentes, desde o nível local de assistência, até os mais especializados; este sistema é denominado referência e contra-referência, sendo que a referência se dá do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente à contra-referência” (FIGUEIREDO, s.n.t). Para mais informações acessar site http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf

tabagismo, dentre outros; nível de informação – é importante trabalhar acerca dos hábitos alimentares, exercícios físicos diários.

Diante disso, o trabalho utilizou de um planejamento estratégico e de um diagnóstico situacional em situações que há oportunidade para explorar de forma eficiente o universo do paciente para um resultado satisfatório, a partir das informações acolhidas durante o momento em que se estabelece o contato trabalhador de saúde – paciente/sujeito, o diagnóstico situacional será adequado. Portanto, em Campos, Faria e Santos (2010) vamos encontrar o seguinte esclarecimento

A realização de um diagnóstico situacional em saúde de uma comunidade implica termos acesso ou produzirmos informação de qualidade e, para isso, precisamos saber trabalhar e entender de sistemas de informação, base de dados, construção de indicadores, etc.(Campos, Faria e Santos, 2010. p.35).

Pode dizer-se que para um diagnóstico suficiente é essencial ter um método que permita chegar a um objetivo que identifique o problema saúde de determinada área abrangente, e para isso é preciso conhecer o território que atuamos, o qual apresenta um complexo de situações que implicam no processo de saúde de um indivíduo. A importância de utilizar um método e de conhecer o território se estabelece no fato de que teremos informações mais precisas sem que perca muito tempo. De fato, como demonstram Campos, Faria e Santos (2010)

Um modo de se obterem essas informações é fazendo uma Estimativa Rápida, com uma equipe composta de técnicos da saúde e/ou de outros setores e representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer. Portanto, a Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território (p.37).

Este método parte dos princípios de ter uma coleta de dados que demonstre ser pertinente e necessário, obtendo informações que possa nos fazer refletir a respeito da realidade da comunidade e envolver nas etapas do método a população. Campos, Faria e Santos (2010, p. 44) salientam que a melhor maneira de se fazer uma Estimativa Rápida para a identificação de problemas de saúde de grupos populacionais é com uma equipe multiprofissional e intersetorial e com participação da comunidade. Logo, se tem na equipe de saúde da família um meio para desenvolver estratégias para obter informações as quais serão úteis para um planejamento. E se tem neste método um processo de planejamento participativo e o primeiro passo para o processo de planejamento que “busca definir as intervenções

necessárias para o enfrentamento dos problemas de uma população específica (2010, p.38)”. Este método tem por objetivo:

envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc. que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas. (idem. 2010. p.38)

Além de apresentar

vantagens relacionam-se ao fato de ser uma abordagem bastante rápida e eficiente nos custos, como também por contribuir para a participação da comunidade e facilitar o trabalho intersetorial. (CAMPOS; FARIA e SANTOS. 2010. p.37).

Um dos desafios do processo de planejamento em saúde é identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde. Nosso território apresenta inúmeros problemas sociais que afetam a saúde do usuário. O não acesso a determinados serviços de saúde, de lazer e educação; como a precariedade que a equipe é submetida a trabalhar; a dificuldade que os usuários tem de compreender uma receita médica, devido seu nível de escolaridade baixo; esta população se caracteriza vulnerável economicamente e socialmente, fazendo parte dos trabalhadores informais com condições precarizadas de trabalho e condições sociais mínimas de sobrevivência. Assim, diante de inúmeros problemas socioeconômicos que implicam no bem-estar dos sujeitos, a aferição da pressão arterial (PA), e a dificuldade dos pacientes compreenderem as receitas médicas, como o acesso aos serviços sociais são problemas que interferem na vida dos usuários. Tendo por mais importante a dificuldade dessa população aferir a PA por não haver farmácia ou outro estabelecimento que disponibilize o serviço quando a ESF não estiver em campo e a ausência de informações e orientações sobre a doença.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

Objetivo geral:

Realizar uma intervenção com a intenção de otimizar o controle pressórico dos usuários hipertensos da ESF Dr. Rafael Almeida de Lira Santos do município de Campo Grande/AL

Objetivos específicos:

Realizar visitas efetivas aos usuários hipertensos;
Refletir através da educação em saúde com familiares e usuários hipertensos;
Possibilitar a criação de um grupo de hipertensos na comunidade a fim de obter uma melhora na qualidade de vida.

4 METODOLOGIA

Para este projeto foi utilizado o diagnóstico situacional, incluindo reunião com a equipe da ESF, como também foi utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), tendo como medida a estimativa rápida (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Foi realizada uma revisão de literatura, nos bancos de dados Scielo, Google Acadêmico, Nescon, com os seguintes descritores: Hipertensão arterial, Estratégia Saúde da Família, Educação Permanente, Estrutura de Grupo, Apoio Social.

Como explanado, para fazer um projeto de intervenção é essencial fazer um PES para identificar uma situação-problema através de um método democrático, no qual os atores envolvidos possam opinar sobre a situação e juntos procurarem estratégias para solucionar.

Após essas etapas foi identificada uma ausência de acessibilidade dos pacientes hipertensos para manter um controle pressórico estável, implicando na qualidade de vida. Foi notado que não há uma rede de apoio social em ação conjunta com o serviço de saúde a fim de promover a saúde e prevenir agravos, como também um menor comprometimento da rede de apoio no que se refere a política e gestão para melhorar as condições estruturais e de acesso aos serviços de saúde, este acaba por se tornar um nó crítico complexo e de difícil mudança. Assim, a busca por uma otimização no controle pressórico ocorrerá por um viés que a equipe de saúde mais a família e comunidade possam possibilitar situações visando à melhora do controle pressórico e a prevenção de fatores de risco.

Para a realização do método há uma preparação, obtendo:

(1) Informação sobre a população:

Levando para o cotidiano do exercício profissional foi possível observar, tendo assim uma observação ativa, que a população usuária dos serviços de saúde se encontra na faixa etária de 40-60 anos, sendo 80% do sexo feminino.

(2) Informação sobre o ambiente físico e socioeconômico, e perfil de doença:

As condições do ambiente físico são precárias, não há pavimentação, saneamento. As condições são de extrema pobreza e com um alto índice de analfabetismo. A HAS, conforme por Malachias et al. (2016, p.1) tem um perfil crônico, não transmissível, é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos $>$ ou $=$ 140 e/ou 90 mmHg. Ainda de

acordo com as diretrizes, “um estudo norte-americano no ano de 2015 revelou que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM), 77% de acidente vascular encefálico (AVE), 75% com insuficiência cardíaca (IC) e 60% com doença arterial periférica (DAP). A HAS é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE” (Malachias et al., 2016).

(3) Informações sobre os serviços de saúde:

Os serviços de saúde são os que a ESF presta em uma situação sem meios materiais e estruturais de qualidade; pacientes que apresentam HAS não tem um controle diário por não possuir uma farmácia próxima que possa medir a PA; não há serviços sociais como, creches, centros sociais e áreas de recreação para fortalecer a rede de apoio social.

Todo esse processo tem um ponto chave, a informação, que tem um papel importante para elaborar um diagnóstico situacional. É através das informações que entenderemos não só a enfermidade, mas o que ocasionou, e o que vem implicando, e até dificultando o seu tratamento. Tendo em vista que o conceito de saúde abrange algo mais além da doença, como o contexto que o indivíduo está inserido; suas condições psicossocial, físicas e econômicas.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Para refletir sobre a temática em questão é necessário fazer uma análise de determinados conceitos, dentre eles vale começar por saúde, logo em seguida trataremos sobre a finalidade da ESF na Atenção Básica e a sua importância diante dos usuários hipertensos. Também se fez necessário abranger sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Não menos importante, o contexto apresentado no decorrer deste trabalho do município Campo Grande/AL nos faz questionar sobre a acessibilidade dos usuários no serviço de saúde, mais especificadamente dos hipertensos, no que diz respeito à continuidade do tratamento levando em consideração o controle da PA – esta ausência de acesso se encontra não apenas na dificuldade de se dirigir à unidade básica, devido a distância, mas a estabelecimentos, como farmácia, que não há próximo às residências dos usuários; comprometendo a sua qualidade de vida. Ademais, a pouca informação e orientação que os hipertensos têm acerca do processo saúde e doença.

Dentre os três conceitos de saúde dois são ditos positivos. O primeiro, segundo FARIA et al., parte de uma definição tradicional a qual

A saúde é puramente negativa, pois nela a saúde é considerada como simples ausência de doenças. Essa definição, tão contestada, como um componente de uma visão restrita, puramente biológica e médica da questão da saúde, certamente não se aplica a uma análise da determinação social da saúde (FARIA et al., 2010, p.6).

Esta definição de saúde parte do tradicionalismo não levando em consideração as condições econômicas e macrossociais de determinado grupo, não que sejam fatores primordiais para a determinação social de saúde e para conceituar saúde, pois se tem ainda fatores psicossociais. No entanto, nesta definição de saúde é dita como um estado de bem-estar, sem o entendimento que saúde é uma promoção e que deve ser compreendida no dia a dia do indivíduo, grupo familiar e subgrupos, pois há distintas culturas, há individualidades que precisam ser levadas em conta para que o conceito de saúde seja entendido além da ideia de doença ou ausência de doença. Deste modo Faria et al (2010) apresenta a segunda definição de saúde partindo da concepção definida pela Constituição da Organização Mundial de Saúde de 1946 onde

Considera a saúde um estado de perfeito bem-estar biopsicossocial. Essa é uma concepção positiva de saúde, embora tenha alguns inconvenientes. Em primeiro lugar, a indeterminação, a incapacidade de especificar o objeto que pretende definir. Em segundo lugar, estreitamente relacionado com o primeiro inconveniente, encontra-se o fato de se postular a saúde como um estado, uma condição ideal de plenitude, que seria o objetivo final, praticamente inatingível, da existência, da vida de todas as pessoas (FARIA et al, 2010, p.52).

Nessa definição se tem saúde como algo a ser atingido de forma plena, sendo que a saúde é, porém, mantida no decorrer dos dias, destarte se tem na terceira definição do conceito de saúde a contemplação, de modo que ela entenderá os determinantes sociais dos indivíduos. Logo, na terceira definição de saúde;

Entende que a saúde é um meio, um recurso para a vida das pessoas. Essa também é uma definição positiva que, no entanto, não incorre nos vícios da definição anterior. Esta terceira definição, muito difundida no campo da promoção da saúde, aproxima-se do uso corrente do termo. Ela permite a clara distinção da saúde em relação aos outros recursos e condições de realização da vida humana, determinando o seu espaço nos objetivos de vida das pessoas. (FARIA et al., 2010, p.6).

Nesta definição a saúde leva em conta os complexos sociais, sejam eles políticos, ideológicos, culturais; a saúde é compreendida a partir das relações sociais, do ambiente, das condições de vida e a maneira como se leva a vida. O conceito de saúde amplia um campo além da ausência de doença, ela abrange a sua promoção e seus determinantes sociais. Assim,

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986 p. 384).

Portanto, falar em saúde nos remete aos direitos do cidadão garantidos em lei e que, no entanto, tem milhares de famílias sem acesso a esses direitos que termina implicando na saúde do indivíduo. Não que seja somente a esses direitos que se limita uma saúde digna; a saúde também parte do campo comumente chamado de determinantes psicossociais. Ou seja, em uma sociedade que passa por diversas transfigurações sejam elas no campo político, econômico, ambiental, ideológico; acaba por interferir no desenvolvimento do ser social, procurando este indivíduo se adaptar ou procurar alternativas que garanta a promoção de sua saúde, levando em

consideração seu ambiente de trabalho, lazer, alimentação, enfim, que por vezes interfere no seu ser, no seu pensar, na sua saúde mental. Logo,

a existência de restrições no acesso à alimentação e a outros bens fundamentais para a reprodução da vida, as características físicas das atividades realizadas no trabalho assim como as condições do ambiente em que se realiza o trabalho podem implicar uma série de riscos à saúde que, em geral, estão além da possibilidade de controle por parte dos indivíduos. Essas condições são essencialmente determinadas pela posição dos indivíduos na hierarquia social e na divisão social do trabalho e da renda (FARIA et al, 2010, p.10).

A vida de um indivíduo que mora em condições precárias de moradia e saneamento básico, assim como também não tem acesso à educação e outros direitos fundamentais acabam sendo um determinante social de saúde, porém não exclusivo. Outro fator, não menos e nem mais importante, contudo de mesma intensidade acaba sendo um determinante social, é então os fatores psicossociais. Os fatores psicossociais levam em consideração o desenvolvimento do ser social em uma sociedade que vive em transformação, implicam nas frustrações, conquistas, expectativas, dentre outros que afetam a mentalidade e o emocional do indivíduo de modo que reflete na saúde desse ser.

Pensar nos determinantes sociais da saúde não é apenas ter em mente os aspectos fisiológicos e ambientais, mas o conjunto do complexo social e dentro desse complexo há as relações sociais como as conquistas ou derrotas do indivíduo levando para um campo psicológico e social. Assim, quando diz que saúde vai além do meio externo material se diz que os pensamentos e afeições frustradas interferem no bem-estar do ser social. Logo,

As condições sociais são, efetivamente, base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. Isso se comprova pelo fato de que, ao retrocedermos nas séries causais dos principais grupos patológicos, daqueles que têm mais magnitude e transcendência nas diversas sociedades, encontramos, entre os determinantes finais, com muito peso, as condições sociais de vida (FARIA et al, 2010, p. 9).

Ou seja, as condições externas que abrangem o saneamento básico, as condições de moradia, de trabalho, dentre outros que acabam interferindo na higienização em seu sentido amplo (individual e de moradia) afetam no conceito de saúde assim como o determinante em que o indivíduo se encontra na sociedade. Na medida em que essas condições sociais externas tendem a ser melhores quando o indivíduo se encontra em um nível maior na

hierarquização social, porém, o aspecto psicológico não escolhe abastados ou desprovidos de renda. Portanto, aspectos físicos ou ambientais, assim como psicológicos são concomitantemente determinantes sociais da saúde.

Logo, levando em consideração que somos seres sociais nós nos damos com constantes modificações da sociedade e junto com essas transformações o ser social se transforma naturalmente buscando novas habilidades e possibilidades para manter sua sobrevivência e condições mínimas de saúde e lazer. No entanto, as transfigurações que ocorrem afetam a vida das pessoas de tal forma que implicam na saúde. Entender o conceito de saúde é sair da ideia naturalizada de que ter saúde é não ter doença aparente, crônica, é ter saúde de forma plena. No entanto, saúde parte do pressuposto das condições sociais em que determinado indivíduo está; este lugar não somente irá envolver as condições físicas, ambientais, materiais que o engloba, como irá envolvê-lo nas relações sociais em seu núcleo familiar, subgrupo familiar e colegas que a vida proporcionou, contribuindo para o seu desenvolvimento como ser social.

Por sua vez, neste processo de desenvolvimento que o indivíduo vai lidar com outro elemento determinante social da saúde, além das condições ambientais e de renda, são as manifestações de frustrações, conquistas, expectativas em seus diversos ramos da vida social, seja no trabalho, no amor, na amizade. Desta maneira, o conceito de saúde vai além da saúde estática, que não ter doença física é ser saudável, saúde abrange a sua promoção em seu dia a dia, seu cuidado diário. Conforme a Carta de Otawa de 1986, Faria et al salienta que

Promoção de saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre como melhorar sua saúde. Para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor, vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar (FARIA et al, 2010, p.53, apud OMS, 1986).

Então, o conceito positivo de que a saúde é um meio, recursos para a vida das pessoas devem ser entendidas como seu exercício no dia a dia. Buscando passar pelas limitações físicas e sociais, assim como psicológicas; é

a promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Com efeito, Fertoni (2015) afirma que a saúde

passou a ser entendida como resultado das condições sociais e de vida, o tema do direito à saúde e de acesso aos serviços de saúde, ambos reconhecidos como direitos de cidadania (FERTONI, 2015)².

Fertoni (2015) reafirma que o conceito de saúde abrange mais que o estado de estar ou não com alguma enfermidade, para compreender o estado de saúde de um indivíduo é necessário ter o senso crítico, a reflexão, das condições sociais e de vida daquela população; e, observando estes determinantes sociais é possível entender o porquê da dificuldade em estabelecer um acesso fácil entre comunidade e serviços de saúde e entre comunidade e estabelecimentos que ofereça apoio. Por isso, sendo sujeitos políticos e de direito, cabe uma articulação entre a ESF com os usuários, tendo por finalidade explicar os serviços de saúde aos hipertensos que se encontram em localidades de difícil locomoção para centros de unidade de saúde; ocorrendo, deste modo, visitas domiciliares frequentes e efetivas para obter um melhor controle pressórico desses pacientes, como também um trabalho com os familiares e comunidades acerca dos hábitos e estilos de vida com o exercício de educação em saúde, ou seja, criação de grupo operativo para hipertensos.

Contudo, essa atuação requer um trabalho tanto com os profissionais - para entender a realidade do paciente - gestores - no que se refere a suas competências e responsabilidade - e com a população.

Fazendo uma breve observação: a atuação dos profissionais de saúde ainda enfrenta alguns paradigmas do modelo biomédico, o qual tem como foco as queixas dos indivíduos que procuram os serviços de saúde para a identificação dos sinais e sintomas, e para o tratamento da doença; caracteriza-se como uma assistência individual, com um trabalho fragmentado; e uma dificuldade de integralidade.

Destarte,

a partir de 1994, surge a formulação do Programa Saúde da Família, depois denominada de ESF pelo Ministério da Saúde, o qual se constitui em uma das principais tentativas de superação dos

² No texto referenciado não há paginação. Para uma melhor leitura acessar <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>

problemas decorrentes do modelo biomédico e também da busca da implementação dos princípios do SUS (FERTONANI, 2015).

Por estas razões, a ESF surge como uma nova proposta de modelo assistencial, visando às práticas a partir dos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo como sujeito histórico-social, analisando o contexto familiar, os grupos que supostamente faça parte, a comunidade onde residem, as relações sociais. “A ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na atenção Primária de Saúde” (FERTONANI, 2015). Assim, Saúde da Família se apresenta como estratégia principal para expandir e consolidar a atenção em saúde, e como “estruturante para organização dos sistemas municipais de saúde” (FERTONANI, 2015). Segundo Fertonani

Rosa e Labete ressaltam, com base dos primeiros documentos do Ministério da Saúde, publicado em 1997, sobre a ESF, que o objetivo da mesma é de reorganizar a prática assistencial, ampliando o foco para a família e suas relações sociais e condições de vida, articulando um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (FERTONANI, 2010, p.1872).

Fertonani (2015) ainda salienta que as autoras pontuam, fundamentadas em Levicovitz e Garrido, que a ESF se apresenta como um modelo de atenção que reconhece a saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida, com serviços mais integrados, resolutivos e humanizados. Portanto, no dizer de Fertonani (2015)

A ESF inspira-se nas resoluções de Alma – ATA e reafirma os princípios e diretrizes do SUS, prescrevendo assistência integral e continua às famílias e comunidades, em seu espaço social, entendidas a partir do local onde vivem, trabalham e se relacionam. Incluindo ações multiprofissionais em uma perspectiva multidisciplinar, a construção de relações acolhedoras e de vínculo de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população da região de abrangência da unidade de saúde (FERTONANI, 2015).

O que se pode observar é que a ESF veio como uma maneira de universalizar a saúde, conforme os princípios do SUS, e desta forma leva às famílias o serviço de saúde. Essa medida aproxima os profissionais da realidade do indivíduo e mesmo que ainda possuam paradigmas de um modelo biomédico são levados a trabalharem seus conceitos de saúde, passando a compreender que o contexto muito interfere no processo de saúde continuada. Que é importante a relação com redes de apoio e social, e o trabalho de

conscientização de cidadania com uma população hipertensa que tem seu acesso para controle pressórico deficiente, pois direito à saúde e aos seus serviços é um direito de cidadania.

Para se obter uma efetividade da ESF é importante a rede de apoio para a sua implantação. A Rede de Apoio é composta por ACS/Equipe de Saúde da Família, Coordenadores Distritais, Diretores das Unidades Básicas de Saúde, Diretores dos Distritos, Interlocutores Regionais, Instituições Parceiras e Coordenação Central do PSF³. A rede de apoio busca a integralidade das ações e serviços de saúde, entrando como uma proposta de normatizar, acompanhar e avaliar os processos de reorganização da atenção básica, tendo na ESF seu eixo principal, com efeito, essa rede abrange profissionais e gestores para a sua efetivação e implementação da Saúde da Família de maneira efetiva e qualitativa. Há outros pontos de expansão e estratégicos da ESF além do conceito de saúde como qualidade de vida com a atenção centrada no coletivo e indivíduo como membro de uma família inserida numa comunidade, e a garantia do princípio de hierarquização da rede; é o incentivo à participação popular.

O PSF amplia as possibilidades de fortalecimento da participação popular, tendo no Conselho Municipal, Distritais e locais suas bases. Com isto, assegura o princípio constitucional, regulamentado na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.142/90) e aprofunda a identidade de propósitos com a defesa da participação democrática e popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população (SÃO PAULO, 2002)⁴.

Essa possibilidade propõe aos usuários hipertensos que necessitam de um acompanhamento do controle pressórico o direito de exercer sua cidadania em Concelhos buscando um melhor acesso aos serviços de saúde, tendo em vista que é um direito, e a locações de instituições parceiras próximas as regiões adscritas com a finalidade de facilitar o acesso ao acompanhamento visando no processo de saúde qualitativo com respostas satisfatórias ao tratamento. Deste modo, os profissionais de saúde facilitam e estimulam a população a exercer o direito de cidadania, participando da definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas.

³ A rede de apoio tem por finalidade a implantação da Estratégia Saúde da Família. Este trabalho toma como base a rede de apoio implementada na cidade de São Paulo. Para melhor entender as atribuições de cada componente da rede acessar <http://www5.prefeitura.sp.gov.br/downloads/cartilha2>

⁴ Documento norteador: Responsabilidades da Rede de Apoio à Implantação do PSF, outubro, 2002.

Em suma, a rede de apoio à implementação da ESF tem como premissas gerais: (1) cuidar da saúde das famílias de forma humanizada, estabelecendo um vínculo entre profissionais e indivíduo/família/comunidade; (2) fortalecer o processo da descentralização das ações e serviços de saúde, integrando os pontos do Sistema Municipal de Saúde; (3) ampliar a rede de instituições parceiras-ensino-serviço; (4) democratizar o conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; (5) *incentivar a participação efetiva da comunidade nos processos organizativos da atenção básica/ESF*⁵; (6) atuar de forma a contribuir para ampliar a participação da saúde e fortalecer as ações intersetoriais na perspectiva de valorização do espaço local para superar as lacunas das Políticas Públicas tradicionais. Além desta Rede de Apoio composta por profissionais de saúde, gestores e parceiros, há a Rede Social que influencia, positivamente, na saúde e bem-estar das pessoas. Assim, como a ESF, a Rede Social se apresenta como estratégia para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos hipertensos. Conforme Faquinello, Marcon e Waidmann

Rede de Social tem sido definida como a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas ou diferenciadas da massa anônima da sociedade e o apoio social refere-se a uma característica qualitativa e funcional da rede social (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011, p.850).

A rede social é representada pelas pessoas mais próximas dos indivíduos, são aquelas que possuem uma maior aproximação afetiva. A articulação da Equipe de Saúde com as famílias se torna importante, tendo em vista que a HAS é uma doença crônica e que necessita de cuidados permanentes. Desta forma, o cuidado familiar no dia a dia dos hipertensos é de grande relevância, não somente familiares, mas também a comunidade em si.

Como se pode verificar, o processo de saúde requer a articulação da Equipe de Saúde, a qual faz parte da ESF, com a Rede de Apoio – responsabilizando os gestores para determinadas competências/atribuições com a finalidade de dá maior integralidade aos serviços e a disponibilidade de uma acessibilidade aos serviços dos usuários residentes em comunidades rurais afastadas do centro da cidade ou unidades básicas - e da Rede Social –

⁵ Grifos meus. Tem por finalidade enfatizar que a comunidade tem um papel importante na ESF. Tem por fim propor e cobrar melhores condições nas estruturas e de acesso para a garantia da promoção em saúde.

a qual entra como suporte emocional e inicial do tratamento dos familiares. Contudo, vale lembrar que para tal conscientização de cidadania é importante que os profissionais reflitam acerca de seu processo de trabalho, adquirindo conhecimentos e trocando conhecimentos com a comunidade; este trabalho de conhecimento entre as partes pode ocorrer através da EPS.

De acordo com o texto de Grillo (2012) acerca da EPS, compreende-se que é uma medida instrumental para reorganizar a atenção em saúde, capacitando trabalhadores da saúde e levando informações aos usuários, e também proporcionando um aprendizado mútuo no qual ambos trocam experiências e juntos propõem ações com a finalidade de melhorar o processo de saúde-doença.

No decorrer de seu artigo foram colocados diferentes pontos de vista a respeito da educação, passando por uma lógica econômica quando afirma que educação realizada em serviços foi dita como reciclada e de treinamento; sendo caracterizado a partir do princípio taylorista. Outros autores utilizam educação em serviço, educação ou formação continuada, educação permanente, educação ao longo da vida, educação de adultos de maneira indistinta; outros procuram distinguir educação permanente da educação continuada. Se tratando da área da saúde, Grillo afirma que “o conceito de EPS segue a linha proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) e que foi explicitada, principalmente, em uma publicação de 1994, intitulada *Educacion Permanente de Personal de Salud*. Nessa concepção a Educação Permanente é a educação pelo trabalho, no trabalho e com o trabalho (s.n.t.)”

Logo, Educação Permanente envolve uma reflexão sobre o trabalho da equipe no seu dia a dia, como também no individual; gerando uma busca de conhecimento que possa resolver problemas a partir de uma prática concreta. E ainda acrescenta que “na saúde a proposta é de que ela mesma assuma dimensões metodológicas, organizacionais e estratégicas. Assim, a partir da reflexão sobre uma situação existente (geralmente uma situação-problema) buscar-se-á superá-la ou transformá-la em uma situação diferente ou desejada (s.n.t.)” e, sendo na relação do dia a dia tanto dos trabalhadores com usuários, destes com os conselhos e aqueles com outros trabalhadores que irá surgir processos educativos envolvendo a reflexão sobre prática e teoria.

Quando se pensa em EPS na ESF, tem em primeiro lugar a finalidade dos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade; o que possibilita à equipe trabalhar nas áreas de abrangências em cima do direito da cidadania dos usuários. Essa reflexão ocorre em sua maioria em grupos nas unidades básicas, por exemplo.

Diante disso, se tem como proposta de intervenção a criação de grupo de hipertensos nas áreas abrangidas pela Equipe 1 da ESF de Campo Grande. Nesse grupo será discutido assuntos que possibilite uma otimização no controle pressórico dos usuários em curto e médio prazo. Ou seja, procurando discutir questões de alimentação, atividade física, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, dentre outros.

A estratégia que a EPS utiliza é de exercer uma atividade dialética no próprio trabalho, ou seja, é fazer a reflexão das condições em que está submetida aquela equipe, das condições dos usuários e os problemas que impede resultados positivos no processo saúde-doença. Assim, grupos educativos que envolvam a relação de trabalhadores e usuários com o intuito de esclarecer direitos sociais, e reconhecer sujeitos de direitos – cidadãos -, como também informar de forma que sensibilize a usuários hipertensos sobre os cuidados e seus direitos assistenciais, de acompanhamento, cuidado nos serviços de saúde.

A HAS é caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos $>$ ou $=$ 140 e/ou 90 mmHG, conforme Malachias et al (2016). Muitas vezes o aumento da PA está associada às alterações metabólicas, funcionais ou estruturais dos órgãos-alvo, que acabam se agravando devido aos FR, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). E é de se saber que os níveis pressóricos normais é uma medida importante, devido ao fato de que decorridas complicações desta condição clínica pode acarretar em morbidade ou mortalidade.

De acordo com Vieira Neto (2000, p.303)

A PA se eleva com a idade. Os níveis considerados normais são menores ao nascimento e se elevam progressivamente até que se atinja a vida adulta. Após este período, há uma tendência de elevação da pressão sistólica com o aumento da idade. Na clínica e em estudos de população, medem-se as pressões arteriais sistólica e diastólica, o que exige a definição de dois limites de normalidade (VIEIRA NETO, 2000,p.303).

De acordo essas medidas é possível ter quatro categorias acerca da PA: normotensos, hipertensos pelo limite de pressão diastólica, hipertenso pelo limite da pressão sistólica, e hipertenso por ambos. De acordo com a leitura da 7^o Diretriz Brasileira de Hipertensão, Malachias et al (2016) classificam a HAS de acordo com as que Guideline Committe da OMS-ISH definiu e classificou e vem sendo base de consulta. E ficou da seguinte forma as classificações apresentada no Quadro 2 de forma esquemática:

Quadro 2. Quadro pressório em adulto isento de anti-hipertensivos

	Otima	Normal	Normal-alta	HA-1 (leve)	Subgrupo limítrofe	HA-2 (MODE-RADA)	HA-3 (severa)	HSI	Sub. Limítrofe (HSI)
Pressão Sistólica	< 120 mmHg	120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg	140 a 159 mmHg	140 a 149 mmHg	160 a 179 mmHg	>ou = 180 mmHg	>ou = 140 mmHg	140 a 149 mmHg
Pressão Diastólica	< 80mmHg	80 a 84 mmHg	85 a 89 mmHg	90 a 99 mmHg	90 a 94mmHg	100 a 109 mmHg	>ou = 110 mmHg	< 90 mmHg	< 90 mmHg

Essas definições se referem a adultos que não utilizam de medicamentos anti-hipertensivos e que não estejam agudamente enfermos.

Conforme dados apresentados na Diretriz acerca da hipertensão Malachias et al. (2016, p.1), existe no Brasil um número de 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos com HAS, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV).

Além de fatores externos ligados a HAS, como: hereditariedade, idade, raça e peso; há fatores internos que se apresentam como FR clássicos: falta de exercício físico, má alimentação, sal em excesso, alcoolismo, tabagismo e estresse. Ademais, fatores associados ao desenvolvimento socioeconômico e de escolaridade do indivíduo, como salientado na 7^a Diretriz

Adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresenta a maior prevalência de HAS autorreferida (31,1%). A proporção diminui naqueles que completam o ensino fundamental (16,7%), mas, em relação às pessoas com superior completo o índice foi 18,2%” (Malachias et al., 2016, p.5).

O que nos faz refletir sobre o complexo social em que o paciente se insere, levando em consideração não só dados clínicos, mas fatores de risco associados a pré-hipertensão, e as condições sociais e econômicas que interferem na saúde desses pacientes. Diante disso, estratégias são implementadas a partir de políticas públicas de saúde englobando a prevenção do desenvolvimento da HAS, em consonância com equipes de saúde, comunidade e meios de comunicação. Buscar estratégias para prevenir a HAS tem por objetivo estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, através de modificações do estilo de vida (MEV) e uso de medicamentos.

Destarte, a ESF tem como finalidade a prevenção e promoção da saúde e procuram compreender toda a realidade vivenciada pelas famílias da área de abrangência, assim, quebrando paradigmas e passando pelas dificuldades estruturais, a equipe tem como estratégia para o contínuo tratamento de hipertensos, os medicamentosos e não medicamentosos. “A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivo, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos cardiovasculares (CV) e renais” (Malachias et al., 2016, p.25).

Quando se opta pelas medidas não medicamentosas se deve considerar se há FR, doenças cardiovasculares e lesão de órgão-alvo, não se limitando apenas aos níveis pressóricos. De acordo com a Malachias et al., (2016, p.30), “o tratamento não medicamentoso da HAS envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessão do tabagismo, controle de estresse, entre outros”. Na atenção básica de saúde, é importante a atuação da equipe de saúde da família de maneira multiprofissional, do apoio da família, de grupo operativo que possa debater sobre os fatores de risco, os hábitos e qualidade de vida, alimentação, dentre outros. Assim ressalvo de acordo com a Malachias et al. (2016),

A atenção numa abordagem multiprofissional tem como objetivo principal o controle da HAS, que não é satisfatória em nosso meio. Estudos de base epidemiológica demonstram variação de 10% a 57,6% nesse controle. A atuação da equipe multiprofissional promove melhor controle da HAS, o que está diretamente relacionado à adesão ao tratamento

medicamentoso e não medicamentoso (Malachias et al. ,2016, p.33).

Portanto, no âmbito da atenção básica, a equipe multiprofissional deve se articular de forma que contribua para a melhora, prevenção e sensibilização dos hipertensos e comunidade através de tratamentos medicamentosos e não medicamentosos.

Quando se fala de tratamento medicamentoso, Malachias et al. (2016) esses tem como finalidade a redução da PA e o seu controle, são anti-hipertensivos: inibidor direto da renina; diuréticos; inibidores adrenérgicos; ação central – agonistas alfa-2 centrais; bloqueadores beta-adrenérgicos (BB); alfabloqueadores-bloqueadores alfa-1 adrenérgicos; vasodilatadores diretos; bloqueador dos canais de cálcio (BCC); inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA); e bloqueador dos receptores de angiotensina (BRA).

O tratamento da HAS busca a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular, desta forma o tratamento medicamentoso deve reduzir, também, os eventos cardiovasculares e a taxa de mortalidade, quando em conjunto com tratamento não medicamentoso o resultado é mais efetivo.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Planejamento Estratégico e Situacional (PES) tem a finalidade de identificar um problema de saúde e assim realizar um projeto de intervenção (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p. 23)

Para isso, é necessário ter conhecimento dos Determinantes Sociais de Saúde que são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que implicam nas condições de vida e saúde de determinada comunidade ocasionando em problemas de saúde e fatores de risco. Como também de outros aspectos que terminam por contribuir no planejamento, como aspectos demográficos; ambientais, os quais proporcionará discernir sobre condições de saneamento básico, moradia e o acesso a serviços de saúde, lazer, educação, etc. Em relação aos aspectos epidemiológicos deve-se levar em consideração o número de usuários da área de abrangência hospitalizados e as condições de saúde em que foram hospitalizados, como também os casos de mortalidade; e os recursos de saúde, sejam eles estruturais das unidades básicas, materiais, e de comunicação escrita, tendo em vista que boa parte dos usuários são analfabetos.

Diante disso, a forma como irá realizar a identificação desses determinantes ocorrerá por um método o qual será planejado para ser executado dentro de uma específica realidade. Ou seja, será a maneira como irá proceder o que foi planejado de maneira sistemática em busca de uma resposta para um específico problema; portanto, o método é uma ferramenta do pesquisador pelo qual explica e idealiza futuras ocorrências, assim se tem o método científico com a finalidade de comprovar algo, como também o método empírico que leva em consideração a busca por dados de um fenômeno natural.

Ao refletir sobre planejamento, temos o PES. O planejamento estratégico representa a introdução da dimensão humana e política, já o processo situacional expõe as demandas dos atores envolvidos e suas posições frente ao problema e soluções apresentadas.

Ressaltando que para uma mesma situação-problema haverá distintas explicações, pois cada ator tem sua visão da realidade, ações e resultados a

alcançar. Assim, a interação desses diferentes atores contribui para resolver determinado problema. Diante disso, o método utilizado será o que melhor propicia a democratização dos processos de planejamento, logo um fluxograma se torna um instrumento ideal para iniciar o trabalho de análise e planejamento. Este método é dividido em quatro momentos que nenhum será isolado dos demais, são eles: (1) M1= Momento Explicativo; (2)M2= Momento Normativo- Prescritivo; (3) M3= Momento Estratégico; (4) M4= Momento Tático Operacional (SANTOS, s.n.t.).

M1: Seleciona os problemas e compreende a realidade explicando a origem e as causas da situação atual (aqui podemos identificar os “nós” críticos);

M2: Momento em que são definidas as ações para resolver o problema;

M3: Analisa os cenários e atores envolvidos, identificando interesses e motivações de cada ator. Neste momento é preciso saber a posição dos atores frente às operações, a avaliação de tempo, recursos necessários e também da governabilidade dos atores.

M4: Onde as ações são executadas, avaliadas e monitoradas.

6.1 Identificação dos Problemas

Através do diagnóstico situacional, por meio de um Planejamento Estratégico, foram identificados os seguintes problemas os quais fazem parte do dia a dia da comunidade e da equipe.

- Dificuldade para controle pressórico
- Prevalência de usuários hipertensos
- Analfabetismo
- Infraestrutura deficiente

6.2 Priorização de problemas da ESF Dr. Rafael Almeida de Lira Santos

Levando em consideração os critérios de seleção, foi elaborado o quadro 3, apresentando a importância de cada problema, a capacidade de enfrentamento e a ordem de prioridade.

Quadro 3. Apresentação dos principais problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Dificuldade para o controle pressórico	ALTA	9	PARCIAL	1
Pacientes Hipertensos	ALTA	8	PARCIAL	2
Analfabetismo	ALTA	7	FORA	4
Infraestrutura deficiente	ALTA	8	FORA	3

6.3 Descrição e Explicação do Problema Priorizado

Conforme o quadro 3 apresentado acerca da priorização de problemas, ressaltamos a dificuldade para o controle pressórico como o problema priorizado, o qual implica no cuidado permanente dos usuários do serviço de saúde. A acessibilidade para os serviços de saúde nas áreas abrangidas pelas unidades básicas de Alto da Pedra, Posto Central e Curral falso é limitada. A ausência de um acesso frequente implica nos resultados do tratamento das doenças, sejam elas crônicas ou agudas. Portanto, são usuários hipertensos que sentem esta ausência com maior frequência, pois esses necessitam de um bom controle pressórico, porém a dificuldade para acessar as unidades básicas e estabelecimentos que ofereçam este serviço de aferir a PA implica para um bom processo de saúde dos usuários, além do fato de não ter um grupo de hipertensos que possa debater sobre a temática, o qual tem por objetivo esclarecer os usuários sobre a importância de uma boa alimentação, atividades físicas e mudança de hábitos.

Estes usuários, a maioria, não possuem informações suficientes sobre seus direitos como cidadão, sobre a doença e de seus agravos, não seguem hábitos de vida saudáveis – em sua maioria devido as consequências de uma vida carregada de trabalho precário, condições socioeconômicas bastante vulneráveis. Diante disso, a proposta de intervenção é levar a esses usuários um serviço mais efetivo, ou seja, visitas frequentes, criação de grupo de hipertensos para trabalhar informações sobre a doença e qualidade de vida. De acordo com os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) há

no município em que exerço minhas funções, uma estimativa de cerca de 997 hipertensos cadastrados e 996 com acompanhamento da ESF (Quadro 4)..

Quadro 4. Dados quantitativos

Descritores	Valores	Fonte
Hipertensos no cadastro	997	SIAB
Hipertensos Acompanhados ⁶	996	SIAB

Fonte: BRASIL (2016).

6.4 Seleção dos “nós críticos” e desenho das operações

A partir dos nós críticos é que propomos operações para o problema, resultados, produtos esperados e recursos necessários (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 5 apresenta os nós críticos e as operações necessárias para erradicar ou minimizar os problemas que impossibilita o acesso de acompanhamento de hipertensos. Destarte, foram identificados 5 (cinco) nós críticos: pressão social; estrutura do serviço de saúde; processo de trabalho da equipe de saúde da família e demais membros da rede de apoio social; hábitos e estilos de vida; nível de informação. No quadro 5 é apresentado operações/projetos para cada nó crítico, os resultados que se pretende alcançar, os meios utilizados para chegar a esses resultados e os recursos necessários.

Acerca da pressão social temos como proposta amenizar as expressões da questão social, como: vulnerabilidade socioeconômica, violação de direitos e violência. Para chegar a esses objetivos utilizaremos de programas de geração de emprego e renda como também a rede de saúde como meio de orientação e informação para o exercício da cidadania. Pretende-se, portanto, a inclusão de jovens das famílias com hipertensos em programas de geração de emprego e renda proporcionando a oportunidade dessas famílias obterem um mínimo de qualidade de vida em seu dia a dia.

⁶ Este acompanhamento ocorre durante os horários em que a equipe está em exercício, no entanto, quando há a necessidade de aferição da PA em momentos que a equipe não está em campo, não tem, próximo as comunidades de Campo Grande que a equipe 1 atua, instituições e serviços – farmácia – que possa aferir a PA. Assim, tanto o acesso a essas localidades como até a unidade de saúde se torna difícil.

Acerca da estrutura do serviço de saúde, especificamente as condições materiais e questões estruturais do prédio das UBS, cabe mobilizações dos conselhos municipais, cobrar iniciativas políticas. Sobre o processo de trabalho da equipe de saúde e demais membros da rede de apoio a proposta é manter uma linha de cuidado, incluindo referência e contrarreferência, a partir de uma maior cobertura do serviço nas comunidades, utilizando de recursos humanos, gestão, capacitação, articulação entre setores dos serviços de saúde e comunidade.

Sobre os hábitos e estilos de vida o projeto está a fim de melhorar a saúde fazendo refletir sobre os hábitos e estilos de vida, tendo como resultado a sensibilização dos usuários hipertensos através da criação do grupo operativo de hipertensos; além deste nó crítico existe a pouca informação por parte da comunidade, assim, a intervenção não só procura intervir na vida daquele sujeito hipertenso como na comunidade abrangida pela ESF.

Quadro 5. Desenho de operações para nós críticos do problema ao acesso de acompanhamento de pacientes hipertensos.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Pressão social	Amenizar as expressões da questão social	Redução do desemprego, da violência e melhora na qualidade de vida	Programas de geração de emprego e renda; rede saúde.	Mobilização social acerca da questão social.
Estrutura do Serviço de Saúde	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento a pessoas hipertensas, levando em conta o acolhimento.	Possibilidade de melhoria ao acesso nos serviços de saúde e localidades que possam oferecer acompanhamento de aferição da pressão arterial e numa boa escuta por parte dos profissionais.	Capacitação do pessoal; fortalecimento das redes de apoio social.	Políticos; Financeiros.
Processo de trabalho da equipe	Implementar uma linha de cuidado, incluindo	Maior cobertura do serviço nas comunidades, fortalecendo o	Recursos humanos; Gestão; Capacitação.	Articulação entre setores da saúde e comunidade.

de saúde da família e demais membros da rede de apoio social	referência e contra referência. Multidisciplinaridade. Humanização.	vínculo com familiares e vizinhança; rede de apoio social. Co-responsabilidade e multidisciplinaridade		
Hábitos e estilos de vida	Melhorar a saúde fazendo refletir sobre os hábitos e estilos de vida.	Sensibilizar sobre os hábitos e estilos de vida.	Grupo de Hipertensos	Informações em grupos de hipertensos na comunidade.
Nível de informação	Saber mais. Aumentar o nível de informação acerca da acessibilidade, dos serviços de saúde e direitos sociais.	População mais informada e orientada.	Ações educativas.	Relação intersetorial; política; social.

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010).

6.5 Identificação dos Recursos Críticos

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), identificar os recursos críticos constitui uma fundamental atividade para analisar a viabilidade de um plano. Diante disso, são indispensáveis para a execução de uma operação.

No quadro 6 há operações que viabilizam a execução do projeto, envolvendo aspectos políticos, econômicos e sociais. De modo que possa fortalecer as mobilizações sociais, a articulação dos serviços de saúde e dos profissionais e o acolhimento.

Quadro 6. Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos”.

Operação/Projeto	
Vivendo melhor	Organizacional – mobilização social frente às expressões da questão social. Política – articulação intersetorial e com a política local Financeira.
Cuidar melhor	Político – recursos para estruturar o serviço de forma quantitativa e qualitativa.
Linha de cuidado	Político – fortalecimento dos profissionais de saúde entre si e articulação com os demais serviços de saúde e rede de apoio. Financeiro – recursos para custeio e equipamento visando a melhoria do serviço.
Saber mais	Político – articulação intersetorial.
Mais saúde	Político – espaço na rádio local. Financeiros – elaboração de panfletos informativos, dentre outros.

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010).

6.6 Análise da Viabilidade do Plano

Após observar os recursos críticos e as propostas, o próximo passo é identificar os responsáveis. Conforme no PES, o plano é entendido para ser utilizado como um meio de instrumento em situações que há situações de baixa governabilidade. Para verificar a viabilidade de um plano é preciso levar em consideração três variáveis: atores que controlam os recursos críticos das operações, quais os recursos que controlam; e a motivação – favorável, indiferente e contrária. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No quadro 7 é proposto ações e os seus responsáveis para executarem o projeto. Assim, foi apresentado as ações viáveis para enfrentar os “nós críticos”, os recursos necessários – seja humano ou material -, os responsáveis pelo controle de cada projeto, e foi demonstrado a motivação para serem realizados caracterizando-os como: indiferente, pressupõe que o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantindo à utilização desse recurso crítico para execução do plano; favoráveis, quando o ator que controla determinado recurso crítico para execução do plano coloca-o à disposição, como que “transfere” o controle do recurso para o ator que está planejando; e contrária, quando há oposição ativa ao plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 69).

QUADRO 7. Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos : ator que controla	Controle de recursos críticos: motivação	Ações estratégicas
Viver melhor: fortalecimento de oferta de emprego e diminuição de violência.	Político – mobilização frente as expressões da questão social desemprego e violência.	Ministério da Ação social Secretaria da saúde, Planejamento ação; ONG´s	Indiferente	Apresentar projeto
Estruturar os serviços de saúde	Político – decisão para aumentar os recursos para estruturação do serviço de saúde (equipamentos e custeio)	Prefeitura Municipal; Secretaria da saúde; Fundo Nacional de Saúde	Indiferente Favorável Indiferente	Apresentar Projeto
Cuidado: estruturação do processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	Articulação entre setores assistenciais e também entre rede de apoio.	Secretaria de saúde; UBS;	Favorável	
Mais saúde: Orientação sobre hábitos e estilo de vida.	Implantar um grupo de hipertensos	Comunidade	Favorável	
Saber mais: Aumentar o nível de informação.	Articulação com a Secretária da Educação.	Secretaria da educação	Favorável	

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010).

6.7 Elaboração do Plano Operativo

No plano operativo o “objetivo é designar os responsáveis por cada operação e definição de prazos para a execução das operações” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.71).

Quadro 7: Plano Operativo

Operações	Resultados	ProEndemias e Epidemia Adultas	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
Mais saúde	Diminuir alimentação inapropriada para hipertensos	Campanha educativa; alimentação saudável.	-----	Agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem. Nutricionista (apoio)	4 meses
Vivendo melhor	Diminuição da questão social.	Programa de emprego e renda; economia solidária.	Procurar ofertar emprego e movimentar economicamente a área rural através da economia solidária, contribuindo para renda familiar.	ACS's e convidadas da secretária de assistência social, e planejamento.	9 meses
Saber mais	População mais informada sobre rede de apoio e hipertensão, o qual envolve seus direitos como cidadão.	Campanha educativa na rádio local e grupo de hipertenso na comunidade	-----	ACS, enfermeira.	4 meses
Cuidar melhor	Adequação da oferta de consultas à demanda; disponibilização de acesso aos serviços e locais capacitados para acompanhar os hipertensos e aferição	Melhorar estrutura; recursos materiais e físicos; articulação com a rede de apoio social.	Articulação entre setores e estruturação da rede de saúde em conjunto com a rede de apoio social.	Coordenadora	8 meses.

	da pressão arterial.				
Linha de cuidado	Maior cobertura dos pacientes hipertensos em condições de vulnerabilidade socioeconômica	Recursos humanos capacitados; melhorar o acesso aos locais que disponibilize acompanhamento integral.	-----	Coordenadora	12 meses

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010).

6.8 Resultados Esperados

É esperado que a articulação entre a Equipe de Saúde com a comunidade seja fortalecida e que Rede de Apoio - Social possa contemplar suas atribuições a fim de possibilitar uma melhora no controle pressórico dos pacientes hipertensos por meio de mudanças no dia a dia, visitas efetivas nas residências e discussões na criação do grupo de hipertenso.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, para a construção de uma estratégia que possibilite o acesso dos pacientes hipertensos à unidade básica ou instituições de apoio que possam acompanhar o tratamento e o controle pressórico desses pacientes é um desafio que envolve não apenas os trabalhadores de saúde, mas os gestores, a política de saúde e a comunidade.

Desta forma, é necessário o trabalho de EPS a fim de atribuir novos pensares e fazeres no âmbito de trabalho, procurando atribuir o exercício da cidadania dos hipertensos e a responsabilidade dos gestores na construção de intersetorialidade e da acessibilidade. Tendo em vista que se tratando de uma doença crônica a qual precisa de um acompanhamento no seu tratamento e aferição da pressão arterial, a busca por disponibilizar a construção de Rede Social fortalecido e de acesso facilitado aos serviços de saúde é de grande relevância para manter o índice de morbidade baixo. Portanto, diante da problemática priorizada, a articulação entre ESF-comunidade possibilita a criação de grupo operativo com a finalidade de debater sobre temas acerca da hipertensão abrangendo alimentação, cuidados, aferição e o dia a dia desses pacientes da zona rural do município de Campo Grande/AL.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Poder Executivo, Brasília, DF. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF>>. Acesso em: 10/12/2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M.A.. Planejamento estratégico situacional. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il. Disponível em < <https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/mod/forum/view.php?id=45371> > Acesso em: 10/06/2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986. **Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986.** – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p.

FAQUINELLO, P; MARCON, S. S.; WAIDMANN, M. A. P. A Rede Social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN** n. 5 v. 64 p.: 849-56, 2011. Disponível em :< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a08v64n5.pdf> >. Acesso em: 16 de jun. 2016.

FARIA, H. P., WERNECK, M. A. F., SANTOS, M. A., TEIXEIRA, P.F. **Processo de Trabalho em Saúde.** 2º ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COPEMED. 2010. 72p.

FERTONANI, H.P. Modelo Assistencial em saúde: conceitos e desafios para atenção básica brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** n.6 v. 26. p. 1869-1878. 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>> Acesso em: 16 de jun. 2016.

GRILLO, M. J. C. **Educação permanente em saúde:** um instrumento para a reorganização da atenção em saúde. Belo Horizonte, 2012. 8F, Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3708.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Cidades**. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270150>> Acesso em: 08/06/2016.

MALACHIAS MVB, SOUZA WKS, PLAVNIK FL, RODRIGUES CIS, BRANSÃO AA, ALVES MFT, et al. **7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol, v. 107, supl . 3, p 1-83, 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. n. 5, v. 15, p. 2297-2305. 2010. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/51413-81232010000500005> >. Acesso em: 10 jun. 2016.

MENDES, E.V. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 50-56.

SÃO PAULO. Documento Orientador. **Responsabilidade da Rede de Apoio à Implantação do PSF**. São Paulo: Secretaria Municipal de São Paulo. Outubro, 2002. Disponível em:<<http://www5.prefeitura.sp.gov.br/downloads/cartilha2>> Acesso em: 16 de jun. 2016.

SANTOS, C. M. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Departamento de Odontologia Preventiva e Social**. Planejamento Estratégico Situacional.s.n.t.

SHIMAZAKI, M. E. (Org). A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde**. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da Atenção Primária à Saúde: Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009, p.10-16.

VIEIRA NETO, O. M. Disciplina de Nefrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. **Rev Bras Hipertens**, n. 7, v.3, p.303-306, 2000.