

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

**PAULA ROSA JIMÉNEZ REYES**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENIR AS COMPLICAÇÕES  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA  
FAMÍLIA AUDERILDA TENÓRIO FLORENTINO DO MUNICÍPIO  
CHÃ PRETA.**

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2016**

**PAULA ROSA JIMÉNEZ REYES**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENIR AS COMPLICAÇÕES  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA  
FAMÍLIA AUDERILDA TENÓRIO FLORENTINO DO MUNICÍPIO  
CHÃ PRETA**

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

Orientadora: Virgiane Barbosa de Lima

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2016**

**PAULA ROSA JIMÉNEZ REYES**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENIR AS COMPLICAÇÕES  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA  
FAMÍLIA AUDERILDA TENÓRIO FLORENTINO DO MUNICÍPIO  
CHÃ PRETA**

Banca Examinadora:

Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete –UFMG

Aprovado em belo Horizonte, 18 de agosto de 2016

## **AGRADECIMENTOS**

A minha equipe da UBS Auderilda Tenório Florentino e aos pacientes inseridos na sua área pela sua colaboração.

A minha colega por apoiar-me sempre que precisei.

Aos professores por sua ajuda e compreensão.

A minha família que sempre está junto a mim além da distancia.

## RESUMO

Chã Preta é um município de 7421 habitantes estando situado ao norte da porção central do Estado de Alagoas. Este trabalho se deve ao número significativo de usuários hipertensos adscritos à área de abrangência da equipe, sendo que estes usuários procuram o trabalho da equipe em situações urgentes e, por vezes, com seus níveis pressóricos alterados caracterizando a falta de acompanhamento adequado, adesão ao tratamento e estilos de vida incompatíveis com a doença. Esta intervenção foi produzida para melhorar os níveis pressóricos da população hipertensa adscrita. Realizou-se o diagnóstico situacional reconhecendo-se os principais problemas enfrentados pela equipe de saúde para planejar ações pelo método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). As informações para esta intervenção foram coletadas pela leitura dos prontuários, alguns registros da equipe, Sistema de Informação da Atenção Básica, consulta médica, conversas com pacientes durante as visitas domiciliares e observação ativa do território. A bibliografia utilizada foi: trabalhos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, nas base de dados da Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SciELO, dentre outros. Na construção do diagnóstico situacional foi utilizado o método da Estimativa Rápida Participativa e identificou-se os nós críticos e evidenciou-se a necessidade da realização deste projeto e da participação da equipe multidisciplinar, realizando modificações pertinentes na rotina do trabalho da equipe. O tratamento supervisionado da adesão ao tratamento anti-hipertensivos necessitando-se de reorganizar o processo de trabalho da equipe ampliação das atividades educativas, busca ativa dos hipertensos que faltarem às reuniões e visita domiciliar, intensificação do controle social e a relação dos profissionais com os usuários da equipe.

**Palavras chave:** Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Prevenção.

## ABSTRACT

Chã Preta is a town of 7421 inhabitants and is located to the north of the central portion of the state of Alagoas. This work is due to the significant number of ascribed hypertensive patients' the team's coverage area, and these users are looking for the team's work in emergency situations and sometimes with their altered pressure levels characterizing the lack of adequate monitoring, treatment adherence and lifestyles incompatible with the disease. This intervention was produced to improve your blood pressure of hypertensive population enrolled. We conducted the situational diagnosis recognizing the main problems faced by the health team to plan actions by the method of Situational Strategic Planning (PES). The information for this intervention were collected by reading the records, some team records, Attention Information System Basic, medical consultation, discussions with patients during home visits and active observation of the territory. The bibliography used were scientific papers available in the database: Virtual Health Library, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, SciELO, among others. In the situation analysis was used the method of the Flash Estimate Participative and during the proposed action plan was identified the critical nodes and showed the necessity of realization of this project and the participation of a multidisciplinary team, making relevant changes in routine team work. The supervised treatment of adherence to antihypertensive treatment need to reorganize the team work process expansion of educational activities, active search of hypertensives who miss meetings and home visits, intensification of social control and the relationship between professionals and users team's.

**Key words:** Primary Health Care. Hypertension. Prevention.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEESF	Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição
DOU	Diário Oficial da União
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
NASF	Núcleo de Apoio em Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
UBR	Unidade Básica de Referência .
ACS	Agente Comunitário de Saúde .
UPA	Unidade de Pronto Atendimento .
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência .

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro - 1 Índice de desenvolvimento humano (IDH). Chã Preta. 2014 .....	11
Quadro - 2 Produto interno bruto ( Valor adicionado). Chã Preta. 2014.....	11
Quadro – 3 População nas zonas urbana e rural em Chã Preta. 2014.....	12
Quadro - 4 Pessoas com vínculo empregatício. Chã Preta. Ano 2014.....	12
Quadro – 05 Número de Escolas, por dependência administrativa e tipo de ensino. Chã Preta. Ano 2014.....	13
Quadro - 06 Dependência administrativa. Chã Preta. Ano 2014.....	13
Quadro - 07 Recursos Humanos em Saúde, Chã preta. 2014.....	14
Quadro 8- Descritores relacionados á elevada prevalência de hipertensão arterial, dos usuários do PSF Auderilda Tenório Florentino, em dezembro 2014.....	27
Quadro 9 : Prioridades a partir dos resultados da aplicação dos critérios relacionados aos principais problemas do PSF Auderilda Tenório Florentino, 2014.....	27
Quadro 10- Desenho de operações para os “nós” críticos do problema identificado: Prevalência de Hipertensão Arterial ESF Auderilda Tenório Florentino,Chã Preta/AL.....	28
Quadro 11- Identificação dos recursos críticos do problema identificado: Prevalência de Hipertensão Arterial ESF Auderilda Tenório Florentino,Chã Preta/AL .....	29
Quadro 12– Análise de viabilidade do plano para reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial na ESF Auderilda Tenório Florentino,Chã Preta/AL .....	30
Quadro 13 – Plano operativo para reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial na ESF Auderilda Tenório Florentino,Chã Preta/AL.....	31
Quadro 14 – Planilha de acompanhamento das operações propostas para reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial na ESF Auderilda Tenório Florentino,Chã Preta/AL.....	32



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>19</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
<b>5 MÉTODOS.....</b>	<b>21</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município Chã Preta está situado ao norte da porção central do Estado de Alagoas e na Microrregião Serrana dos Quilombos, mesorregião do Leste Alagoano a 100 quilômetros distante da capital do Estado. Sua concentração habitacional estimada para o ano de 2015 foi estimada em 7421 habitantes, vivendo numa área territorial de 169, 27 km<sup>2</sup> em aproximadamente 2065 domicílios (IBGE, 2015)

Atualmente, o prédio da prefeitura de Chã Preta localiza-se no local onde iniciou a colonização do município por volta de 1865, por ser a sede da fazenda Chã Preta, da família Inácio, que sendo da raça negra, motivou esta denominação para a cidade. Com o bom movimento da localidade e considerável crescimento Chã Preta pertencia a Viçosa e cresceu rapidamente e, observou-se a criação em 1909 da feira na localidade de nome Tobias e também a primeira capela foi edificada numa propriedade, doada por Terezinha de Jesus Brandão em devoção à Nossa Senhora da Conceição. Houve um momento em que boa parte dos habitantes da região solicitaram a transferência do centro do povoado para próximo a feira em Tobias, porém, o local entrou em decadência e Chã Preta continuou seu desenvolvimento. Já no período de 1938 a 1947, houve certo abandono por parte dos administradores de Viçosa e assim, formou-se o movimento em defesa da emancipação. A disputa causou um fato inédito na administração pública alagoana: a subordinação de Chã Preta a Correntes, município pernambucano, para onde o movimento local foi desviado. Posteriormente, com a Constituição de 1946, Chã Preta passou a ter representação na Câmara de Vereadores de Viçosa. Liderado por José Firmino Teixeira de Vasconcelos, Isidoro Teixeira, Armando Soares e o ex-governador Luiz Cavalcante, onde assim ocorreu o movimento pela emancipação que consolidou em 1962 (IBGE, 2013). Ainda de acordo com o mesmo instituto,

[ ] Distrito criado com a denominação Chã Preta pelo decreto nº 2.435, de 30-11-1938, subordinado ao município de Viçosa. No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o distrito de Chã Preta, figura no município de Viçosa.

Pelo decreto-lei estadual nº 2909, de 30-12-1943, o município de Viçosa passou a denominar-se Assembleia.

Em divisão territorial datada 1-VII-1950, o distrito de Chã Preta, figura no município de Assembleia.

Elevado à categoria de município com a denominação de Chã Preta, pela lei estadual nº 2.432, de 03-11-1962, desmembrado de Viçosa. Sede no antigo distrito de Chã Preta. Constituído do distrito sede. Instalado em 11-03-1962. Em divisão territorial datada de 31-XII-1963, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007 (IBGE, 2013).

Chã Preta pertence à microrregião serrana dos Quilombos e seus limítrofes são o município de Santana do Mundaú e o estado de Pernambuco, a sul e leste com Viçosa e a oeste com Quebrangulo e o estado de Pernambuco. Além disso, encontra-se a 100 quilômetros distantes da capital do estado, apresentando clima do tipo Tropical Chuvoso e com verão seco.

Os principais indicadores do Índice de desenvolvimento humano (IDH) de Chã Preta, relativo ao ano de 2014 estão representados no quadro 1.

Quadro 1 - Índice de desenvolvimento humano (IDH). Chã Preta. 2014

Índice de desenvolvimento humano (IDH)	2014
IDH-M, Educação	0,481
IDH-M, Longevidade	69.22
IDH-M, Renda	226.60
IDH-M, Total	0.575

**Fonte:** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (2014)

Em relação ao saneamento básico, aproximadamente 10% do chã-pretense utilizam água filtrada, outros 2% fervida e 70% água clorada, enquanto que cerca de 10% não possuem nenhum tipo de tratamento. Quanto à origem dos recursos hídricos aproximadamente 50% da população possuem seu abastecimento de água por rede pública e 40% através de poço ou nascente e alguns recebem água por diferentes fontes. Já em relação à cobertura de sistemas de esgotamento sanitário, mostrou que cerca de 70% da população destina dejetos em fossas, seguido das que dispensam a céu aberto, sendo que cerca de 60% do lixo é recolhido feito por coleta pública, outros 20% destina o lixo queimado-Enterrado e finalmente 20% destinar o mesmo à céu aberto.

As principais atividades econômicas desenvolvidas em Chã Preta estão representadas no quadro 2.

Quadro - 2 Produto interno bruto ( Valor adicionado). Chã Preta. 2014.

<b>Atividades</b>	
Agropecuária	7.935.27
Industria	2.913.00
Serviços	20.748.16

**Fonte:** IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA ( 2014)

A população do município de Chã Preta e que vive na área urbana é relativamente jovem cujas idades estão entre 15 e 59 anos. Já na área rural, a tendência é a mesma, embora em menor proporção, demonstrando uma população idosa ligeiramente menor. Ainda de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Chã Preta, em relação ao gênero da população residente, a feminina é ligeiramente maior que a masculina, sendo que ambos vivem em maior número na zona urbana, conforme demonstrado no quadro 3.

Quadro – 3 População nas zonas urbana e rural em Chã Preta. 2014.

<b>Nº de indivíduos</b>	<b>&lt;1</b>	<b>1-4</b>	<b>5-9</b>	<b>10-14</b>	<b>15-19</b>	<b>20-39</b>	<b>40-59</b>	<b>60 e +</b>	<b>Total</b>
Área Urbana	30	207	393	245	446	1540	833	557	4251
Área Rural	52	180	307	353	354	950	545	267	3008
Total	82	387	700	598	800	2490	1378	824	7259

**Fonte:** Secretaria Municipal de Saúde. Chã Preta (2014)

Quanto aos principais postos de trabalho em Chã Preta, estão os setores de Serviços e em menor número a agropecuária, entre outros. O quadro 4 demonstra esta distribuição.

Quadro - 4 Pessoas com vínculo empregatício. Chã Preta. Ano 2014.

<b>Atividades Econômicas</b>	<b>2014</b>
Agropecuária	69
Comércio	8
Construção Civil	0
Indústria	8
Serviços	423
Total	508

**Fonte:** Ministério do Trabalho e Emprego - MTE/ Relação Anual de Informações Sociais/ RAIS (2014)

Os chã-pretenses, entre seus hábitos e costumes, vivem na zona urbana ou rural, em casas agrupadas em famílias ou de forma independente. Trabalham no município ou nas periferias do mesmo, levando a vida de forma tranquila, em sociedade e praticam atividades culturais para sua distração. O sustento básico familiar é o salário mínimo, obtido pelo trabalho nas esferas econômicas do município, principalmente agropecuária e comércio. Por outro lado, no ano 2014, de acordo com dados obtidos na Secretaria de Saúde do município de Chã Preta, as principais causas de mortes estavam relacionadas às doenças crônicas representando cerca de 50% do total das mortes, das quais quatro foram por causas violentas, onde, duas delas ocorreram por agressões e dois acidentes do trânsito e as demais corresponderam a outras causas.

Outro aspecto importante no município é a crescente adesão ao ensino fundamental e médio com boa nota avaliada pelo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica. O quadro 05 demonstra o número de Escolas, por dependência administrativa e tipo de ensino

Quadro – 05 Número de Escolas, por dependência administrativa e tipo de ensino. Chã Preta. Ano 2014.

<b>Dependência Administrativa</b>	<b>2014</b>
	<b>Escolas</b>
Estadual	2
Federal	0
Municipal	21
Privado	0
<b>Total</b>	<b>23</b>

**Fonte:** Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP(2014)

Complementando algumas informações sobre o município, observou-se ainda que existe uma creche e cinco igrejas, e que por informação casual a maior parte dos chã-pretenses declaram-se adeptos da religião católica apostólica, seguido da religião evangélica e uma quantidade bem menor de adeptos da doutrina espírita.

Observando o município, é possível perceber a presença de serviços como Luz elétrica, água, telefonia e uma agencia dos correios no centro da Cidade e uma casa lotérica.

No setor de saúde, o quadro 06 demonstra a dependência administrativa de cada instituição no município.

Quadro - 06 Dependência administrativa. Chã Preta. Ano 2014.

<b>Dependência Administrativa</b>	<b>Nº de Estabelecimentos</b>
Municipal	5
Privado	0
Centro de Atenção Psicossocial	0
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	0
Posto de Saúde	4
Secretaria de Saúde	1
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	0
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	0
Unidade de Vigilância em Saúde	1
Hospital Geral	0
<b>Total</b>	<b>11</b>

**Fonte:** Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde – DATASUS(2014)

Para o trabalho nas unidades de saúde do município citadas acima, os profissionais foram relacionados no quadro 07, relacionando também o número, pois, a população do município é usuária da assistência à saúde pelo Sistema Único de Saúde(SUS) em 100%.

Quadro - 07 Recursos Humanos em Saúde, Chã preta. 2014.

<b>Profissão</b>	<b>Número</b>
Secretaria	1
Diretor	0
Agente administrativo	1
Assistente administrativo	0
Consultoria de planes	1
Clínico Geral	2
Médico da Família	0
Psiquiatra	0
Cardiologista	1
Ginecologista	1
Psicóloga	1
Dentistas	3
Farmacêutico	1
Enfermeiros	4
Agentes Comunitários de Saúde	20
Assistente Social	1
Ultrassonografia	1
Fisioterapeuta	1
Auxiliares de Enfermagem	10
Coordenador de Atenção Básica	1
Nutricionista	1
Auxiliar de Saúde Bucal	3
Vigilante Sanitária	2
Agente de endemia	8
Vigilância Epidemiológica	1
Digitador	3
Recepcionista	4
Auxiliares de Serviços gerais	13
<b>Total</b>	<b>85</b>

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde – DATASUS (2014)

No município de Chã Preta, existe o Conselho Municipal de Saúde, que é composto de representantes do governo municipal, profissionais da Saúde e usuários, que se reúnem

quinzenalmente. Além disso, o repasse financeiro aos municípios se dão através Fundo Municipal de Saúde (FMS), que é responsável pelos repasses de recursos referentes à saúde representados por serviços de vigilância em saúde, atenção média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, além de atenção básica e assistência farmacêutica.

No município vivem 2.065 Famílias Cadastradas e 2.065 domicílios e que conforme os registros das equipes de saúde, cerca de 80% das pessoas que vivem em Chã Preta são alfabetizadas.

O Programa Saúde da Família foi implantado no ano de 1996 e atualmente promove uma cobertura de 100% da população de Chã Preta. Para exercer este trabalho, existem quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), duas equipes de saúde bucal, onde uma delas da modalidade I e uma na modalidade II, sendo esta última localizada na Equipe Saúde da Família (ESF) Urbana. Complementar ao serviço das equipes de saúde o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo.

A ESF Auderilda Tenório Florentino funciona numa área física composta de um consultório médico, um de enfermagem, uma sala de atenção odontológica, um escovódromo, uma sala de imunização, uma sala de nebulização, uma sala de pré consulta, uma sala de observação, uma sala de reunião, uma sala de administração, uma sala de arquivo, uma sala de recepção, uma sala de estabilização, uma farmácia, uma sala de expurgo, uma cozinha e seis banheiros. Para o trabalho estão disponíveis equipamentos (birô, esfigmomanômetro, balança para adulto e infantil, negatoscopio, glicosímetro, biombo, macas, cama ginecológica, armários tipo vitrine, arquivos, consultório odontológico, detector fetal, régua antropométrica/adulto e infantil e autoclave) que são utilizados pelos profissionais da unidade trabalham 8 horas diárias e são responsáveis por 652 famílias cadastradas que perfazem 2.270 habitantes que habitam 2.065 domicílios.

A equipe de saúde da UBS Auderilda Tenório Florentino encontra-se em condições de atender a população adscrita e para promover o cuidado conta com outros fatores que facilitam o processo de trabalho como o NASF, que complementam o trabalho da equipe, auxiliando na avaliação e acompanhamento; Os exames de análises clínicas são coletados na unidade e encaminhados para o laboratório no município; As visitas domiciliares que são realizadas uma vez por semana, e quando por algum motivo o paciente precisa de atenção no domicílio; A criatividade e união da equipe, bem como as reuniões para o planejamento para prestar atendimento a diferentes programas de saúde na atenção primária, como puericultura, visita domiciliar, acompanhamento a doenças crônicas não transmissíveis, acompanhamento de gestantes e saúde mental; Trabalho em equipe; Trabalho articulado dos ACS com a equipe,

inclusive com o papel importante de entregar e informar sobre as consultas agendadas pela secretaria de saúde aos usuários sob sua responsabilidade.

Por outro lado, existem alguns fatores que se comportam como dificultadores da atenção prestada por alterar o processo de trabalho e dentre eles podem ser citados a falta de unidade de pronto atendimento; demora para retornar resultados dos exames de análises clínicas; Até o momento não existe o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); falta do prontuário eletrônico gerando maior demora no acompanhamentos; agendamento e encaminhamento realizados somente na secretaria de saúde do município; falta de grupos operativos na UBS, principalmente para doenças crônicas; falta de retorno ou contra-referencia por parte dos especialistas da atenção secundária; A demanda espontânea na UBS; difícil acesso das pessoas à unidade pois, a mesma fica distante da área de abrangência e ainda pelas condições do relevo do município; falta de serviço de apoio diagnóstico e laboratorial para emergências; Durante a observação ativa, percebeu-se famílias vivendo em áreas com risco de desabamento; esgoto a céu aberto, lixo acumulado em lotes vagos e animais soltos pelas ruas; prontuários que são levados ao especialista para interconsultas.

As doenças mais frequentes na área de abrangência da equipe Auderilda Tenório Florentino evidenciadas durante a realização do diagnóstico situacional foi a Hipertensão Arterial Sistêmica( HAS), diabetes mellitus e parasitoses intestinais.

Este trabalho foi proposto após analisar a situação de saúde dos usuários portadores de HAS para a equipe Auderilda Tenório Florentino e que se mostra imensamente necessário em decorrência do volume de hipertensos sem acompanhamento e a falta de atividades de prevenção, capazes de reorientar o estilo de vida destes usuários. O grande número de hipertensos adscritos à área de abrangência foi identificado durante as consultas e em situações de demanda espontânea existente na UBS, além das visitas domiciliares.

Conhecendo o problema da hipertensão, o médico da equipe orienta o paciente, mas ainda não foi possível um acompanhamento sistemático e, assim, muitas vezes o hipertenso procura a UBS descompensado. Nesse caso são realizados o acolhimento e a avaliação das cifras da pressão arterial e dos fatores relacionados com sua patologia definindo se é necessário atendimento imediato ou se é possível ser agendado para outra data. Nas situações de urgências a equipe presta os primeiros atendimentos conforme as possibilidades da unidade, sendo o transporte disponibilizado pela secretaria de saúde através de ambulância ou outros veículos que prestam serviços ao município e fazem o traslado do paciente para o especialista disponibilizado pelo sistema/SUS.



Sou médica de nacionalidade cubana e me inscrevi no Programa Mais Médicos para o Brasil(PMMB), em maio do ano de 2014 e iniciei meu trabalho no Brasil, na equipe Auderilda Tenório Florentino em Chã Preta no estado do Alagoas. Através do Projeto, os médicos estrangeiros foram contratados para trabalhar no Brasil, e por força de um edital de seleção, deveriam ser matriculados no Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF) promovido pela instituição Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG), com o propósito de promover as atualizações necessárias para permitir que os profissionais estrangeiros, junto dos demais profissionais da equipe de saúde, possam promover ações em saúde e assim intervir na situação de saúde da população.

A disciplina do CEESF denominada Planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS;FARIA;SANTOS, 2010), em uma de suas atividades, os profissionais aprendem a elaborar o plano de ação, eficaz para se propor ações capazes de resolver os problemas de saúde encontrados no território pela realização da análise situacional. Para este trabalho, o plano de ação é voltado para melhorar o acompanhamento dos usuários dos serviços da equipe e que se encontram hipertensos. No plano de ação, são propostas algumas formas de garantir o cuidado aos pacientes diagnosticados na tentativa de transformar hábitos e estilos de vida e assim modificar o comportamento de gera o problema enfrentado pelo usuário que vive na área de abrangência.

Assim, a equipe Auderilda Tenório Florentino optou por tornar prioritário o problema relacionado com a falta de acompanhamento ao hipertenso naquele território. Na unidade não existem quaisquer atividades que abordam o problema havendo falta de ações específicas para reduzir ou impactar o problema no sentido de proporcionar cuidado integral e melhor qualidade de vida aos acometidos.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se justifica pela necessidade de abordar a falta de acompanhamento aos portadores de hipertensão arterial na comunidade que apresentam níveis pressóricos não controlados, risco cardiovascular aumentado e suas consequências.

O usuário diagnosticado com hipertensão não vem recebendo da equipe de saúde orientações suficientes sobre a doença sendo que a mesma baseia-se somente no que o profissional médico consegue transmitir no curto período de tempo reservado à consulta médica.

Com a falta de acompanhamento pelos demais profissionais da equipe, a consequente falta de efetividade do tratamento e o controle da doença, o processo de trabalho da equipe acaba sendo alterado e o cuidado prestado se limita a consulta médica e prescrição de medicamentos num modelo de saúde tradicional.

Esta proposta visa garantir melhorias em relação ao atendimento e acompanhamento desses pacientes pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde Auderilda Tenório Florentino em Chã Preta no estado do Alagoas.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um Projeto Intervenção para proporcionar acompanhamento sistemático dos usuários portadores da hipertensão arterial pela equipe de Saúde da Família Auderilda Tenório Florentino em Chã Preta no estado do Alagoas.

## 4 MÉTODO

Esta proposta de intervenção destina-se à equipe Auderilda Tenório Florentino em Chã Preta no estado do Alagoas e foi realizada a partir da análise situacional da área de abrangência sob responsabilidade da equipe. Seu propósito é melhorar o acompanhamento da equipe aos hipertensos através de ações planejadas e com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população acometida.

Após análises dos recursos da equipe, sua governabilidade sobre o problema e pela formação de parceria com os profissionais do NASF, a equipe produziu um plano de ação utilizando-se de medidas educativas, capacitação da equipe e readequação do processo de trabalho que são fatores capazes de melhorar o acompanhamento prestado aos hipertensos na expectativa de melhorar os níveis pressóricos.

Assim, foi necessário realizar uma revisão bibliográfica para conhecer melhor o tema e seu reflexo na vida das pessoas, equipe e sociedade. Para isto, foram observados os registros da equipe Auderilda Tenório Florentino, dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pesquisa nos trabalhos da Biblioteca Virtual do Nescon-UFMG, além de artigos da base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) que permitiram embasamento teórico do tema, sites do governo federal sendo que as pesquisas foram realizadas em português e com datas recentes e a partir dos descritores: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão e Prevenção.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional - PES a partir do diagnóstico situacional.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica e por sua alta prevalência transformou-se num problema de saúde pública, sendo necessárias ações preventivas para se evitar a incidência de novos casos, bem como o agravamento dos casos existentes(MACHADO, PIRES, LOBÃO, 2012). De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a HAS é causada “por múltiplo fatores e é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)”(VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p.1). O resultado destes níveis sustentados revelam que,

[...] A hipertensão está nitidamente associada a várias complicações, como acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial periférica (DAP), insuficiência cardíaca (IC), doença renal crônica (DRC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença arterial coronariana (DAC). O tratamento com adequado controle da pressão arterial tem se mostrado eficaz em reduzir a ocorrência de complicações decorrentes da HAS bem como redução da mortalidade(NOBRE *et al.* , 2013, p. 257).

A HAS acomete aproximadamente 20% da população adulta, além disso acredita-se que há uma grande parcela de hipertensos não diagnosticados ou que não fazem tratamentos adequados ou também pela alta fração de abandono do tratamento. Considerada uma síndrome, a HAS se caracteriza pela elevação da pressão arterial a “níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos duas aferições subsequentes — obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo(SILVA; SOUZA, 2004, p.1)”. Para esses autores, condições como esta,

[...]acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações(SILVA; SOUZA, 2004, p.1).

O desenvolvimento da hipertensão está condicionado a fatores de risco capazes de auxiliar no desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Estes fatores podem ser classificados em 02 classes, conhecidos como fatores de risco não modificáveis e fatores de risco modificáveis, sendo que os primeiros estão relacionados ao sexo, a idade e a fatores genéticos e os últimos são adquiridos ou relacionados ao estilo de vida(BOTREL et al, 2000 *apud* NASCIMENTO; GOMES; SARDINHA, 2011).

A partir de estudos epidemiológicos foi possível verificar a alta prevalência da HAS, a qual representa um importante fator de risco cardiovascular que associado a outros fatores de

risco tornam-se capazes de potencializar o aparecimento de eventos cardiocirculatórios. Além disso, outra situação que pode intensificar os riscos cardiovasculares deve-se à modificação dos hábitos alimentares e de vida em parte da população brasileira, pois aparecem mudanças nas quantidades de alimentos ingeridos, e composição da dieta que foram capazes de alterar o peso corporal e distribuição da gordura corporal gerando o sobrepeso ou obesidade da população podendo ou não estar associado à baixa frequência da prática de atividade física(JARDIM *et al.*, 2007). Assim, os fatores de risco para o “desenvolvimento da doença arterial coronariana estão relacionados à hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, diabetes mellitus e antecedentes familiares”( GUS; FISCHMANN; MEDINA, 2002, p. 478). No caso da obesidade, o caderno de atenção básica considera que,

[...]Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdome, está frequentemente associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Assim, a circunferência abdominal acima dos valores de referência é um fator preditivo de doença cardiovascular. A redução da ingestão calórica leva à perda de peso e à diminuição da pressão arterial, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático (BRASIL, 2006, p. 25).

O caderno citado acima cita também outros fatores que desencadeiam a doença propõe situações de grande importância como a redução ou abandono do tabagismo, alcoolismo e da prática regular de exercícios como estratégia para o tratamento não farmacológico da HAS(BRASIL, 2006). Já no trabalho de Machado *et al.* (2012), além destes citados anteriormente são relacionados outros fatores de risco como os socioeconômicos(relacionando que a menor renda pode estar associada ao desenvolvimento da hipertensão), dieta rica em sódio que é um potente estimulante cardíaco, além dos genéticos.

Políticas de promoção e proteção à saúde, associadas ao Ministério da Saúde vem proporcionando ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, visando o combate à hipertensão arterial(ARAUJO; GUIMARÃES, 2007).Ainda conforme os autores,

[...]A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico–enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional(ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005 *apud* ARAUJO; GUIMARÃES, 2007, p. 369).

O Programa de Saúde da Família é uma importante ferramenta que expandiu nos últimos anos, transformando em estratégia de conversão do modelo de atenção básica. Assim,

o controle e diagnóstico da hipertensão passou a ser atribuição da Saúde da Família, com caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial (RABETTI; FREITAS, 2011). A multicausalidade e multifatorialidade da hipertensão arterial resultando muitas vezes em grande variedade de sintomas aos pacientes, além de demandar orientações voltadas para vários objetivos, atingir estas metas não depende de único profissional. Assim, a falta de adesão ao tratamento da hipertensão pode estar relacionado ao cuidado fracionado dado aos pacientes hipertensos quando este for realizado por um único profissional de saúde, representado pelo médico. Objetivos múltiplos requerem abordagens diferentes, necessitando assim da formação de uma equipe multiprofissional, capaz de praticar esta ação diferenciada (KOHLMANN JUNIOR et al., 1999). Os autores esclarecem que,

[...]A equipe multiprofissional pode e deve ser constituída por profissionais que, de uma forma ou de outra, lidem com pacientes hipertensos. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos e, inclusive, funcionários administrativos e agentes comunitários em saúde podem integrar a equipe. Isso não implica, entretanto, na necessidade da existência de todo esse grupo para a formação da equipe. Quando se aglutina mais de um profissional, desde que imbuídos do mesmo espírito, pode estar sendo constituída uma equipe multiprofissional. O que determina a existência dessa equipe é a filosofia de trabalho, que, em última análise, visa ao bem-estar dos pacientes e das pessoas de maneira geral. Os membros de um grupo multiprofissional, respeitada a especificidade de sua ação dada pela sua formação básica, devem conhecer a ação individual de cada um dos outros membros. Para que a equipe seja composta, cada local de trabalho deve adequar sua realidade. Isso significa que não são necessários todos os profissionais, nem todos os equipamentos para a formação desse grupo de ação, bastando conhecimento, boa vontade e determinação (KOHLMANN JUNIOR et al, 1999, p. 264).

A etiologia da palavra *adhaesione* em latim significa adesão, junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo. Compreende-se por adesão ao tratamento o processo multifatorial estruturado a partir de uma parceria entre o cuidador e quem e quem é cuidado, estando relacionado à frequência, constância e à perseverança em busca da saúde, sendo então o vínculo entre profissional e paciente o responsável pela efetivação do processo (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). Os últimos ainda relacionam fatores terapêuticos e educativos à adesão dos pacientes ao tratamento, como uma situação,

[...]envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, a uma adaptação ativa a estas condições, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado. Considera, também, fatores relacionados ao(s) profissional(is), comportando ações de saúde centradas na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos, que aliam orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos,

suporte social e emocional. Nesta perspectiva de ação, a atitude acolhedora do profissional que cuida respalda o paciente para novas atitudes perante o adoecimento, e o medicamento é mais um recurso terapêutico na promoção da saúde. Há também fatores ligados à instituição de saúde, cuja finalidade é promover e estimular ações que contribuam para que os indivíduos envolvidos possam caminhar em direção à eficácia e à qualidade do tratamento(SILVEIRA; RIBEIRO, 2005, p. 94).

De acordo com Bloch, Melo e Nogueira (2008), a falta de adesão à terapêutica anti-hipertensiva é um dos fatores responsáveis pelo insucesso da resposta ao tratamento. Na atenção primária, os autores descrevem ser mais frequente a baixa adesão que em serviços especializados, necessitando assim fazer a distinção entre pressão não controlada porque houve falta de adesão ao tratamento, ou resistência ao controle da pressão arterial. De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial , alguns determinantes da falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo são,

[...]1.Falta de conhecimento do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica. 2. Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar e baixa autoestima. 3. Relacionamento inadequado com a equipe de saúde. 4. Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço. 5. Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis. 6. Interferência na qualidade de vida após o início do tratamento(V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006, e57).

A Atenção Básica constitui-se “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde(BRASIL, 2006, p. 10)”.

Este trabalho, envolve o trabalho em equipe, voltadas para a população de um território previamente delimitado, cuja responsabilidade é da equipe a qual deve respeitar a dinâmica do território onde vive a população. As tecnologias utilizadas são de elevada complexidade e baixa densidade e devem ser destinadas a resolver os problemas de saúde mais frequentes naquele território, baseando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde(SUS) conhecidos como a universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social(BRASIL, 2006).



## 6 PLANO DE AÇÃO

A realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Auderilda Tenório Florentino, a observação ativa e o trabalho realizado na UBS, contribuiu para o reconhecimento do território e dos problemas relevantes e importantes enfrentados pelos usuários adscritos. Com os maiores problemas enfrentados pelos usuários em mãos, foi proposto o plano de ação com vistas proporcionar acompanhamento sistemático dos usuários portadores da hipertensão arterial que são assistidos pela equipe de Saúde. No Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF) e no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, o aluno é levado a elaborar o plano de ação e os passos necessários para o enfrentamento do problema. Elaborar o plano de ação requer a construção de um conjunto de projetos de intervenção de acordo com os problemas encontrados na área de abrangência através do diagnóstico situacional daquela área de abrangência. Para o problema eleito como prioritário foi proposto um plano de ação específico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para propor o plano de ação, primeiramente deve-se conhecer o território onde se pretende desenvolver das ações, os problemas de saúde mais comuns na área de abrangência e seu impacto na população adscrita. Como os problemas encontrados são muitos, necessita-se de priorizá-los, pois, não poderão ser resolvidos ao mesmo tempo. Deve-se então verificar a capacidade de enfrentamento, a importância e urgência do problema, e assim propor formas de enfrentamento para o problema eleito como prioritário (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Na disciplina Planejamento e avaliação das ações em saúde citada, para se obter informações de um território, pode se utilizar o método de Estimativa Rápida, onde a equipe de saúde envolvida reúne informações sobre as condições de vida, a forma de vida da comunidade, além de buscar os dados existentes nos registros na unidade de saúde, SIAB, etc. Outra ferramenta, são as entrevistas com informantes ou sujeitos importantes que vivem no território e que finalmente permite elaborar um diagnóstico de saúde para um território específico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os problemas relevantes no PSF Auderilda Tenório Florentino e que segundo os dados observados na unidade e que representam risco de adoecer encontrados no território podem ser:

- 1- Alta prevalência da hipertensão arterial.
- 2- Alta incidência de doenças parasitárias.

3- Baixo índice de alfabetização

4-alto índice de gravidez na adolescência.

5-baixo nível de cultura higiênica alimentar e sanitário.

O problema escolhido foi observado durante as consultas realizadas na unidade de saúde e também nas situações urgentes com certo nível de descompensação dos níveis pressóricos, sendo que o hipertenso aguarda na fila e com queixa informal do seu estado.

Além disso, percebeu-se o despreparo da equipe na rotina de trabalho da mesma, principalmente porque não são usuários esperados na agenda e que demandam cuidados especiais como atenção, encaminhamentos e acompanhamento específico para outros níveis de atenção. Para descrever o problema priorizado utilizou-se de dados disponíveis na rotina da Unidade Básica de Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde de Chã Preta. Até o momento não existem ações preventivas e abordagens adequadas voltadas para os hipertensos e os dados sobre o problema ainda são escassos, pois a equipe está em reconstrução quanto à alimentação do sistema de informação, necessitando-se produzir novas informações capazes de orientar o processo de planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Além disso, na descrição do problema identificado foram utilizadas informações no consolidado de doenças crônicas realizados pela equipe, fichas A, cadastros de hipertensão, além dos prontuários de acompanhamento ambulatorial.

Os níveis pressóricos dos usuários demonstraram-se alterados, quando os mesmos relataram hábitos e estilo de vida inadequados em relação à doença, falta de informações adequadas transmitidas para os hipertensos pela equipe sobre a doença, inadequada resposta do sistema de saúde são fatores determinantes na incidência e prevalência da Hipertensão Arterial, permitindo que a doença se manifeste, principalmente associada ao sedentarismo, maus hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo; aumento do Infarto, AVC, Doença Renal Crônica provocando aumento da invalidez, mortalidade e aposentadoria.

A hipertensão arterial é uma doença que requer altos custos médicos e socioeconômicos, pelas suas importantes complicações como a doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

A seguir, no quadro 8, encontram-se relacionados os descritores do problema, elevada prevalência de hipertensão arterial de dezembro 2014.

Quadro 8- Descritores relacionados á elevada prevalência de hipertensão arterial, dos usuários do PSF Auderilda Tenório Florentino, em dezembro 2014.

<b>Descritores</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Fonte</b>
Hipertensos esperados	342	Estudos Epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	158	SIAB
Hipertensos confirmados	158	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	158	Registro da equipe
Hipertensos controlados	101	Registro da equipe
Complicações de HAS	23	Registro da equipe
Portadores Dislipidemia	31	Registro da equipe
Tabagistas	15	Registro da equipe
Consumidores de álcool	5	Registro da equipe
Sobrepeso	47	Registro da equipe
Óbitos por causas Cardiovasculares	2	Registro da equipe

No quadro 9 tem-se os principais problemas e respectivos graus de importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde.

Quadro 9 : Prioridades a partir dos resultados da aplicação dos critérios relacionados aos principais problemas do PSF Auderilda Tenório Florentino, 2014

<b>Principais Problemas levantados</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento da ESF.</b>	<b>Ordem de prioridade</b>
Prevalência da hipertensão arterial.	Alta	8	parcial	1
Alta incidência de doenças parasitárias.	Alta	6	Parcial	2
Baixo índice de alfabetização	Alta	5	nenhuma	3
Alto índice de gravidez na adolescência.	Alta	6	parcial	4
Baixo nível de cultura higiênica alimentar e sanitário.	Alta	5	parcial	5

Após discutir com a equipe de saúde os problemas identificados na área e tendo em conta sua importância, urgência, capacidade para enfrentá-los e a ordem de prioridade, foram observados a hipertensão e os nós críticos que contribuem com a descompensação da doença, que são:

- Falta de atualização e de percepção da importância do problema.
- Falta de adesão ao tratamento
- Falta de processo de trabalho da equipe adequado para resolver o problema
- Falta de acompanhamento adequado do hipertenso pela equipe de saúde

Quadro 10- Desenho de operações para os “nós” críticos do problema identificado: Prevalência de Hipertensão Arterial ESF Auderilda Tenório Florentino, Chã Preta/AL

<b>Desenho de operações para os “nós” críticos do problema identificado: Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ESF Auderilda Tenório Florentino, Chã Preta/AL</b>				
<b>No crítico</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Falta de atualização e de percepção da importância do problema	<b>O dia a dia com HAS</b> Propor reuniões regulares de equipe; Estimular a atualização dos profissionais e valorização das suas competências; Melhorar a forma de abordar o usuário	Equipe que valoriza seu trabalho e proporciona o cuidado aos usuários	Equipe que desenvolve o acolhimento/comunicação e abordagem	<b>Organizacional:</b> adequação da agenda da equipe para reuniões e outras atividades <b>Político:</b> Articulação entre setores da saúde e adesão dos profissionais e articulação intersetorial.
Falta de adesão ao tratamento	<b>Tomar remédio</b> Proporcionar conhecimentos ao hipertenso/família sobre a doença e os fatores de risco associados, combinando com a necessidade do uso dos medicamentos	Hipertenso/família que reconhece a necessidade de adaptação a este estágio da vida e dos riscos associados à HAS	Hipertensos estimulados à aderir a novas formas de vida e que percebe as informações propostas; Aumento do vínculo entre equipe/ usuário e motivação às mudanças e adesão à terapia farmacológica	Cognitivo → aumentar o conhecimento sobre a HAS <b>Organizacional:</b> Adequação da agenda para possibilitar as reuniões

Falta de processo de trabalho da equipe adequado para resolver o problema	<b>Transformar</b> Mobilizar os hipertensos/familiares a utilizar o serviço prestado pela equipe	Hipertenso que reconhece a necessidade de se adaptar à prevenção das doenças associadas à HAS, adesão numa sintonia com o trabalho da equipe	Equipe que proporciona informações, e motivar mudanças necessárias e estimular a adesão aos medicamentos	Cognitivo → aumentar o conhecimento sobre a HAS Organizacional: Adequar a agenda para possibilitar rodas de conversa
Falta de acompanhamento adequado do hipertenso pela equipe de saúde	<b>Bom serviço</b> Transformar a relação entre a equipe e o usuário proporcionando o acolhimento e cuidado	Equipe e usuário que desenvolve seu trabalho de forma orientada e promove o cuidado em sintonia com o usuário	Equipe organizada e completa que utiliza suas habilidades de comunicação, transmissão de conhecimentos dentre outras.	Organizacional: adequação da agenda para encontros entre equipe e usuário Político: relações intersetoriais.

**Fonte:** elaborado pela autora

Quadro 11- Identificação dos recursos críticos do problema identificado: Prevalência de Hipertensão Arterial ESF Auderilda Tenório Florentino, Chã Preta/AL

<b>Identificação dos recursos críticos do problema identificado: Prevalência de Hipertensão Arterial ESF Auderilda Tenório Florentino, Chã Preta/AL</b>	
<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>O dia a dia com HAS</b> Propor reuniões regulares de equipe; Estimular a atualização dos profissionais e valorização das suas competências; Melhorar a forma de abordar o usuário	<b>Organizacional:</b> adequação da agenda da equipe para reuniões e outras atividades <b>Político:</b> Articulação entre setores da saúde e adesão dos profissionais e articulação intersetorial.
<b>Tomar remédio</b> Proporcionar conhecimentos ao hipertenso/família sobre a doença e os fatores de risco associados, combinando com a necessidade do uso dos medicamentos	Cognitivo → aumentar o conhecimento sobre a HAS Organizacional: Adequação da agenda para possibilitar as reuniões
<b>Transformar</b> Mobilizar os hipertensos/familiares a utilizar o serviço prestado pela equipe	Cognitivo → aumentar o conhecimento sobre a HAS Organizacional: Adequar a agenda para possibilitar rodas de conversa
<b>Bom serviço</b> Transformar a relação entre a equipe e o usuário proporcionando o acolhimento e cuidado	Organizacional: adequação da agenda para encontros entre equipe e usuário Político: relações intersetoriais.

**Fonte:** elaborado pela autora

Quadro 12 – Análise de viabilidade do plano para reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial na ESF Auderilda Tenório Florentino, Chã Preta/AL

<b>Análise de viabilidade do plano para reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial na ESF Auderilda Tenório Florentino, Chã Preta/AL</b>				
<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>O dia a dia com HAS</b>  Propor reuniões regulares de equipe; Estimular a atualização dos profissionais e valorização das suas competências; Melhorar a forma de abordar o usuário	<b>Organizacional:</b> adequação da agenda da equipe para reuniões e outras atividades <b>Político:</b> Articulação entre setores da saúde e adesão dos profissionais e articulação intersetorial.	Equipe de saúde	Favorável	Apresentar o projeto para a equipe e equipe multidisciplinar
<b>Tomar remédio</b>  Proporcionar conhecimentos ao hipertenso/família sobre a doença e os fatores de risco associados, combinando com a necessidade do uso dos medicamentos	Cognitivo → aumentar o conhecimento sobre a HAS <b>Organizacional:</b> Adequação da agenda para possibilitar as reuniões	Equipe de saúde e NASF	Favorável.	Apresentar o projeto para a equipe
<b>Transformar</b>  Mobilizar os hipertensos/familiares a utilizar o serviço prestado pela equipe	Cognitivo → aumentar o conhecimento sobre a HAS <b>Organizacional:</b> Adequar a agenda para possibilitar rodas de conversa	Equipe de saúde	Favorável.	Apresentar o projeto para a equipe
<b>Bom serviço</b>  Transformar a relação entre a equipe e o usuário proporcionando o acolhimento e cuidado	<b>Organizacional:</b> adequação da agenda para encontros entre equipe e usuário <b>Político:</b> relações intersetoriais.	Equipe de saúde e gestão	Favorável	Apresentar o projeto para o gestor

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 13 – Plano operativo para reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial na ESF Auderilda Tenório Florentino, Chã Preta/AL

<b>Plano operativo para reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial na ESF Auderilda Tenório Florentino, Chã Preta/AL</b>					
<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>O dia a dia com HAS</b> Propor reuniões regulares de equipe; Estimular a atualização dos profissionais e valorização das suas competências; Melhorar a forma de abordar o usuário	Equipe que valoriza seu trabalho e proporciona o cuidado aos usuários	Equipe que desenvolve o acolhimento/ comunicação e abordagem	Apresentar o projeto para a equipe/ estimular e conscientizar a mesma	Médico	Três meses para o início
<b>Tomar remédio</b> Proporcionar conhecimentos ao hipertenso/família sobre a doença e os fatores de risco associados, combinando com a necessidade do uso dos medicamentos	Hipertenso/família que reconhece a necessidade de adaptação a este estágio da vida e dos riscos associados à HAS	Hipertensos estimulados à aderir a novas formas de vida e que percebe as informações propostas; Aumento do vínculo entre equipe/ usuário e motivação às mudanças e adesão à terapia farmacológica	Apresentar o projeto para a equipe / estimular e conscientizar o usuário	Médico	Início: três meses
<b>Transformar</b> Mobilizar os hipertensos/famílias a utilizar o serviço prestado pela equipe	Hipertenso que reconhece a necessidade de se adaptar à prevenção das doenças associadas à HAS , adesão numa sintonia com o trabalho da equipe	Equipe que proporciona informações, e motivar mudanças necessárias e estimular a adesão aos medicamentos	Apresentar o projeto para a equipe / estimular e conscientizar a equipe e os usuários	Técnicos em enfermagem	Início: três meses.
<b>Bom serviço</b> Transformar a relação entre a equipe e o usuário proporcionando o acolhimento e cuidado	Equipe e usuário que desenvolve seu trabalho de forma orientada e promove o cuidado em sintonia com o usuário	Equipe organizada e completa que utiliza suas habilidades de comunicação, transmissão de conhecimentos dentre outras.	Apresentar o projeto para a equipe e estimular e conscientizar a equipe e os usuários	Médico/Enfermeiro	Apresentação do projeto Para o gestor

Quadro 14 – Planilha de acompanhamento das operações propostas para reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial na ESF Auderilda Tenório Florentino, Chã Preta/AL

<b>Planilha de acompanhamento das operações propostas para reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial na ESF Auderilda Tenório Florentino, Chã Preta/AL</b>				
<b>Operação “O dia a dia com HAS”</b> <b>Coordenação:</b> Médico da ESF /Avaliação após dois meses do início do projeto.				
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>
Equipe que desenvolve o acolhimento/ comunicação e abordagem	Médico	3 meses	Programa a ser implementado	Adequar agenda dos profissionais
<b>Operação: “Tomar remédio”</b> <b>Coordenação:</b> Enfermeiro - Avaliação após dois meses do início do projeto.				
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>
Hipertensos estimulados à aderir a novas formas de vida e que percebe as informações propostas; Aumento do vínculo entre equipe/ usuário e motivação às mudanças e adesão à terapia farmacológica	Enfermeiro	3 meses	Programa a ser implementado.	Adequar agenda e agendar as reuniões entre a equipe, hipertensos e familiares
<b>Operação: “Transformar”</b> <b>Coordenação:</b> Médico - Avaliação após dois meses do início do projeto.				
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>
Equipe que proporciona informações, e motivar mudanças necessárias e estimular a adesão aos medicamentos	Médico e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	2 meses	Programa a ser implementado.	Mês de férias
<b>Operação “Bom serviço”</b> <b>Coordenação:</b> Enfermeiro - Avaliação após cinco meses do início do projeto.				
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>
Equipe organizada e completa que utiliza suas habilidades de comunicação, transmissão de conhecimentos dentre outras.	Médico e coordenador da atenção básica	2 meses	Projeto a ser proposto para o gestor	Aguardando a audiência com o gestor

**Fonte:** elaborado pela autora



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso dessa intervenção depende da participação da ESF Auderilda Tenório Florentino, Chã Preta/AL e da equipe multidisciplinar. Os hipertensos serão melhores assistidos e seus níveis pressóricos recuperados ou aproximados do ideal se a equipe transformar seu processo de trabalho, aumentando o número de consultas para os hipertensos e pela informação sobre a doença que a equipe pode proporcionar. As reuniões de equipe adequadas à sua agenda irão proporcionar interação entre os hipertensos e seus familiares, estimulando a modificação/transformação dos hábitos alimentares, reduzindo o sedentarismo e redução do uso do álcool.

A melhoria do cuidado ao hipertenso necessita de avaliação e monitoramento oportuno, acompanhamento pelos profissionais de saúde proporcionando orientações, estimulando a adaptação e comportamento de cada hipertenso cadastrado.

Os recursos utilizados baseiam-se em programas elaborados pela equipe para atingir um objetivo de cada vez, utilizando-se de atividades educativas, educação permanente, consultas individuais, visitas domiciliares, proporcionando o cuidado integral, sem desviar-se dos objetivos desta intervenção.

Para melhorar as ações, serão propostas reuniões entre equipe, familiares e hipertensos utilizando ações educativas, atividades e rodas de conversa além de abordagem do tema e a necessidade da transformação de hábitos. Com esta intervenção espera-se aumentar o conhecimento e envolvimento dos profissionais de saúde e da sua família de forma a contribuir com a reestruturação do trabalho da equipe, gerando conhecimentos aos pacientes sobre seu estado de saúde, aderindo às terapia não farmacológica e medicamentosa, necessária ao controle da pressão arterial proporcionando melhorias na qualidade de vida dos hipertensos.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J., C.; GUIMARÃES, A., C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev Saúde Pública**; v. 41, n. 3, p. 368-74. 2007
- BLOCH, K., V.; MELO, A., N.; NOGUEIRA, A., R.. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, Dez. 2008 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2006.
- 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. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- GUS, I.; FISCHMANN, A.; MEDINA, C.. Fatores de risco da doença arterial coronariana. **Arq Bras Cardiol**; v. 78, n. 5, p. 478-83. 2002
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - **IBGE**. **Cidades/Chã Preta**. 2013
- JARDIM, Paulo César B. Veiga et al . Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-457, abr. 2007 .
- KOHLMANN JUNIOR, Osvaldo et al . III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 257-286, Ago. 1999 .
- MACHADO, Mariana Carvalho; PIRES, Cláudia Geovana da Silva; LOBAO, William Mendes. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1357-1363, Mai 2012 .
- NASCIMENTO, J., S.; GOMES, B.; SARDINHA, A., H., L. . Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. **Rev Rene, Fortaleza**; v. 12, n. 4, p. 709-15, out/dez. 2011
- NOBRE, F; Coelho, E, B; Lopes, P, C; Geleilete, T, J, M.. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Rev. Fac. Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 46, n. 3, p. 256-72. 2013.
- RABETTI, A., C.; FREITAS, S., F., T.. Eficiência de ações em hipertensão. **Rev Saúde Pública**; v. 45, n. 2; p. 258-68. 2011
- SILVA, Jorge Luis Lima; SOUZA, Solange Lourdes. .Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. p. 94. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p. 91-104 , set.2004/fev.2005

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Set. 2007 .

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010 .