

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

**GUILHERME RANDOLPHO TOLEDO**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR A ADEÇÃO AO  
TRATAMENTO DE HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DE MAR DE ESPANHA – EQUIPE SESQUICENTENÁRIA SAÚDE**

Juiz De Fora – MG  
2015

**GUILHERME RANDOLPHO TOLEDO**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR A ADESÃO AO  
TRATAMENTO DE HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DE MAR DE ESPANHA – EQUIPE SESQUICENTENÁRIA SAÚDE**

Projeto de intervenção apresentado no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

Juiz De Fora – MG  
2015

**GUILHERME RANDOLPHO TOLEDO**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR A ADESÃO AO  
TRATAMENTO DE HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DE MAR DE ESPANHA – EQUIPE SESQUICENTENÁRIA SAÚDE**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabel Aparecida Porcatti de Walsh- Universidade Federal do Triangulo Mineiro- UFTM

Examinador 2: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Maura Rezende - Universidade Federal do Triangulo Mineiro- UFTM

Juiz De Fora – MG  
2015

## RESUMO

O trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção com vistas a sistematizar o atendimento de pacientes hipertensos, a fim de uma melhor adesão ao tratamento da população adscrita na área de atuação da equipe sesquicentenária de saúde do município de Mar de Espanha. Após a análise situacional do problema foram levantadas questões pertinentes que interferem na adesão do paciente no tratamento da hipertensão na atenção primária de saúde. Os “nós críticos” selecionados foram: a necessidade de sistematização do atendimento no serviço, melhor capacitação técnica dos profissionais e necessidade de ações educativas em função da falta de conhecimento por parte da população adscrita. Em função dessas adversidades foram elaboradas estratégias tais como: sistematizar o atendimento com seguimento de protocolos e atendimento do paciente centrado na equipe de saúde, capacitação técnica de ACS através de palestras, ação educativa para orientar a população através de palestras e criação de grupos operativos.

**Descritores:** hipertensão, terapêutica, atenção primária à saúde

## **ABSTRACT**

The work aims to propose an action plan in order to systematize the care of hypertensive patients enrolled in Basic Health Unit Mar de Espanha where it operates the team Sesquicentenária Health. After the situational analysis of the problem, relevant issues that interfere with patient adherence to treatment were raised of hypertension in primary health care. The "critical nodes" selected were: the need for systematization of care in service, best technical skills of and the need for educational activities due to lack of knowledge among the enrolled population. Due to these adversities strategies have been developed such as systematic care with adherence to protocols and care centered on the health team, technical training of ACS patients through lectures, educational activities for educating the public through lectures and creation of operative groups.

**Key-words:** hypertension, therapeutics, primary health care

# SUMÁRIO

Página

1-INTRODUÇÃO	
1.1 O município de Mar de Espanha.....	7
1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....	8
2-JUSTIFICATIVA.....	12
3-OBJETIVOS.....	14
3.1-Objetivo Geral.....	14
3.2-Objetivo Específicos.....	14
4-MATERIAL E MÉTODO.....	15
5-RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
6-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O município de Mar de Espanha

O município de Mar de Espanha situa-se no estado de Minas Gerais, zona da mata, na microrregião de São João Nepomuceno/Bicas. Pertence a regional de saúde de Juiz de Fora distando 65 km desse município. Tem como municípios limítrofes: Bicas, Maripá de Minas, Pequeri, Senador Cortes, Guarará, Santana do Deserto, Chiador, Além Paraíba e Santo Antônio do Aventureiro. Mar de Espanha dista a 312 km de Belo Horizonte.

Apresenta uma população de aproximadamente 11.978 distribuídos em 372 Km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 32,19 hab/Km<sup>2</sup>. O número de famílias cadastradas segundo o DATASUS (Brasil, 2010) é de 3.240.

A população do município vive basicamente de atividades agropecuárias e atividades têxteis, com destaque para muitas confecções de roupas e peças íntimas. A maioria da população é assalariada também existindo um percentual de pensionistas e aposentados. Pode-se considerar que não existem áreas de extrema pobreza e são poucas as áreas de risco social. Segundo IBGE 4,98% da população ganha menos do que  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo e 21,08 % da população ganha menos do  $\frac{1}{2}$  do salário mínimo. Os demais 73,94% ganham mais do que  $\frac{1}{2}$  do salário mínimo. (IBGE 2010)

Apesar dos investimentos realizados pelo município nos setores de saúde e educação nos últimos anos, o índice de desenvolvimento humano do município (IDH=0,648) ainda é inferior ao índice de desenvolvimento humano nacional.

O acesso aos serviços de saúde é relativamente bom, ocorrendo de forma equilibrada, permitindo que a maioria das pessoas tenha acesso ao sistema, excetuando-se os usuários da zona rural que encontram dificuldades no que diz respeito ao transporte. São três as unidades de saúde de Atenção Primária a Saúde tipo 2, localizadas no centro, Jardim Guanabara e bairro Floresta. Na zona rural existem dois pontos de apoio nos distritos de: Engenho Novo e Saudade. Existem no Município 05 (cinco) equipes de saúde da família, com 11.978 pessoas cadastradas atualmente. No ano de 2013, foram feitas 3.868 visitas domiciliares pelos profissionais de nível superior, 7.004 visitas domiciliares pelos profissionais de nível médio e 35.994 visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde no período

de Janeiro/Dezembro de 2013. Pode-se dizer que no total foram feitas 15.681 consultas médicas de atenção básica e 3.000 famílias visitadas por agentes comunitários de saúde de Janeiro/Dezembro de 2013. Segundo o SIAB/SISHIPERDIA (Brasil, 2008; Brasil, 2009), atualmente, o município apresenta 1.885 portadores de Hipertensão Arterial e 417 portadores de Diabetes mellitus cadastrados.

A Unidade Básica de Saúde de Mar de Espanha situa-se na Rua Laudelino Barbosa, 305, Bairro Centro, e conta com sede própria, inaugurada em julho de 2008. A equipe na qual realizo as atividades da ESF encontra-se nessa unidade, denominada de Equipe 1 (Sesquicentenária Saúde) composta de um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis Agentes comunitárias de saúde (ACS), e uma equipe de saúde bucal (ESB) com uma dentista e uma assistente de saúde bucal (ASB). Essa equipe encontra-se responsável por atender a região central do município e, portanto, atende prioritariamente a população residente nos bairros adjacentes como o Recanto do Galo, Nossa Senhora das Mercês, Eldorado, Bela Vista, Nova Mar de Espanha e Centro.

A atual administração municipal apresenta grande interesse no bom funcionamento da ESF, pois acredita que uma atenção primária de qualidade contribuirá de forma significativa para resolução de grande parte dos problemas de saúde do município. As condições clínicas mais prevalentes do município são: diabetes melitus, distúrbios mentais, doenças infecciosas e hipertensão arterial sistêmica. Após discussões com a equipe foi possível avaliar vários problemas que a unidade de saúde enfrenta tanto na parte de infraestrutura quanto nos fundamentos da atenção primária de saúde de prevenção e promoção. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi analisada como a adversidade mais relevante e prevalente da área de atuação.

## **1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

A HAS é definida como uma entidade clínica na qual o indivíduo apresenta níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 x 90 mmhg implicando em um aumento do risco cardiovascular. Esta é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (SBC; SBH; SBN, 2010)



Atualmente existe um aumento importante de sua prevalência em crianças e adolescentes, impulsionado pela obesidade e alterações de hábitos de vida (sedentarismo, tipo de alimentos) (FERREIRA; AYDOS, 2010)

O controle e diagnóstico da HAS é uma das atribuições da Saúde da Família, tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial e é ação estratégica de atuação após o Pacto em Defesa da Vida (BRASIL, 2006). A atenção primária em saúde tem o papel de realizar um acompanhamento longitudinal do usuário visando otimizar as ações de promoção, prevenção e tratamento dos indivíduos portadores de HAS (SILVA et al., 2013). Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes. Quando descontrolada esta implica em um alto número de internações com custos médico e socioeconômico elevados (GIROTTI et al., 2013)

Devido à variabilidade fisiológica da HAS, o diagnóstico dessa patologia só pode ser estabelecido depois de várias aferições, a não ser que a pressão arterial esteja em valores muito altos (> 180 x 110). A hipertensão do jaleco branco é um exemplo de que o diagnóstico de HAS necessita de várias aferições. Ela se caracteriza pelo aumento da pressão arterial (PA) > 140 x90 mmhg quando o médico afere a pressão do paciente. Quando a PA é aferida em casa os valores são menores. Em função dessa armadilha os critérios diagnósticos da hipertensão arterial devem ser rigorosamente seguidos:

- PA no consultório: média entre duas medidas da pressão arterial, em pelo menos duas consultas, com níveis iguais ou maiores que 140x90mmhg.

- Monitorização residencial (MRPA) média de aferições da PA maiores do que 130 x 85 mmhg, feitas adequadamente em um aparelho devidamente calibrado em local apropriado.

- Monitorização ambulatorial (MAPA): média das aferições automáticas. durante o período de vigília, com valores maiores que 130 x 85 mmhg; PA de 24 horas com valores maiores do que 125 x 75 mmhg e PA no sono com valores maiores que 110 x 70 mmhg.

O procedimento deve ser explicado ao paciente, orientando para que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. É importante certificar-se que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas. O braço do paciente deve ser mantido na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido. O pulso radial deve ser palpado e o manguito inflado até seu desaparecimento, para a estimativa do nível a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente. Deve-se posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmhg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmhg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmhg por segundo. O tamanho do manguito deve ter pelo menos 40% da circunferência do braço e 80 % do comprimento do braço. O cuff deve ser inflado até 20 mmhg acima da PA sistólica, estimada pelo desaparecimento do pulso radial e então desinsuflado. A PA sistólica corresponde à fase 1 de korotkoff enquanto a fase IV e V correspondem a PA diastólica (SBC; SBH; SBN, 2010).

A abordagem do paciente deve ser de forma integral, avaliando comorbidades associadas, risco cardiovascular, estilo de vida, características socioeconômicas, assim como adesão ao tratamento proposto. Diante do paciente hipertenso devemos estabelecer como meta a redução global do risco cardiovascular, e não apenas o controle dos níveis pressóricos. A HAS sem um tratamento adequado pode implicar em lesões de órgãos alvo, tais como: cardiomiopatia hipertensiva, doença cerebrovascular, nefropatia hipertensiva e retinopatia hipertensiva (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

Em 95 % dos casos, a HAS é de causa desconhecida, dita hipertensão primária. Os outros 5 % constituem o grupo de hipertensão secundária, cujas causas mais comuns são: doença parenquimatosa renal, estenose de artéria renal, coarctação de aorta, Síndrome de Cushing, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, hiperparatireoidismo primário, acromegalia, etc. (SBC; SBH; SBN, 2010).

Segundo a VI Diretriz Brasileira De Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010) o estadiamento é definido da seguinte forma.

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão diastólica (mmhg)</b>
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: SBC; SBH; SBN, 2010

A avaliação laboratorial deve incluir: análise de urina, potássio, creatinina e estimativa da filtração glomerular, glicemia de jejum, colesterol total, LDL, HDL, triglicérides, ácido úrico, eletrocardiograma. Outros exames podem ser solicitados conforme as características do paciente, tais como: RX de tórax, ecocardiograma, microalbuminúria, USG- Doppler de carótida, teste ergométrico, hemoglobina glicada.

Os principais fatores de risco para eventos cardiovasculares são: tabagismo, alcoolismo, diabetes melitus, dislipidemias, sedentarismo, idade > 55 anos (homens) ou > 65 anos (mulheres) e histórico familiar.

A escolha dos anti-hipertensivos deve respeitar critérios clínicos. A opção pela monoterapia ou terapia combinada tem como objetivo a redução da morbimortalidade cardiovascular. Segundo a VI diretriz brasileira de HAS as classes de anti-hipertensivos considerados de primeira linha são: diurético tiazídico, betabloqueadores, inibidores da eca, antagonistas de angiotensina II e antagonistas de cálcio. A abordagem não medicamentosa também é fundamental para reduzir os níveis de pressão arterial média, dentre as quais se destacam: restrição de sódio, correção da obesidade, exercícios físicos, parar de fumar, e redução do consumo de bebida alcoólica (SBC; SBH; SBN, 2010).

## 2-JUSTIFICATIVA

A HAS é uma condição clínica silenciosa e crônica importante no contexto do município de Mar de Espanha. Doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, doença renal crônica, entre outros, são complicações advindas de um ineficiente controle desta patologia. A cidade apresenta 1.885 usuários cadastrados segundo o último levantamento realizado no ano de 2013. O número de internações por causas cardiovasculares no ano de 2013 foi de 1.464, sendo o segundo motivo mais prevalente de internações, ficando atrás das doenças respiratórias que apresentou 2.488 casos. Porém, é importante destacar que a maior causa de morbimortalidade no município foi em decorrência de causas cardiovasculares. Apesar da criação do Hiperdia com um horário exclusivo para atendimento de hipertensos e diabéticos, da disponibilidade de medicamentos e do interesse da equipe na resolução do problema, a adesão ao tratamento ainda é insuficiente.

O alto número de pacientes hipertensos e a baixa adesão ao plano terapêutico podem ser justificados pelos seguintes motivos:

- Nível social: baixo nível de conhecimento sobre o problema, alto índice de analfabetismo.
- Nível programático: espaço físico da unidade insuficiente (não há salas para reunião de grupos), carência de materiais (não há aparelho de ECG na unidade), falta de protocolo como linha guia para os profissionais, falta de prontuário eletrônico para melhor organização dos mesmos, não há grupos operativos para hipertensos.
- Nível individual: estilo de vida incompatível com o tratamento (sedentarismo, tabagismo e má alimentação), evolução assintomática da doença.

Sabendo dessas condições, a equipe 1 (Sesquicentenária Saúde), apontou a HAS como uma questão crítica a ser abordada, por meio da implementação de ações que melhorem a adesão ao tratamento. É necessário um espaço físico para a realização de reuniões programáticas estimulando a adesão ao tratamento e orientando sobre os perigos da HAS. A gestão já se prontificou em disponibilizar a instalação de ECG na unidade e de prontuários eletrônicos para janeiro de 2015.

Para melhor organizar o atendimento e as condutas preconiza-se a adoção de um protocolo para seguimento baseado na linha guia de saúde do adulto.

## **3-Objetivo**

### **3.1 Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção com vistas a sistematizar o atendimento de pacientes hipertensos a fim de uma melhor adesão ao tratamento da população adscrita na área de atuação da equipe sesquicentenária de saúde do município de Mar de Espanha

### **3.2 Objetivos específicos**

- Implementar um protocolo como linha guia para os profissionais da equipe,
- Organizar o prontuário com estratificação segundo risco cardiovascular
- Realizar busca ativa dos pacientes hipertensos sub diagnosticados e faltosos
- Criar um grupo operativo para esclarecimento de dúvidas e estimular a adesão ao tratamento

## 4-Metodologia

Para este projeto foi utilizado o diagnóstico situacional, incluindo a reunião com a equipe da ESF do município de Mar de Espanha e entrevistas com usuários, líderes comunitários e comerciantes realizadas pelas ACS para atualização de dados, considerando-se que realizar um diagnóstico situacional da área de atuação a partir de um método de estimativa rápida possibilita colher em um curto período de tempo e sem muitos gastos, informações sobre vários problemas do dia a dia do município. A estimativa rápida capta informações de informantes-chaves através de entrevistas; registros escritos ou fontes secundárias e através da observação ativa da área.

Foi realizada uma revisão literária com base nos descritores: “hipertensão”, “atenção básica”, e “adesão” no banco de dados do BIREME, Medline, LILACS e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010) também foi consultada como referencial teórico para o estudo. Os textos foram avaliados quanto à relevância para os objetivos propostos.

O planejamento estratégico situacional – PES, proposto por Matus (1993), apresenta uma sequência lógica de atividades, de forma dinâmica e permanente. O momento explicativo é o primeiro passo. Ele propõe um levantamento de dados iniciais da área, identificando e priorizando os problemas. O segundo passo do processo denominado momento normativo propõe solução para o enfrentamento dos problemas prioritários. O terceiro passo, do momento estratégico analisa a viabilidade dessas soluções e as estratégias que serão utilizadas para se chegar ao objetivo. E por último, o momento tático-operacional refere-se à execução da ação.

Matus (1993) afirma que deve haver um equilíbrio entre três aspectos fundamentais para viabilizar um planejamento estratégico situacional (projeto governamental, governabilidade e capacidade de governo). O projeto de governo é correspondente ao plano que a equipe deve adotar para atingir seus objetivos. Já a governabilidade diz respeito à capacidade de controle da equipe sobre as variáveis para se atingir as metas traçadas. Finalmente, e igualmente importante, a capacidade de governo que se refere à capacidade técnica da equipe para administrar e concluir o projeto.

## 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Depois de estabelecidos os problemas mais importantes, e apontado os nós críticos, foi elaborado um plano de ação para superá-los. Foi elaborada uma operação para superação de cada nó crítico, avaliando-se o resultado esperado, o produto e os recursos necessários para viabilizá-la. O quadro 1 apresenta o desenho das operações.

Quadro 1: Desenho da operação para superação de cada nó crítico, resultado esperado, produto e os recursos necessários.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Produto</b>	<b>Recursos necessários</b>
Nível de informação deficitário do usuário	Grupos operativos Ação educativa	Aumentar nível de informação do usuário, estímulo a mudança de hábitos de vida	Aumentar adesão ao tratamento	Cognitivo: capacidade do profissional em transmitir a informação Financeiro: recursos áudio visuais e espaço físico Político: apoio da associação de moradores
Cobertura deficitária da área (HAS subdiagnosticados, HAS faltosos)	Busca ativa – capacitar agentes de saúde Sistema de acolhimento	Aumentar cobertura de hipertensos da área	Cobertura de todos usuários Capacitar ACS	Organizacional: organizar equipe Cognitivo: aprendizado de ACS
Condutas divergentes Não estabelecimento de metas	Adoção de protocolo como Linha guia	Padronizar atendimento, organizar equipe, atendimento centrado na equipe	Organização do trabalho da equipe no atendimento ao HAS	Organizacional: aprovação da equipe Financeiro: panfletos, cartazes com fluxograma Político: aprovação do coordenador da



				APS e da secretaria de saúde
Prontuários incompletos sem estratificação do risco cardiovascular	Prontuário eletrônico e estratificação segundo risco cardiovascular	Organização de dados para reduzir perda de informações	Acompanhamento adequado Organização das prioridades das visitas ao HAS segundo risco cardiovascular	Financeiro: prontuário eletrônico e fichários Organizacional: participação da equipe

Fonte: Guilherme Randolpho Toledo, 2015

Estabelecidas as operações para o enfrentamento dos problemas, foi avaliada a disponibilidade dos recursos críticos necessários em cada momento, sendo estes os fundamentais para cada situação que, porém, não estão disponíveis. Por isso, é importante que se estabeleça uma estratégia para viabilizá-los. Estes recursos críticos, são expostos no quadro 2.

Quadro 2: Recursos críticos necessários para o enfrentamento dos problemas

<b>Operação</b>	<b>Recursos críticos</b>
Grupos operativos Ação educativa	Financeiro: recursos áudio visuais e espaço físico Político: associação de moradores
Busca ativa – capacitar agentes de saúde Sistema de acolhimento	Cognitivo: aprendizado de ACS
Adoção de protocolo como Linha guia	Organizacional: aprovação da equipe Financeiro: panfletos, cartazes com fluxograma Político: aprovação do coordenador da APS e da secretaria de saúde
Prontuário eletrônico e estratificação segundo risco cardiovascular	Financeiro: prontuário eletrônico e fichários

Fonte: Guilherme Randolpho Toledo, 2015

O passo seguinte desse processo foi a análise da viabilidade do plano, que corresponde à avaliação dos atores que controlam os recursos críticos associado a sua motivação para a execução do projeto. Nesse momento é importante se destacar a elaboração de uma ação estratégica para mobilizar o ator, caso necessário, para que se torne favorável ao plano. Os atores com seus respectivos interesses no projeto são apresentados no quadro 3.

Quadro 3: Atores com seus respectivos interesses no projeto

<b>Operação</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Quem controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação estratégica</b>
Grupos operativos Ação educativa	Financeiro: recursos áudio visuais e espaço físico Político: associação de moradores	Secretaria municipal de saúde Associação de moradores Equipe de saúde	Favorável Indiferente Favorável	Apresentar projeto para equipe e secretaria de saúde Aprovação da associação de moradores
Busca ativa – capacitar agentes de saúde Sistema de acolhimento	Cognitivo: aprendizado de ACS	Equipe de saúde	Favorável	Organizar agenda para educação continuada dos agentes
Adoção de protocolo como Linha guia	Organizacional: aprovação da equipe Financeiro: panfletos, cartazes com fluxograma Político: aprovação do coordenador da APS e da secretaria de saúde	Secretaria municipal de saúde Coordenador da atenção primária de saúde	Favorável Favorável	Apresentar projeto para equipe e secretaria de saúde
Prontuário	Financeiro:	Secretaria	Favorável	Apresentar

eletrônico e estratificação segundo risco cardiovascular	prontuário eletrônico e fichários	municipal de saúde Coordenador da atenção primária de saúde	Favorável	projeto para equipe e secretaria de saúde.
---	---	---	-----------	---

Fonte: Guilherme Randolpho Toledo, 2015

A seguir foi elaborado o plano operativo, definindo os atores de cada etapa e o prazo para execução das operações. O quadro 4 a seguir estabelece o prazo para cada etapa entrar em vigor.

Quadro 4: Prazo para cada etapa entrar em vigor.

<b>Operação</b>	<b>Resultado</b>	<b>Produto</b>	<b>Ação estratégica</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Grupos operativos Ação educativa	Aumentar nível de informação do usuário, estímulo a mudança de hábitos de vida	Aumentar adesão ao tratamento	Apresentar projeto para equipe e secretaria de saúde Aprovação da associação de moradores	Guilherme	Apresentar projeto: 1 mês  Elaborar dinâmica de grupo: 2 meses
Busca ativa – capacitar agentes de saúde Sistema de acolhimento	Aumentar cobertura de hipertensos da área	Cobertura de todos os usuários Capacitar ACS	Organizar agenda para educação continuada dos agentes	Guilherme	Organizar agenda: 1 mês
Adoção de protocolo como Linha guia	Padronizar atendimento, organizar equipe,	Organização do trabalho da equipe no atendimento ao	Apresentar projeto para equipe e	Guilherme	Revisão de literatura e adoção de protocolo: 4

	atendimento centrado na equipe	HAS	secretaria de saúde		meses
Prontuário eletrônico e estratificação segundo risco cardiovascular	Organização de dados para reduzir perda de informações	Acompanhamento adequado Organização das prioridades das visitas ao HAS segundo risco cardiovascular	Apresentar projeto para equipe e secretaria de saúde	Guilherme	Organizar prontuário e classificar paciente segundo risco cardiovascular : 4 meses

Fonte: Guilherme Randolpho Toledo, 2015

Finalizando o projeto, foi elaborado o modelo de gestão do plano de ação, discutindo e definindo o processo de acompanhamento do plano com seus respectivos instrumentos:

**A. Criação de grupos operativos:** tem como intuito a realização de reuniões de caráter quinzenal com palestras dos profissionais de saúde usando recursos áudio-visuais. Os temas a serem abordados serão diversificados com a abordagem de questões fundamentais, tais como: importância da atenção primária no acompanhamento dos pacientes hipertensos, fisiopatologia e complicações da doença, alimentação saudável, atividade física e problemas da auto-medicação.

**B. Busca ativa de pacientes faltosos:** Outro ponto importante é referente a busca ativa de pacientes faltosos e previamente agendados no Hiperdia.

**C. Realização de reuniões de caráter mensal com as agentes de saúde:** Com o objetivo de explicar sobre as doenças, fatores de risco, complicações da HAS, estímulos a hábitos de vida saudável.

**D. Programa de Acolhimento:** O sistema de acolhimento poderá ser realizado por qualquer profissional de saúde.

**E. Reunião de sala de espera:** Será realizada com base em uma escala previamente definida.

**F. Padronização nas condutas:** É de fundamental importância que se adote uma padronização nas condutas com base no seguimento da linha guia de saúde do adulto. Conforme estabelecido pela secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais de 2013, os procedimentos a serem realizados são:

- Realização de no mínimo 01 consulta médica para cada hipertenso ao ano.
- Realização de no mínimo 01 consulta de enfermagem para cada hipertenso ao ano.
- Os pacientes devem participar de no mínimo 02 reuniões nos grupos operativos.
- Os hipertensos devem realizar no mínimo 01 ECG a cada 03 anos.
- A periodicidade de solicitação dos exames será realizada de acordo com o risco cardiovascular do paciente.

**G. Instalação do prontuário eletrônico:** prevista para janeiro de 2015, possibilitará a organização dos dados segundo risco cardiovascular com base no Escore de Framingham classificando o paciente em baixo, médio e alto risco cardiovascular, permitindo uma organização melhor quanto à equidade de visitas domiciliares, consultas e periodicidade dos exames a serem solicitados.

Avalia-se a possibilidade do trabalho no intervalo de seis meses após início do projeto com objetivo de avaliar resultados, e corrigir eventuais falhas.

## **6- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesse projeto foram apontados os problemas principais que interferem na otimização do tratamento dos pacientes hipertensos na área de abrangência da equipe sesquicentenária de saúde do município de Mar de Espanha. A participação no Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da família contribuiu para uma organização do processo de trabalho mais qualificada e consequente elaboração do plano de ação.

A HAS é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. O plano de ação proposto nesse trabalho tem como objetivo estimular ao aumento da adesão ao tratamento do paciente hipertenso e conseqüentemente reduzir o número de complicações advindas de um inadequado acompanhamento do mesmo na unidade básica de saúde. A Estratégia de Saúde da Família propõe uma abordagem preventiva e de promoção a saúde abordando o paciente de forma integral

As ações propostas em cada “nó crítico” necessitam da cooperação de todos os membros da equipe de saúde assim como apoio da gestão local para a realização do projeto.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. O DATASUS. 2010. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acesso em 28/12/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação SIAB. 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id\\_area=743](http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743). Acesso em 28/12/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - HIPERDIA. 2008. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Acesso em 28/12/2014

CAMPOS, F C C de ; FARIA, H P de; SANTOS, M A dos . 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. 110p.

FERREIRA, J. S. e AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.1, pp. 97-104.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M. de; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.6, pp. 1763-1772.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 04/01/2015

MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: Editora IPEA, 1993

PAULA, E.A DE; PAULA, R. B DE; COSTA D.M.N. DA; COLUGNATI F.A. B; PAIVA, E.P de. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.3 Ribeirão Preto jun. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Atenção à Saúde do Adulto Linha-Guia Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte, 2013. 204 p

SILVA, C. S. et al. Controle pressórico e adesão/vinculo em hipertensos usuários da Atenção Primária a Saúde. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2013, vol.47, n.3, pp. 584-590.

Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. Arq Bras Cardiol, 95. 2010.