

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

VICENTE JAVIER HERNÁNDEZ BERMÚDEZ

UM PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL, NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA ERMIDA II, DIVINÓPOLIS/MG.

VICENTE JAVIER HERNÁNDEZ BERMÚDEZ

UM PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL, NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA ERMIDA II, DIVINÓPOLIS/MG.

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

Orientador: Profa. Fernanda Piana Santos Lima de
Oliveira

Bom Despacho/Minas Gerais.
2016

VICENTE JAVIER HERNÁNDEZ BERMÚDEZ

UM PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL, NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA ERMIDA II, DIVINÓPOLIS/MG.

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (Orientador)

Examinador 2 – Profa.Ms. Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que lutam pelo controle da hipertensão arterial, pela redução de seus agravos e por uma vida mais saudável para o mundo.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é hoje uma epidemia dentro das doenças crônicas, atingindo populações no mundo inteiro com uma frequência muito alta. A hipertensão arterial sistêmica e suas complicações reduzem a qualidade de vida dos afetados, pois as pessoas que possuem essa doença, com pouco ou nenhum controle, tem risco maior de cardiopatia isquêmica, retinopatia hipertensiva, acidentes vasculares encefálicos (AVC), de insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, aneurismas e, da até pouco conhecida, insuficiência arterial crônica. Na Estratégia de Saúde da Família Ermida II foram diagnosticados altos índices de hipertensos descontrolados evoluindo para as complicações já citadas. Tornou-se necessário construir um plano de ação que permita prolongar a qualidade de vida desta população além de ensiná-la a prevenir a doença ou, pelo menos, controlá-la. Foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados LILACS e SciELO e o plano de ação proposto e desenvolvido priorizou ações de informação para população geral e hipertensa sobre fatores de risco modificáveis como o sedentarismo, a obesidade, o mau hábito de fumar, o consumo em excesso de bebidas alcoólicas, consumo indevido de medicação e automedicação, controle de outras doenças envolvidas como a Diabetes Mellitus e ainda, ações de individualização dos protocolos de atuação e encaminhamento oportuno dos casos refratários. A integração de atividade no plano comunitário, a educação em saúde, em conjunto com a equipe mostrou melhora nos índices de controle e adesão terapêutica dos pacientes afetados e gerando conhecimentos úteis na população.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Fatores de Risco. Qualidade de Vida. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Arterial hypertension, nowadays is becoming an epidemic in all the world, and due to itself and its complications reduce a life quality in people who are suffering it. People with uncontrolled or not well controlled arterial hypertension have and increase risk of developing ischemic coronaries heart disease, retinopathy, chronic heart failure and chronic renal failure, cerebrovascular accidents and at not well known peripheral chronic artery disease. In our work area in Ermida II are a lot of people suffering for arterial hypertension and a lot of them are in way to deliver the complications pointed out, that's why our team work made an strategic with the proposition of increase of the level of knowledge of all our populations, sick, not sick and with the aim of increase the controlled number of the people affected. A revision of bibliography in LILACS e SciELO was made and some risk factors were found, obesity, sedentary life style, smoking, drinking alcohol, antinflammatory and steroidal drugs, genetic history, the lack responsibility in the treatment orientations guide with abandon or alterations in dosage, auto medication, the control of illness like Diabetes Mellitus was considered important. Some actions were pointed out to do, among them educative promotions of a healthy life style with the practice of physical activity, avoid smoking, avoid abuse of drinking, avoid of auto medication a campaign for healthy alimentation and for increase of level of information of our population with arterial hypertension and general population about it, a work of the health team with the individualization of the guide of treatment according with every patient was made and some patient with refractory response were availed for other team of specialist doctors in order to help them in their control, at the end of the work better result in general knowledge about health education were obtained.

Key words: Arterial Hypertension. Health Education. Life Quality. Risk Factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo geral.....	11
3.2 Objetivos específicos.....	11
4 METODOLOGÍA	12
5 REVISÃO DE LITERATURA	13
6 PLANO DE AÇÃO	17
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

O município Divinópolis, localizado no centro oeste do estado de Minas Gerais, possui uma área de 716 km², que só equivale a 0,12 % do tamanho deste estado. A área urbana é de 192 km². O município limita-se ao norte com Nova Serrana e Perdigoão; ao sul com Cláudio; a leste com São Gonçalo de Pará e Carmo do Cajurú; ao oeste com São Sebastião do oeste e Santo Antonio do Monte. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,764 um dos melhores do Brasil. Principais Atividades Econômicas são a produção agrícola, a indústria têxtil, a siderúrgica e a pecuária (IBGE, 2010).

Segundo o IBGE (2010) a população do município nessa data era de 213.076 pessoas, 103.888 do sexo masculino e 109.188 do sexo feminino, com predomínio da população urbana de 205.573 (96.48%) e a rural 7.503 (3,52%).

O Sistema Local de Saúde possui um Conselho Municipal de Saúde constituído com 50% usuários; 25% trabalhadores de saúde; 25% prestadores de serviço. As reuniões são mensais e sempre na penúltima quarta-feira do mês. O Fundo Municipal de Saúde tem seus recursos provenientes da União (41%), do Estado (14%) e do município (45%). Sendo o orçamento destinado à saúde distribuídos da seguinte forma: 18% dos recursos são gastos com Atenção Primária; 64% gastos com a média e alta complexidade.(Brasil,1990)

O Programa Saúde da Família foi implantado em 1996, a primeira equipe foi na zona rural. Equipe atípica com médico, enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, psicóloga, dentista e auxiliar de consultório dentário (ACD), sem agente comunitário de saúde (ACS). Em 1998 ampliou para mais três equipes, sendo uma na zona rural e duas na zona urbana na periferia do município, composta por equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, 4 ACS, dentista e ACD). Os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas foram selecionados por concurso público, os demais foram contratados. Este processo de implantação foi realizado em parceria com a comunidade por meio de reuniões com os Conselhos de Saúde Distrital, Local e Municipal com o objetivo de explicar a nova forma de atendimento centrada na prevenção de doenças, promoção da saúde sem prejuízo da resolução dos problemas já existentes. Hoje o município possui 23 equipes de ESF, apenas 4 não têm equipe de saúde bucal e ainda 2 ACS. A cobertura atual é de 37% da população (MINAS GERAIS, 2015).

Na área de abrangência da ESF Ermida II estima-se que a população total seja de 8.000 usuários. A área envolve Belo Vale-Rancho Alegre, Ermida I e Ermida II que, por sua vez, possui as áreas de Jardim Primavera e Santa Cruz, com cadastro atual, segundo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de 5.072 usuários.

Segundo os dados de cadastro, alimentados com os resultados das consultas da equipe e demais atividades, a hipertensão arterial é o problema de saúde que mais demanda assistência, com 180 pacientes que corresponde a 17.44% da população.

No diagnóstico situacional realizado em setembro de 2014 foram identificados muitos problemas: alto número de hipertensos com pressão arterial não controlada, alto número de pacientes consumindo benzodiazepínicos, alto número de diabéticos não controlados, demora no atendimento secundário, nos exames de moderada e alta complexidade e nas consultas especializadas.

Eles são resultados de um conjunto de procedimentos para a obtenção de dados que o método da Estimativa Rápida utiliza. Em resumo, se revisou o registro de dados do SIAB, os consumos de remédios segundo registro na farmácia, a observação ativa da equipe e as informações coletadas pela equipe com informantes-chaves da comunidade.

O problema da hipertensão arterial não controlada, por sua complexidade, sua magnitude, sua influência em mortalidade geral e diminuição da qualidade de vida da população foi o priorizado. Um plano de ação será desenvolvido para melhorar essa situação.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão Arterial é a mais comum das doenças crônicas no mundo inteiro, com prevalências muito altas e grande risco para a saúde apresentando complicações como a cardiopatia isquêmica, os Acidentes Vasculares Encefálicos (AVC), a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal crônica, os aneurismas e, a até pouco conhecida, insuficiência arterial crônica. Todas essas patologias atrapalham a qualidade de vida dos hipertensos ou adiantam o caminho à morte (CARVALHO *et al.*, 2013).

Os problemas antes mencionados em relação à hipertensão arterial estão apresentados em grande número na nossa comunidade Ermida II, com altos índices de hipertensos descontrolados evoluindo para as complicações já citadas. Por isso é necessário construir uma estratégia que permita prolongar a vida com qualidade e ensinar como prevenir a doença, ou pelo menos, como controlá-la caso de presente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar uma proposta de intervenção para melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica da população adulta hipertensa da Equipe Básica de Saúde da Família Ermida II do Município Divinópolis, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco modificáveis envolvidos na falta de controle da hipertensão arterial na área de abrangência;
- Aumentar o grau de informação da população em geral e da própria população hipertensa sobre a doença;
- Incentivar a população a adotar estilos de vida mais saudáveis.

4 METODOLOGIA

O método da Estimativa Rápida utilizado na coleta dos dados citado por Campos; Farias; Santos, (2010) foi a ferramenta que nos permitiu obter os principais problemas. Para a elaboração do projeto de intervenção foi aplicado os passos padronizados pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Foi necessário realizar uma levantamento bibliográfico online por meio do acesso a Biblioteca Virtual Em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) de onde se conseguiu muitas informações sobre os fatores de risco da hipertensão arterial, propostas de modificação dos mesmos e protocolos individuais de tratamento atualizados.

Como critério de inclusão foi utilizado os artigos publicados no Brasil em língua oficial portuguesa no período de 2004-2014. Foram utilizados os descritores: hipertensão arterial, fatores de risco, qualidade de vida, educação em saúde.

Um plano de ação foi desenvolvido de acordo com o principal problema levantado no diagnóstico situacional realizado em setembro de 2014. O conjunto das ações será avaliado antes e depois da intervenção visando o aumento da informação sobre hipertensão, vida saudável e aumento do controle dos hipertensos já conhecidos.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HSA) é definida, de modo convencional, como uma pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg; essa definição serve para caracterizar um grupo de pacientes que correm risco de doenças cardiovasculares relacionada com a pressão arterial alta o suficiente para merecer atenção médica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma morbidade quando a pressão arterial (PA) atinge níveis a partir de 140/90 mmHg. As complicações cardiovasculares decorrentes a ela são as principais causas de morte no Brasil. A hipertensão no Brasil hoje é um problema muito sério com uma prevalência aproximada do 20%, estando entre um-50-60% da população com 60 anos e mais. Hoje apenas 50% dos hipertensos esperados tem diagnóstico, destes só a metade recebe tratamento e apenas 25% tem sua pressão arterial adequadamente controlada. Além disso, os dados da literatura indicam que 25% dos pacientes com HAS não aderem ao tratamento (GIROTTO *et al.*, 2013)

A hipertensão arterial é a mais comum das doenças crônicas e por sua vez o fator de risco mais conhecido de doença cardiovascular no mundo inteiro. Tem relacionamento com mais de 50% das mortes por doenças cardiovasculares. Estima-se, segundo a OMS, que 28-32% da população adulta é hipertensa e depois dos 60 anos as cifras atingem 50-60% da população. No Brasil as cifras de hipertensos estimam-se em 36 milhões de brasileiros adultos. O Controle da pressão arterial é crítico para a prevenção de lesão a órgãos induzida pela hipertensão, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja subdiagnosticada e, conseqüentemente, subtratada, apesar de sua alta prevalência (CIPULLO *et al.*, 2010).

A hipertensão arterial é o mais fácil e corrigível fator de risco identificado para a diminuição da doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP), nefropatia hipertensiva, retinopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico (AVC) (GOLDMAN; SCHAFER 2008).

A HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de ser considerado um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce (CARVALHO *et al.*, 2013).

A associação no mesmo paciente de HSA e Diabetes Mellitus incrementam o risco cardiovascular do paciente e compromete mais seriamente sua longa sobrevivência a menos que se consiga o controle das mesmas de forma eficiente. Estima-se um percentual de 20% da população adulta maior que 20 anos com hipertensão arterial e um percentual de 7,6% da população entre 30 a 69 anos com Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001).

Conforme o Ministério da Saúde, com o desenvolvimento da rede de atenção básica de saúde se estima que 60-80% dos diabéticos e hipertensos possam ser atendidos nela (BRASIL, 2001).

Quando o paciente é diagnosticado com a doença e quando se carecem de dados recentes do comportamento da mesma deve se obter uma história clínica completa com especial atenção ao tempo de diagnóstico, tratamentos prévios da HSA, outros fatores de risco cardiovasculares presentes no paciente, comprometimento de órgãos alvo e indícios de HSA secundária. Se possível exame de fundo do olho na consulta de avaliação e anualmente no acompanhamento, avaliação com exames laboratoriais pelo menos uma vez por ano ou em dependência do risco. Os exames como o hemograma, colesterol total e frações, triglicérides, ureia, creatinina, ácido úrico, nunca devem faltar. Ainda, se possível, exame de níveis de sódio, potássio, cloretos, sedimento urinário, ECG e outros exames deveriam ser realizados de acordo com a individualidade de cada paciente. Essa avaliação que contempla o risco cardiovascular é de suma importância para a redução de eventos cardiovasculares, prevenção e detecção precoce de lesões de órgãos-alvo (LOPES *et al.*, 2009).

De acordo com Goldman e Schafer (2008) em 90 a 95% dos pacientes não são identificados uma única causa reversível de aumento da pressão sanguínea, mas na maioria podem ser identificados comportamentos de risco (alta ingestão calórica e de sal, tabagismo, etilismo e sedentarismo), que contribuem para a ocorrência da doença.

As mudanças no estilo de vida constituem ponto fundamental no tratamento dos pacientes com HAS, que muitas vezes ignoram essas recomendações, deixando todo o peso do tratamento nas medidas farmacológicas, o que geralmente resulta na falta de controle da doença. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (2013) medidas de controle e de redução da PA são consideradas importantes. Essas medidas são referentes à: perdas de peso e da medida da circunferência abdominal, o êxito depende de mudança comportamental e da reeducação alimentar; redução do consumo de sal e de alimentos industrializados; redução do consumo de álcool; aumento da atividade física; e o estímulo à interrupção do hábito de fumar.

O tratamento farmacológico da PA tem como princípio além da redução dos níveis tensionais, a redução dos eventos cardiovasculares e consequentemente a mortalidade. Para tanto são utilizados várias classe de medicamentos isoladamente ou em associações. A sua escolha deve levar em conta a eficácia, o número de tomadas diárias e ocorrência de possíveis efeitos colaterais. As principais classes utilizadas são os diuréticos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II e betabloqueadores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Como a maioria da população brasileira dependente do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante que os profissionais da área estejam sempre atentos ao tema, esclarecendo a população sobre os comportamentos de risco modificáveis e a detecção precoce da doença com a finalidade de conseguir além do diagnóstico cedo, as mudanças necessárias no estilo de vida e no próprio enfrentamento da mesma para evitar a progressão das complicações (MINAS GERAIS, 2013).

Na literatura nacional e internacional na mudança dos estilos de vida pouco saudáveis por estilos mais saudáveis, o aumento dos conhecimentos sobre a doença e o tratamento individualizado de acordo com a condição física de cada paciente são os elementos primordiais para evitar a progressão da doença a suas complicações (DOURADO *et al.*, 2011; GIROTTO *et al.*, 2013).

Um plano terapêutico individualizado levando em consideração o histórico e as condições gerais de cada paciente além das modificações citadas, e acompanhamento periódico com avaliação de pressão arterial são essenciais no controle. O trabalho em equipe no cenário da Atenção Primária em Saúde (APS) desenvolvido em contato direto com o usuário tem mostrado ser superior ao isolado promovido em outras áreas da rede de atendimento (MANO *et al.*, 2005)

6 PLANO DE AÇÃO

Os principais problemas levantados na ESF Ermida II foram o alto número de hipertensos com pressão arterial não controlada, alto número de pacientes consumindo benzodiazepínicos, alto número de diabéticos não controlados, demora no atendimento secundário, nos exames de moderada e alta complexidade e nas consultas especializadas.

O problema da hipertensão arterial não controlada foi considerado prioritário e, portanto, foi o escolhido.

6.1 Proposta de intervenção sobre os “nós críticos”

Foram identificados três “nós críticos”:

- Hábitos e estilos de vida inadequados como tabagismo, etilismo e alimentação inadequada e sedentarismo.
- Baixo nível de informação sobre a doença, seu diagnóstico, tratamento, complicações, forma de controle, concomitância com outras condições.
- Incongruência nos protocolos de tratamento pelo pessoal médico na ESF Ermida II.

Os quadros a seguir apresentam a operação desenhada para cada “nó crítico”, os resultados e produtos esperados, os atores envolvidos, recursos, cronogramas e o acompanhamento.

Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico: hábitos e estilos de vida inadequados como tabagismo, etilismo; alimentação inadequada e sedentarismo na ESF Ermida II, Divinópolis, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, sedentarismo.
Operação	Modificar estilos de vida.
Projeto	Por uma vida saudável.
Resultados esperados	Aumento do conhecimento da comunidade hipertensa sobre saúde e a responsabilidade de cada um com a mesma, redução do número de etilistas, tabagistas, diminuição do sedentarismo, adesão a alimentação saudável.

Produtos esperados	1-Programa de Caminhada, orientada segundo condição física. 2-Criação de grupo operativo de tabagismo. 3-Criação de grupo antietilismo. 4-Oficinas sobre alimentação saudável e atividade física efetiva.
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeira, 2 ACS e o médico.
Recursos necessários	Estrutural: para organizar todas as atividades propostas Cognitivo: Conhecimento comunicacional e sobre os temas a desenvolver. Financeiro: Para a aquisição e preparação do material educativo Político: parcerias com setor educação e instituições governamentais e não governamentais da comunidade.
Recursos críticos	Financeiro (Preparação do material para todos os participantes nas atividades com informações que potenciem o desenvolvimento e aproveitamento das mesmas).
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: SEMUSA e SETOR EDUCAÇÃO Motivação: Indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto aos atores sociais sobre: Por uma Comunidade Saudável à SEMUSA e à Secretaria de Saúde.
Responsáveis	Programa de caminhadas- responsável enfermeira Grupo operativo contra tabagismo- responsável enfermeira. Grupo antietilismo –responsável médico. Oficinas sobre alimentação saudável: nutricionista.
Cronograma / Prazo	1-Programa de Caminhada, orientada segundo condição física. (Início em 2 meses) 2-Criação de grupo operativo de Tabagismo (Criação em 3 meses.) 3-Criação de grupo antietilismo (Criação em 3 meses.) 4-Oficinas sobre alimentação saudável e atividade Física efetiva. (uma por mês.) começar em 1 mês
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Em reunião da equipe toda primeira segunda feira do mês se avaliará o desenvolvimento do projeto.

Fonte: Próprio autor (2016).

Quadro 2: Operação sobre o nó crítico: baixo nível de informação sobre a doença, seu diagnóstico, tratamento, complicações, forma de controle, na ESF Ermida II, Divinópolis, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixo nível de informação sobre a doença, seu diagnóstico, tratamento, complicações, forma de controle.
Operação	Aprender para cuidar e auto cuidar-se.
Projeto	Aumentar conhecimentos da comunidade hipertensa sobre a doença. Capacitar a equipe.
Resultados esperados	População hipertensa com mais conhecimentos sobre a doença e como interagir com ela, com conhecimentos sobre tratamento farmacológico e não farmacológico, dosagem de medicação, danos à saúde das cifras elevadas de pressão arterial, com a finalidade de uma maior adesão ao tratamento visando o controle da doença e outras condições concomitantes.
Produtos esperados	1-Avaliação da comunidade em geral sobre conhecimentos sobre HAS 2-Avaliação dos conhecimentos dos hipertensos sobre sua doença. 3-Grupos Operativos sobre HAS. 4-Capacitação da Equipe sobre HAS.
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeira, médico, ACS.
Recursos necessários	Estrutural: para organizar tudo, roteiros, capacitações . Cognitivo: para conhecer sobre a doença e como levar esses conhecimentos a comunidade. Financeiro: Para aquisição de material educativo relacionado com o tema. Político: Mobilização social.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de material educativo. Político: Parceria com setor educação.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: SEMUSA . Motivação: Indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar um projeto aos atores sociais sobre aumento de informações a comunidade sobre HAS.
Responsáveis:	1-Avaliação da comunidade em geral sobre conhecimentos sobre HAS. Médico. 2-Avaliação dos conhecimentos dos hipertensos sobre sua doença. Médico, enfermeira. 3-Grupos Operativos sobre HAS .Médico.

	4-Capacitação da Equipe sobre HAS.Médico.
Cronograma / Prazo	1-Avaliação da comunidade em geral sobre conhecimentos sobre HAS. (3 meses) 2-Avaliação dos conhecimentos dos hipertensos sobre sua doença. (3 meses.) 3-Grupos Operativos sobre HAS (4 meses.) 4-Capacitação da Equipe sobre HAS. (1 mês.)
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Em reunião da equipe toda primeira segunda feira do mês se avaliará o estado e desenvolvimento do projeto.

Fonte: Próprio autor (2016).

Quadro 3- Operação sobre o nó crítico: incongruência nos protocolos de tratamento pelo pessoal médico na ESF Ermida II, Divinópolis, Minas Gerais .

Nó crítico 3	Incongruência nos protocolos de tratamento pelo pessoal médico.
Operação	Controle farmacológico da HAS
Projeto	Uso racional da medicação anti-hipertensiva.
Resultados esperados	Aplicação dos medicamentos segundo indicações.
Produtos esperados	Aumentar a 75% o número de hipertensos controlados
Atores sociais/ responsabilidades	Responsável Médico com participação da equipe toda.
Recursos necessários	Estrutural: reavaliar a comunidade hipertensa em 6 meses e acompanhar suas cifras de PA. Ação de toda a equipe. Cognitivo: conhecer os protocolos clínicos da HAS. Financeiro: Compra de produtos e medicamentos.
Recursos críticos	Financeiro: adquirir medicamentos e recursos necessários.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	SEMUSA- motivação: indiferente. Prefeitura-motivação: contra
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto aos atores sociais. Sensibilizar o prefeito da importância do projeto.
Responsáveis:	Médico, enfermeira, Técnicas de enfermagem e ACS monitorando e acompanhando população.
Cronograma / Prazo	6 em 6 meses 95-100 % de pacientes com HAS avaliados
Gestão,	Em reunião da equipe toda primeira segunda feira

acompanhamento e avaliação	do mês se avaliará o estado e desenvolvimento do projeto. Com % de pacientes avaliados e estratégias a seguir.
-----------------------------------	--

Fonte: Próprio autor (2016).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A operacionalização da proposta de trabalho anteriormente exposta a partir do desenvolvimento das ações estratégicas bem concebidas e com orientação à população hipertensa poderá em um tempo médio, proporcionar resultados de controle muito melhores que os atuais, e em longo prazo, poderá contribuir para uma vida longa e saudável para comunidade, alvo das ações.

As ações proposta são o resultado de experiências em outros cenários de ação com algumas semelhanças a particularidades da área do ESF Ermida II, e em sentido geral, leva em conta a responsabilidade de cada pessoa com sua saúde aproveitando os conhecimentos transmitidos por entidades da própria comunidade e setores como educação e saúde. É de grande vontade da equipe, poder materializar o trabalho projetado e poder acompanhar os resultados esperados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), 2010. Acesso em: 27 ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica . Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM):** protocolo/Ministério da Saúde.- Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL . Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Acesso http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/l8142.pdf em 21/08/2015.

CAMPOS F. C.; FARIA H. P. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

CARVALHO, M, V. *et al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, V. 100, n. 2, p. 164-174. 2013.

CIPULLO, J.P.*et al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 94, n. 4, Abr. 2010

DOURADO ,C.S *et al.* Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma Unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum Health Sciences.** Maringá, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

GIROTTTO,E.*et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro.v.18,n.6,jun 2013.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600008&ing=en&nrm=ISO>. Acesso em 03 sep.2014.

GOLDMAN, L.; SCHAFFER A. I. Livro Cecil Medicina Interna.24. ed. Philadelphia, 2008.

Informações dadas pelo Apoio Técnico da Diretoria de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis/MG em ago. 2015.

LOPES,A.C. *et al.* **Tratado de Clínica Médica.**2.ed.São Paulo:Roca,2009.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paulista Enfermagem.** São Paulo, v.18, n.3, jul./set. 2005

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. Atenção à saúde do adulto - **Conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes**

mellitus e doença renal crônica (no prelo).3 ed. Belo Horizonte, 2013.Disponível em:<http://canalminassaude.com.br/2013/hipertensao2013/guia_tecnico.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.DOENÇAS CRÔNICAS DEGENERATIVAS E OBESIDADE:ESTRATEGIA MUNDIAL SOBRE ALIMENTAÇÃO SAÚDAVEL, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE. BRASÍLIA, 2003.Disponível em:<http://www.who.int/hpr/gf.facts.shtml>.Acesso em: 29 ago 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento.Disponível em:<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf>. Acesso em: 28 ago 2014.