

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA CECÍLIA DIAS DE OLIVEIRA

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE APOIO
MORRO DO CRUZEIRO EM LAGOA SANTA – MINAS GERAIS -
ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO**

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2014

ANA CECÍLIA DIAS DE OLIVEIRA

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE APOIO
MORRO DO CRUZEIRO EM LAGOA SANTA – MINAS GERAIS -
ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Soraya Almeida Belisário

LAGOA SANTA –MINAS GERAIS

2014

ANA CECÍLIA DIAS DE OLIVEIRA

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE APOIO
MORRO DO CRUZEIRO EM LAGOA SANTA – MINAS GERAIS -
ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Soraya Almeida Belisário

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Soraya Almeida Belisário- orientadora

Prof^a. Dra Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de janeiro de 2014

Dedico este trabalho:

À meus pais, pelo amor incondicional, pelo apoio em todos os projetos de minha vida, por acreditarem em minha capacidade e inspirarem meus passos.

À meus irmãos, pelo carinho e exemplo de dedicação

À todos que acreditam e lutam pelo SUS

AGRADEÇO

A Deus, por mais esta rica experiência e oportunidade de aprendizado,

A minha orientadora Soraya Belisário, pela paciência, auxílio na construção deste trabalho e estímulo nos momentos difíceis,

As Equipes de Saúde da Unidade de Apoio Morro do Cruzeiro e Unidade Centro, pelo auxílio neste trabalho, pela convivência agradável e por suavizarem com bom humor nossa rotina

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Gustav Jung

RESUMO

As doenças cardiovasculares apresentam-se como a principal causa de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo. A Hipertensão Arterial Sistêmica é a doença cardiovascular mais frequente, sendo considerada o principal fator de risco para as complicações cerebrovasculares, doença cardíaca isquêmica e doença renal crônica. Tem alta prevalência e baixas taxas de controle, constituindo um grave problema de saúde pública. O acompanhamento adequado dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica é um desafio enfrentado pelos profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde. O caráter assintomático da doença atrasa e dificulta o diagnóstico e tem implicado na baixa adesão ao tratamento. Somam-se, ainda, nesse aspecto, fatores como a cronicidade da doença, a relação com a equipe de saúde, a necessidade de mudanças de hábitos de vida, baixo nível socioeconômico e efeitos colaterais dos medicamentos. Diante disto, verifica-se a necessidade de uma abordagem sistematizada e organizada do atendimento, baseando-se em diretrizes atuais. Além disso, é necessária atuação multiprofissional, com medidas individuais e coletivas visando não apenas o tratamento, mas também a prevenção, a promoção e educação em saúde. Nesse âmbito, a Estratégia de Saúde da Família apresenta-se como fundamental para a abordagem integral desse agravo. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para o acompanhamento dos pacientes hipertensos da área de abrangência da Unidade de Apoio Morro do Cruzeiro, situada no município de Lagoa Santa, Minas Gerais. Espera-se que a partir da implantação do plano, seja alcançado um controle apropriado dos pacientes hipertensos, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida.

Descritores: Hipertensão, Doenças cardiovasculares, Adesão ao tratamento, Saúde da família.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of morbidity and mortality in Brazil and worldwide. Hypertension is the most common cardiovascular disease, being considered the main risk factor for cerebrovascular complications, ischemic heart disease and chronic kidney disease. It has high prevalence and low control rates, and constitutes a serious public health problem. The appropriate follow-up of patients with hypertension is a challenge faced by professionals working in primary health care. The asymptomatic nature of the disease slows and complicates the diagnosis and has implicated in poor adherence to treatment. There are still factors in this regard as the chronicity of the disease, the relationship with the health team, the need for changes in lifestyle habits, low socioeconomic status medication side effects. On this, there is a need for a systematic and organized approach to service, based on current guidelines. In addition, there is a need for multidisciplinary action, with individual and collective measures targeting not only treatment but also prevention, promotion and health education. In this context, the Family Health Strategy is critical to the integrated approach of this interlocutory appeal. The aim of this paper is to draw up a contingency plan for the control of hypertensive patients spanning the area support unit Morro do Cruzeiro, in the municipality of Lagoa Santa, Minas Gerais. It is expected that the implementation of the plan, be achieved a proper control of hypertensive patients, providing better quality of life.

Keywords: Hypertension. Cardiovascular diseases. Adherence to treatment. Family health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	Erro! Indicador não definido.
3 OBJETIVOS.....	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

As mudanças socioeconômicas ocorridas nos últimos séculos causaram reflexos significativos no perfil de saúde mundial. Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) predominam como principais causas de morbidade e mortalidade e seu controle apresenta-se como grande desafio em todo o mundo. (BRASIL, 2006)

Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) assumem fundamental importância.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que aproximadamente 17 milhões de mortes por ano no mundo são causadas por DCV, o que corresponde a quase um terço do total (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013)

Estima-se que, até 2020, essas doenças se mantenham como principais causas de morte e incapacitação, sendo os países em desenvolvimento mais afetados por esses agravos do que os países desenvolvidos. (RAMIRES;CHAGAS *apud* JARDIM et al., 2010)

Segundo o Ministério da Saúde,

[...] a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006, p.7)

De acordo com dados da OMS, entre as DCV as complicações da HAS causam 9,4 milhões de mortes anualmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013)

O fato de se tratar de uma doença que, inicialmente, não causa sintomas clínicos expressivos na maioria dos pacientes, tem por consequência o diagnóstico dificultado.

Além disso, mesmo com o agravo diagnosticado, a ausência de sintomas contribui para baixa adesão ao tratamento.

Hábitos de vida inadequados, como sedentarismo, má alimentação e estresse provocado pelas atividades diárias relacionam-se com o desenvolvimento da doença, além dos fatores genéticos.

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, estima-se que 17 milhões de pacientes sejam portadores de HAS, ou seja, cerca de 35% da população de 40 anos e mais (BRASIL, 2006)

Assim, verifica-se a necessidade de medidas mais específicas para controle desse agravo nos atendimentos em saúde, não apenas na abordagem individual dos pacientes, mas também no âmbito coletivo com o desenvolvimento de políticas de saúde pública.

1.1 – Município de atuação

O município de Lagoa Santa integra a região metropolitana de Belo Horizonte, encontrando-se a 35 Km da capital mineira, 776 Km de Brasília, 553 km do Rio de Janeiro e 641 Km de São Paulo. Os municípios limítrofes são Confins, Jaboticatubas, Pedro Leopoldo, Santa Luzia e Vespasiano. É uma região calcária situada na Bacia Média do Rio das Velhas. A região é formada por Planaltos com relevos pouco acentuados, clima tropical e temperatura média anual de 22°C. (PREFEITURA DE LAGOA SANTA, 2010)

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui uma área de 229,267 km² e uma população de cerca 52.500 habitantes e uma concentração habitacional de 228,27 hab/ km² e o número aproximado de domicílios e famílias de 20.558 e 15.447, respectivamente. (IBGE, 2010)

O município é sede do Aeroporto Internacional Tancredo Neves, do Parque do Material Aeronáutico, além da reserva ecológica Parque do Sumidouro.

No que diz respeito aos aspectos socioeconômicos, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,783. A população é predominantemente urbana (93% da população), sendo a Renda Média Familiar por domicílios urbanos de R\$ 3740,49 e por domicílios rurais de R\$ 1949,61. Apresenta 53% dos domicílios com saneamento total adequado e 1,2% dos domicílios com saneamento total inadequado, sendo o restante considerado semi-adequado (IBGE, 2010).

Sua economia encontra-se voltada para a indústria, principalmente as indústria de construção civil e de transformação. Na agricultura, apresenta-se como importante produtor no cultivo de abacaxi, cana de açúcar, mandioca, uva, tangerina

e limão. Em relação à pecuária, as principais produções são de bovinos, codornas e equinos. (PREFEITURA DE LAGOA SANTA, 2010)

No que diz respeito aos aspectos demográficos, há, na população total, predomínio de mulheres (sexo feminino:51% ;sexo masculino:49%) , sendo o mesmo verificado na divisão por faixas etárias, com exceção das faixas de 05 a 14 anos e 15 a 19 anos. A faixa etária de 20 a 24 anos apresenta números semelhantes de homens e mulheres. A taxa de crescimento anual vem apresentando decréscimo sendo que no período entre 1980 e 1991, o município apresentou o equivalente a uma taxa de crescimento de 3,94% anual; no período de 1991 a 1996, este incremento foi de 3,27% anual e de 2000 a 2007 este incremento foi de 2,47% anual no período (IBGE, 2010).

A população residente alfabetizada é de 46.498 pessoas, o que corresponde a 88,53% da população (IBGE, 2010)

O município possui um Conselho Municipal de Saúde composto por dezesseis membros, sendo oito representantes de entidades não governamentais, quatro representantes dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e quatro representantes ligados à Administração Municipal. Apresenta 17 Equipes de Saúde da Família , duas unidades de apoio e 11 Equipes de Saúde Bucal tendo cobertura de 100% da população. Conta com o hospital Santa Casa de Lagoa Santa. (PREFEITURA DE LAGOA SANTA, 2010)

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro localiza-se em uma das principais ruas do centro da cidade, permitindo fácil acesso da população, em geral. A unidade atualmente encontra-se pouco equipada , sem recursos como glicosímetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e instrumentais e medicação para realização de atendimento em urgências/emergências.

A unidade de saúde funciona de 7:00 às 16:30. O atendimento da recepção é feito por funcionários do setor administrativo com auxílio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

A UBS Centro atende uma população de aproximadamente 3500 pessoas e contava com apenas uma Equipe de Saúde da Família (ESF) para os atendimentos. Em Maio/2013 foi formada uma nova equipe para atendimento na Unidade de Apoio (UA) Morro do Cruzeiro, a qual constitui o foco deste trabalho.

A UA Morro do Cruzeiro atende parte da área de abrangência da UBS Centro, a qual se encontra à grande distância da mesma. Apresenta uma população com predomínio de baixo nível sócio-econômico e maior dependência dos serviços fornecidos pelo SUS, caracterizando-se pela alta vulnerabilidade. Além da situação socio-econômica precária, não havia transporte público na área, o que dificultava o acesso e locomoção da população.

Dessa forma, iniciou-se o atendimento no local com o objetivo de suprir uma demanda reprimida da população, que não era devidamente acompanhada devido às dificuldades relatadas.

O atendimento é realizado no local onde anteriormente funcionava a Associação de Moradores do Bairro, o qual se encontra em péssimas condições estruturais. As salas de atendimento apresentam paredes mofadas, portas e pias estragadas. Faltam locais para realização de curativos, macas adequadas para atendimento e material para realização de exame ginecológico e pré-natal. Não há recursos como glicosímetro, nebulizador, medicações básicas e instrumentos para realização de atendimento em urgências/emergências.

Em relação ao atendimento, há predomínio da demanda espontânea sobre a demanda programada. A população não apresenta acompanhamento adequado no que diz respeito ao controle de doenças crônicas, realização de puericultura e exames ginecológicos.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS constitui hoje um importante problema de saúde pública em todo o mundo, devido à sua magnitude e possíveis consequências advindas do tratamento inadequado ou da ausência do mesmo.

Na UA Morro do Cruzeiro esta realidade não se mostra de forma diferente, uma vez que a prática cotidiana evidenciou não só uma expressiva presença de pacientes hipertensos, como também a irregularidade ou ausência de acompanhamento dos mesmos.

Assim, a partir da realização do diagnóstico situacional da área de abrangência dessa Unidade, a HAS foi considerada um problema prioritário. Tal fato motivou a proposta de elaboração de um plano de intervenção para abordagem desta questão junto à população e à Equipe de Saúde da Família.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar proposta de intervenção para o acompanhamento adequado de pacientes portadores de HAS pertencentes à área de abrangência da UA Morro do Cruzeiro.

3.2 Objetivos Específicos

Atualizar registros dos pacientes hipertensos da UA Morro do Cruzeiro

Capacitar a ESF

Organizar o processo de atendimento de acordo com as diretrizes recomendadas

Sensibilizar os pacientes em relação à importância do tratamento da HAS

Classificar os pacientes hipertensos de acordo com o risco cardiovascular

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional construído a partir da observação da área de abrangência e da dinâmica diária dos serviços da UBS, da análise de dados de Sistemas de Informação e da avaliação dos atendimentos e prontuários dos pacientes através do Método de Estimativa Rápida.

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010, p. 36),

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo.

Ainda segundo esses autores, o referido método apoia-se nos princípios de coletar somente os dados pertinentes e necessários, adquirir dados que reflitam as características locais e suas especificidades e buscar a participação da população na confecção da Estimativa Rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Foram identificadas várias deficiências relacionadas ao serviço de saúde, tais como:

- Predomínio da demanda espontânea sobre a demanda programada no atendimento
- Acompanhamento deficiente dos pacientes portadores de doenças crônicas
- Equipe de saúde incompleta
- Deficiência de estrutura da UBS
- Desorganização da Gestão/ Gerenciamento
- Altos índices de tabagismo e etilismo

Os problemas foram avaliados segundo sua importância, sua urgência e a capacidade de resolução dos mesmos. Após a análise, entre os problemas selecionados, o escolhido como prioritário, tanto pela gravidade como pela possibilidade de intervenção foi o acompanhamento deficiente dos pacientes portadores de doenças crônicas, dentre os quais se destacam os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Para o levantamento bibliográfico de sustentação teórica foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), o site de pesquisa Google

Científico, o site do *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO), publicações do Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde, o Banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o DATASUS.

Por fim, foi elaborado o Plano de Intervenção, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com Campos; Faria; Santos (2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão,

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO /SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p. 1)

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBC;SBH;SBN, 2010)

5.1 Epidemiologia

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, sendo 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC) (WILLIAMS, 2010 *apud* SBC;SBH;SBN, 2010, p. 1).

Da mesma forma, no Brasil, as doenças cardiovasculares predominam como principal causa de morte. Em 2007 ocorreram “308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório, sendo 31,4% por AVE e 30% por DIC” (WILLIAMS, 2010 *apud* SBC;SBH;SBN, 2010, p. 1).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), divulgados pelo IBGE em 2010, apontam que 59,5 milhões de brasileiros possuem pelo menos uma doença crônica, sendo a HAS citada em 14% dos casos.

Segundo as Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010), a prevalência estimada da HAS no Brasil é, na população adulta, em torno de 35%, de acordo com inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos.

Esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce. Estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras de HAS (BRASIL, 2006)

No município de Lagoa Santa, 18% das causas de óbitos registradas em 2011 estavam relacionadas a doenças cardiovasculares, configurando a principal causa de óbitos, também neste município. Desses óbitos, 34,28% ocorreram por DIC e 20% por AVC (DATASUS , 2013)

Gráfico 1 - Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no município de Lagoa Santa, em 2011



AVE - Acidente Vascular Encefálico; DIC - Doença Isquêmica do Coração;
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do DATASUS.

O documento elaborado conjuntamente pelas Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em 2010, denominado VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DBH VI) apresenta um profundo estudo sobre a HAS, sua fisiopatologia, fatores de risco e proteção, propedêutica e tratamento. O documento aponta que, dentre os fatores ligados à HAS, observa-se uma relação direta e linear da PA com a idade, chegando a prevalência a cerca de 75% na população acima de 70 anos. Existe ainda uma predominância da doença em negros em relação aos brancos. Aponta ainda, que o excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens e, na vida adulta, o incremento de 2,4 Kg/m² no índice de massa corporal acarreta maior risco de desenvolver HAS e que a ingestão excessiva

de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA, assim como tem sido demonstrado efeito hipotensor na restrição do mesmo.

No que concerne à ingestão de álcool, as DBH VI afirmam que caso a mesma ocorra por períodos prolongados de tempo, pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em contrapartida, a atividade física reduz a incidência de HAS, assim como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares.

Acredita-se que pela natureza assintomática desta doença, grande parte da população hipertensa não é diagnosticada até apresentar seu primeiro evento cardiovascular – geralmente um AVE isquêmico. Dessa forma, observa-se a importância da prevenção de agravos e da promoção de saúde.

5.2 Classificação e estratificação de risco

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. Os valores de classificação das medidas estão apresentados na tabela a seguir, extraída do documento DBH VI (SBC,SBH,SBN, 2010, p.8).

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

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
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

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Os dados presentes na Tabela 1 transmitem as informações do que se considera atualmente uma PA ótima, normal, limítrofe, hipertensão estágios 1,2 ,3 e hipertensão sistólica isolada. Essa última é definida como comportamento anormal da PA sistólica com PA diastólica normal.

O Ministério da Saúde apresenta classificação com ligeiras modificações, sendo que os valores de PA ótima são classificados como normal e PA entre ótima e hipertensão estágio 1 classificados como pré-hipertensão. A classificação de hipertensão estágio 3 não é considerada, sendo os valores correspondentes classificados também como hipertensão estágio 2 (BRASIL, 2006)

A hipertensão sistólica isolada e a pressão de pulso são fatores de risco importantes para doença cardiovascular em pacientes de meia idade e idosos. (SBC;SBH;SBN, 2010)

O diagnóstico exige cautela, tanto pelo risco de um caso falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Dessa forma, deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões (BRASIL, 2006)

Uma vez realizado o diagnóstico, deve-se proceder com a realização de uma avaliação clínica e laboratorial detalhada, tendo por objetivo identificar fatores de risco cardiovasculares, pesquisar lesões em órgãos-alvo, pesquisar comorbidades, estratificar o risco cardiovascular global e avaliar indícios de hipertensão arterial secundária (SBC;SBH;SBN, 2010)

Além da classificação da HAS, a estratificação do risco cardiovascular é um componente fundamental para a abordagem desse agravo.

Segundo o Ministério da Saúde,

A intensidade das intervenções preventivas deve ser determinada pelo grau de risco cardiovascular estimado para cada indivíduo e não pelo valor de um determinado fator. Em termos práticos, costuma-se classificar os indivíduos em três níveis de risco - baixo, moderado e alto - para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores (BRASIL, 2006, p. 16)

A determinação do risco cardiovascular deve ser individualizada e para que seja estimada de forma mais precisa pode-se utilizar escores de predição.

Porém, de acordo com o Ministério da Saúde, não foram desenvolvidos escores para estratificação de risco que levem em consideração o contexto brasileiro (BRASIL, 2006).

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES – MG) recomenda a utilização da escala de risco de Framingham revisada (MINAS GERAIS, 2013)

A escala de risco cardiovascular de Framingham foi desenvolvida com base em um grande estudo populacional de coorte, chamado Estudo de Framingham, iniciado em 1948 na cidade de Framingham, Massachusetts, sob direção do National Heart Institute. O objetivo do estudo foi identificar os fatores que contribuíam para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, pouco conhecidos até então. Os resultados das observações permitiram a identificação dos principais fatores de risco cardiovascular hoje conhecidos. (Framingham Heart Study, 2006)

O escore de Framingham revisado utiliza os seguintes preditores: idade, sexo, colesterol total e HDL, diabetes, tabagismo, pressão arterial sistólica tratada e não-tratada. A partir deste instrumento, os indivíduos são classificados em risco de desenvolver, em 10 anos, um evento cardiovascular como: morte decorrente de agravo cardiovascular, IAM, insuficiência coronariana, angina, AVE isquêmico e hemorrágico, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica e insuficiência cardíaca (MINAS GERAIS, 2013)

5.3 – Tratamento

O tratamento é constituído por medidas não farmacológicas isoladas ou associadas a medicações anti-hipertensivas, sendo seu principal objetivo a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso.(BRASIL, 2006)

As mudanças no estilo de vida são fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL,2006, p.7).

A tabela 2, retirada das DBH VI, apresenta sugestões de modificações, suas recomendações e benefícios. (SBC;SBH;SBN, 2010)

Tabela 2 - Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica*

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS*
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (Índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m)	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2 g (5 g de sal/dia) = no máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3 g + 2 g de sal dos próprios alimentos	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento	4 a 9 mmHg

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010

Segundo dados da tabela 2, mudanças como realização regular de atividade física e redução no consumo de sal podem levar a redução de cerca 4 a 9 mmHg da PAS, e em caso de perda de 10 Kg de peso, pode-se reduzir a PAS em até 20 mmHg, o que demonstra a importância das mudanças de hábitos de vida.

Em relação ao tratamento farmacológico, os agentes anti-hipertensivos têm a função não apenas de reduzir os níveis tensionais, mas também diminuir a

ocorrência dos eventos cardiovasculares fatais. Sua ação terapêutica ocorre através da interferência em diferentes aspectos da fisiopatologia da doença. As principais classes de anti-hipertensivos utilizadas são: Diuréticos, Inibidores adrenérgicos, Vasodilatadores diretos, Antagonistas do sistema renina-angiotensina, Bloqueadores dos canais de cálcio, Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II, Inibidor direto da renina (BRASIL, 2006)

Alguns princípios gerais norteiam o estabelecimento do tratamento como a eficácia da medicação anti-hipertensiva por via oral, sua tolerância e administração poucas vezes ao dia. Deve-se iniciar com as menores doses efetivas com aumento gradativo, aguardando pelo menos quatro semanas, para aumento da dose ou substituição dos fármacos, salvo em casos específicos. Pode-se considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes com hipertensão em estágios 2 ou mais (BRASIL, 2006).

O tratamento deve ser particularizado, levando em consideração as condições socioeconômicas do paciente e o grau de instrução. É fundamental explicar a respeito do caráter crônico da doença e necessidade de tratamento contínuo, assim como dos possíveis efeitos adversos provocados pelas medicações (BRASIL, 2006).

5.4 - Adesão ao Tratamento

A taxa de hipertensos sob controle apresenta-se insatisfatória em todo o mundo. Um estudo brasileiro revelou que, em indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham PA controlada. (MINAS GERAIS, 2009)

Um dos principais desafios para o controle adequado da HAS é a baixa adesão dos pacientes ao tratamento.

Fatores relacionados aos pacientes como a falta de conhecimento sobre a doença, baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças errôneas adquiridas são citados pelas DBH VI, como determinantes de não adesão ao tratamento. (SBC;SBH;SBN,2010)

Acrescenta-se ainda a negligência do tratamento decorrente do curso inicialmente assintomático e o caráter crônico da patologia. Os pacientes se reconhecem efetivamente doentes, apenas quando as alterações passam a afetar a qualidade de vida e impedem a realização das atividades habituais.

Observa-se também que pacientes com pouca instrução tem menos conhecimento de como prevenir as doenças e, portanto, menor baixa adesão às mudanças de hábitos de vida e ao tratamento farmacológico (SBC; SBH; SBN, 2010).

Deve-se levar em consideração também a ocorrência de efeitos indesejáveis das medicações e a interferência na qualidade de vida após início do tratamento.

Fatores relacionados aos serviços de saúde também podem interferir na adesão ao tratamento. O relacionamento inadequado com a equipe de saúde, tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço são pontos observados. (SBC;SBH;SBN, 2010)

5.5 - Abordagem na Atenção Básica

Diante da complexidade do processo de acompanhamento e controle da HAS, verifica-se a necessidade de uma abordagem sistematizada e organizada do atendimento, baseando-se em diretrizes atualizadas de Atenção à Saúde.

Além disso, é necessária atuação de uma equipe de saúde multiprofissional, que utilize estratégias individuais e coletivas visando não apenas o tratamento, mas também a prevenção, a promoção e educação em saúde, sobretudo na Atenção Básica. Nesse âmbito, o Programa de Saúde da Família(PSF) apresenta-se como fundamental para a abordagem integral do referido agravo, visto que o processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade, levando em consideração as peculiaridades da população atendida (BRASIL, 2006)

A equipe mínima de Saúde da Família é constituída por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, devendo atuar, de forma integrada, com competências bem definidas (BRASIL, 2006)

Os ACS constituem eixo fundamental de ligação entre os domicílios e a Unidade de Saúde, representando a principal diferença entre a atuação do PSF e da atividade usual da UBS, nos seus moldes de atuação tradicional (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007)

A participação ativa de profissionais como nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico, fisioterapeuta, farmacêutico e terapeuta ocupacional no cuidado dos pacientes também auxilia e facilita a abordagem de diferentes aspectos da doença.

Para o Ministério da Saúde, as principais ações da equipe multiprofissional são:

- Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo);
- Treinamento de profissionais;
- Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado;
- Ações assistenciais individuais e em grupo;
- Gerenciamento do programa. (BRASIL, 2006, p.24)

Outro aspecto prioritário diz respeito à organização do processo de trabalho da ESF.

De acordo com a SES-MG, o estabelecimento de uma atenção programada permite maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis, além de propiciar maior adesão ao tratamento (MINAS GERAIS, 2013)

Ainda segundo a SES/MG, os parâmetros assistenciais para os hipertensos seguem-se nos quadros abaixo:

Quadro 1- Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e procedimento, na atenção primária à saúde

Procedimento previsto	Estratificação dos usuários		
	Baixo risco cardiovascular global (40% dos usuários)	Moderado risco cardiovascular global (35% dos usuários)	Alto risco cardiovascular global (25% dos usuários)
Consulta médica	2 consultas/ano	3 consultas/ano	3 consultas/ano
Consulta de enfermagem	2 consultas/ano	4 consultas/ano	2 consultas/ano
Grupo Operativo	4 atividades/ano	4 atividades/ano	4 atividades/ano
Visita domiciliar pelo ACS	12 visitas/ano	12 visitas/ano	12 visitas/ano
Eletrocardiograma	1 a cada 3 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Fundoscopia	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Raio X de tórax	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

Quadro 2 - Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e exame laboratorial, na atenção primária à saúde

Procedimento previsto	Estratificação dos usuários		
	Baixo risco cardiovascular global (40% dos usuários)	Moderado risco cardiovascular global (35% dos usuários)	Alto risco cardiovascular global (25% dos usuários)
Glicemia de jejum	1 a cada 3 anos	1 a cada 2 anos	1 a cada ano
Creatinina	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Potássio	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol total	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol frações	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Triglicérides	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Urina rotina	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Microalbuminúria	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Hemoglobina ou hematócrito	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

Os quadros apresentam as recomendações do número de consultas médicas e de enfermagem, procedimentos e exames laboratoriais de rotina, de acordo com a classificação de risco cardiovascular do paciente. Através da utilização desses parâmetros busca-se prevenir complicações e evitar ocorrência de agudizações da doença.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Segundo Matus (1989), “[...] planejar é como preparar-se para a ação”.. (MATUS, 1989 *apud* CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p.21)

Ainda, segundo o mesmo autor, “o plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento” e funciona como um instrumento para orientar a ação da equipe que planeja (MATUS 1989 *apud* CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p.16)

Existem diferentes modelos de planejamento. A elaboração deste plano foi baseada no Planejamento Estratégico Situacional, seguindo o referencial teórico discutido na disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais.

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo desse planejamento e permitem enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, e, conseqüentemente, com mais chances de sucesso.

Portanto, uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência realizou-se a construção do plano de ação, seguindo os passos descritos abaixo (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

6.1 Definição e priorização dos problemas

A partir da realização do Diagnóstico Situacional da área de abrangência da UA Morro do Cruzeiro foram identificadas várias deficiências relacionadas ao serviço de saúde, tais como:

- Predomínio da demanda espontânea sobre a demanda programada no atendimento
- Acompanhamento deficiente dos pacientes portadores de doenças crônicas
- Equipe de saúde incompleta
- Deficiência de estrutura da UBS
- Desorganização da Gestão/ Gerenciamento
- Altos índices de tabagismo e etilismo

Os problemas foram avaliados segundo sua importância, sua urgência e a capacidade de resolução do mesmo. Após a análise, dentre os problemas selecionados, o escolhido como prioritário, tanto pela gravidade como pela possibilidade de intervenção foi o acompanhamento deficiente dos pacientes portadores de doenças crônicas, dentre os quais se destacam os pacientes portadores de HAS.

6.2 Seleção dos nós críticos

Para enfrentar um problema, é necessário identificar suas causas, mais especificamente seus “nós críticos”. Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p.63), são causas que quando abordadas são capazes de “impactar de o problema principal e efetivamente transformá-lo”.

Dentro dessa perspectiva, os nós críticos identificados foram:

- Registros desatualizados dos hipertensos
- Falta de preparo da Equipe de Saúde da Família (ESF)
- Falta de organização para atendimento programado
- Baixa adesão dos pacientes ao tratamento
- Ausência de Classificação de Risco dos pacientes hipertensos

Dessa forma, percebe-se que o problema selecionado apresenta vários pontos passíveis de intervenção, que podem melhorar a qualidade de vida e diminuir os riscos da população.

6.3 Desenho das operações

A partir dos "nós críticos" identificados foram descritos os projetos necessários para a sua solução, assim como os resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução. Dentre os recursos necessários, citam-se os econômicos, organizacionais (referentes à estrutura física, recursos humanos, equipamentos); cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados) e de poder ou políticos.

Os dados desenvolvidos estão apresentados no quadro que se segue.

Quadro 3 – Desenho de Operações para os nós críticos

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Registros desatualizados dos hipertensos	Cadastro atual Atualização das informações de acompanhamento dos hipertensos e reorganização dos cadastros	- Todos os pacientes hipertensos pertencentes à área de abrangência cadastrados e acompanhados adequadamente - Registros atualizados regularmente	-Reorganização de cadastros e informações de acompanhamento -Atualização regular dos cadastros de pacientes hipertensos - Visitas domiciliares do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em frequência adequada -Busca ativa de pacientes hipertensos sem consultas	Organizacionais: montagem e organização de arquivos; adequação de fluxos Cognitivos: orientação e sensibilização da Equipe; capacitação do ACS Políticos: Envolvimento dos profissionais de saúde
Falta de preparo da Equipe de Saúde da Família (ESF)	Conhecer mais Orientar e capacitar a ESF sobre os cuidados prestados ao hipertenso	- Orientação e treinamento da ESF para uma assistência de qualidade ao paciente portador de HAS	- Capacitação do enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS -Definir as atribuições de cada componente da ESF para acompanhamento dos pacientes hipertensos - Atendimento de qualidade aos pacientes hipertensos	Econômicos: aquisição de recursos audiovisuais e materiais para capacitação Cognitivos: conhecimento sobre o tema; capacitação da ESF Políticos: sensibilização e apoio da Gestão; mobilização dos profissionais de saúde para capacitação.
Falta de preparo da Equipe de Saúde da	Conhecer mais Orientar e capacitar a ESF	- Orientação e treinamento da ESF para uma assistência de	- Capacitação do enfermeiro, técnico de enfermagem e	Econômicos: aquisição de recursos audiovisuais e

Família (ESF)	sobre os cuidados prestados ao hipertenso	qualidade ao paciente portador de HAS	ACS - Definir as atribuições de cada componente da ESF para acompanhamento dos pacientes hipertensos - Atendimento de qualidade aos pacientes hipertensos	materiais para capacitação Cognitivos: conhecimento sobre o tema; capacitação da ESF Políticos: sensibilização e apoio da Gestão; mobilização dos profissionais de saúde para capacitação.
Falta de organização para atendimento programado	Programar é legal Organizar a agenda de acordo com os Protocolos da Secretaria Estadual de Saúde – Programa Hiperdia Minas 2013 e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão	- Agendas organizadas - Atendimento com horário programado, realizados de forma planejada e organizada - Melhor adesão dos pacientes ao tratamento	- Marcação de consultas de acordo com a classificação de risco dos pacientes - Programação das atividades (consultas médicas, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, grupos operativos) - Controle de renovação de receitas médicas - Controle adequado dos níveis pressóricos dos pacientes - Aferição regular dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos.	Organizacionais: organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada; mudança no processo de trabalho Cognitivos: conhecimento dos Protocolos de Atendimento Políticos: apoio da Gestão; mobilização da ESF Econômicos: aquisição de agendas
Baixa adesão dos pacientes ao tratamento	Vida saudável Avaliar causas de baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e	- Detecção de causas de baixa adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento	- Revisão terapêutica em conformidade com as características individuais dos pacientes	Organizacionais: Mudança no processo de trabalho; estruturação de grupos

	<p>propor ações que propiciem maior adesão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação de tratamento individualizada - Medicamentos usados de maneira correta pelos pacientes -População mais responsável e informada sobre os riscos da HAS descontrolada - Aumento de pacientes com HAS controlada 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do nível de informação da população e adesão ao tratamento - Formação de grupos operativos - Fornecimento de Cartão de Controle do Hipertenso - Desenvolver ações educativas, de promoção à saúde e mudanças de hábitos e estilo de vida - Estabelecer junto a equipe estratégias de atendimento que possam favorecer a adesão do paciente à terapia. 	<p>operativos</p> <p>Econômicos: Aquisição de Cartões de Controle do Hipertenso; aquisição de material informativo para distribuição aos pacientes</p> <p>Políticos: Sensibilização e apoio da Gestão</p> <p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema; estratégia de comunicação, apoio da ESF</p>
<p>Ausência de Classificação de Risco dos pacientes hipertensos</p>	<p>Classificar para melhorar</p> <p>Classificar os pacientes hipertensos de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de HAS e Programa Hiperdia Minas 2013 – SES – MG</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os pacientes hipertensos da área de abrangência classificados de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de HAS e Programa Hiperdia Minas 2013 - Condutas padronizadas e processo de trabalho organizado 	<ul style="list-style-type: none"> - Classificação de risco implementada - Agendamento de consultas e realização de exames de acordo com a Classificação de Risco - Controle adequado dos níveis pressóricos dos pacientes 	<p>Organizacionais: Mudança no processo de trabalho; planejamento das ações</p> <p>Políticos: Sensibilização e apoio da Gestão; mobilização da ESF</p> <p>Cognitivos: Conhecimento das VI Diretrizes Brasileiras de HAS e Programa Hiperdia Minas 2013.</p>

6. 4 Identificação dos recursos críticos e análise da viabilidade do plano

Recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e, conseqüentemente essenciais para a viabilidade de um plano.

É importante ter clareza de quais são esses recursos, para que se possa criar estratégias a fim de viabilizá-los.

Nesse ponto, é preciso ressaltar que o ator que planeja não controla todos os recursos necessários para a execução do plano.

Portanto, foram identificados os atores que controlam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação e propostas, em cada caso, ações estratégicas para motivar os atores identificados, como sintetizado no Quadro 4.

Quadro 4 – Análise da viabilidade do Plano

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
<p>Cadastro atual</p> <p>Atualização das informações de acompanhamento dos hipertensos e reorganização dos cadastros</p>	<p>Organizacionais: montagem e organização de arquivos; adequação de fluxos</p> <p>Cognitivos: orientação e sensibilização da Equipe; capacitação do ACS</p>	Equipe de Saúde da Família (ESF)	Favorável	<p>- Apresentação do Projeto</p> <p>- Capacitação das ACS</p>
<p>Conhecer mais</p> <p>Orientar e capacitar a ESF sobre os cuidados prestados ao hipertenso</p>	<p>Econômicos: aquisição de recursos audiovisuais e materiais para capacitação</p> <p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema; capacitação da ESF</p> <p>Políticos: sensibilização e apoio da Gestão; mobilização dos profissionais de saúde para capacitação</p>	<p>-Médico da Equipe de Saúde da Família</p> <p>- Coordenação de Atenção Primária</p> <p>- Secretaria Municipal de Saúde</p>	Favorável	Apresentação do Projeto

<p>Programar é legal</p> <p>Organizar a agenda de acordo com os Protocolos da Secretaria Estadual de Saúde – Programa Hipertensão Minas 2013 e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão</p>	<p>Organizacionais: organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada; mudança no processo de trabalho</p> <p>Cognitivos: conhecimento dos Protocolos de Atendimento</p> <p>Políticos: apoio da Gestão; mobilização da ESF</p> <p>Econômicos: aquisição de agendas</p>	<p>- Coordenação de Atenção Primária</p> <p>- ESF</p>	Favorável	Conhecimento dos protocolos e diretrizes
<p>Vida saudável</p> <p>Avaliar causas de baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e propor ações que propiciem maior adesão</p>	<p>-</p> <p>Econômicos: Aquisição de Cartões de Controle do Hipertensão; aquisição de material informativo para distribuição aos pacientes</p> <p>Políticos: Sensibilização e apoio da Gestão</p> <p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema; estratégia de comunicação, apoio da ESF</p>	<p>- Coordenação de Atenção Primária</p> <p>- Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>-ESF</p>	Favorável	Sensibilização dos pacientes
<p>Classificar para melhorar</p> <p>Classificar os pacientes hipertensos de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de HAS e Programa Hipertensão Minas 2013 – SES – MG</p>	<p>Políticos: Sensibilização e apoio da Gestão; mobilização da ESF</p> <p>Cognitivos: Conhecimento das VI Diretrizes Brasileiras de HAS e Programa Hipertensão Minas 2013</p>	<p>- Médico da ESF</p> <p>- Coordenação de Atenção Primária</p> <p>- Secretaria Municipal de Saúde</p>	Favorável	Apresentação do Projeto

6. 5 Elaboração do Plano Operativo

Foi realizada a elaboração do plano operativo, que tem como objetivo: designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definindo o prazo para execução das mesmas, conforme o Quadro 5.

Quadro 5 – Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Cadastro atual Atualização das informações de acompanhamento dos hipertensos e reorganização dos cadastros	Todos os hipertensos da área de abrangência acompanhados e com cadastros atualizados	Reorganização das informações de acompanhamento da hipertensão	- Apresentação do Projeto à ESF - Capacitação e sensibilização da ESF	ESF	Início imediato de atualização de cadastros Capacitação e articulação da organização de cadastros: 03 meses
Conhecer mais Orientar e capacitar a ESF sobre os cuidados prestados ao hipertenso	Capacitação adequada de todos os componentes da ESF	Orientação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente hipertenso	Apresentação do Projeto à Secretaria de Saúde Capacitação do enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS	- Médico da Equipe de Saúde da Família - Secretaria de Saúde	Capacitação da equipe: 03 meses
Programar é legal Organizar a agenda de acordo com os Protocolos da Secretaria Estadual de Saúde – Programa Hiperdia Minas 2013 e VI Diretrizes Brasileiras de	- Agendas organizadas - Atendimento com horário programado, realizados de forma planejada e organizada - Melhor adesão dos pacientes ao tratamento	- Marcação de consultas de acordo com a classificação de risco dos pacientes - Programação das atividades (consultas médicas, consultas de enfermagem, visitas domiciliares,	- Conhecimento dos protocolos e diretrizes	ESF	Aprendizagem dos protocolos e organização da agenda: 01 mês

Hipertensão		grupos operativos) - Controle de renovação de receitas médicas			
Vida saudável Avaliar causas de baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e propor ações que propiciem maior adesão	População informada sobre os riscos de HAS descontrolada Controle adequado dos níveis pressóricos	- População informada sobre HAS, seus fatores de risco, sintomas e tratamento - Campanhas educativas locais informando sobre os riscos da HAS descontrolada - Realização de grupos operativos - Treinamento periódico das ACS - Fornecimento de Cartão de Controle da Hipertensão	Apresentação do Projeto	ESF NASF	Planejamento das ações, grupos operativos e sensibilização da equipe: 01 mês Confecção dos Catões de controle::02 meses
Classificar para melhorar Classificar os pacientes hipertensos de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de HAS e Programa Hiperdia Minas 2013 – SES - MG	Condutas padronizadas e processo de trabalho organizado	Implementação da Classificação de Risco, conforme Protocolos	Apresentação do Projeto	Médico de Saúde da Família	Desenvolvimento do Projeto e apresentação: 02 meses Capacitação: 03 meses

Em próxima etapa, é necessário criar um modelo de gestão do plano de ação. É preciso desenvolver meios de se coordenar e acompanhar a evolução das operações, garantindo utilização eficiente dos recursos e promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações

implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem da HAS não se restringe apenas ao tratamento medicamentoso, às mudanças no estilo de vida e avaliação das comorbidades relacionadas, mas também à conscientização sobre a doença.

Através deste trabalho, foi possível demonstrar algumas dentre as várias dificuldades no acompanhamento ao paciente hipertenso na atenção primária e a maneira como interferem diretamente na qualidade da assistência, provocando impacto nos indicadores de saúde.

Percebeu-se a importância de realizar um diagnóstico situacional para conhecer os problemas da área de abrangência e identificar quais são passíveis de resolução e qual a prioridade de cada problema cotidiano.

Foi ressaltado, ainda, o relevante papel da equipe de saúde da família no contexto de educação em saúde e na abordagem multidisciplinar para alcançar com ações estratégicas individuais e coletivas a prevenção da doença, suas complicações e a promoção da Saúde.

Por meio da implantação do Plano de Ação desenvolvido, espera-se contribuir para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários da UA Morro do Cruzeiro, principalmente através da reorganização do processo de trabalho e do esforço coletivo no enfrentamento dos desafios que se apresentam.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Jairo Carneiro de; GUIMARÃES, Armênio Costa. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev Saúde Pública**, v.41, n. 3, p.368-374, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5707.pdf> . Acesso em: 20/01/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**: Caderno de Atenção Básica 14. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad14.pdf. Acesso em: 20/11/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**: Caderno de Atenção Básica 15. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acesso em: 20/11/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10mg.def>>. Acesso em: 20/12/2013

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; Faria, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: ed. UFMG, 2010.

HISTORY of the Framingham Heart Study, 2006. Disponível em: <<http://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/history.php>>. Acesso em: 23/01/2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico. 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313760&search=minas-gerais|lagoa-santa>. Acesso em: 23/01/2014

JARDIM, Thiago de Souza Veiga et al. Fatores de risco cardiovasculares em coorte de profissionais da área médica: 15 anos de evolução. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 95, n. 3, p. 332-338, July, 2010.

LAGOA SANTA, 2010. **História da Cidade**. Prefeitura de Lagoa Santa, 2010.

Disponível em:

http://www.lagoasanta.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=266&Itemid=116>. Acesso em: 23/01/2014

LAGOA SANTA, 2010. **Perfil da Cidade**. Prefeitura de Lagoa Santa, 2010.

Disponível em:<

http://www.lagoasanta.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=267&Itemid=100>. Acesso em: 23/01/2014

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **A assistência programada na rede de atenção aos hipertensos, diabéticos e usuários com doença renal crônica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde.

Disponível em:

http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=205%3Adia-mundial-da-saude-2013-destaca-o-controle-da-hipertensao&catid=15%3Aops-wdc&Itemid=73&lang=pt. Acesso em: 24/01/14

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