

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

**OSLEIDY DEL TORO FINALES**

**CONTROLE E ESTRATIFICAÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E  
RISCO CARDIOVASCULAR: Um Projeto de Intervenção no Programa  
Saúde da Família em Belo Vale- Rancho Alegre Divinópolis, Minas  
Gerais**

**DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS  
2016**

**OSLEIDY DEL TORO FINALES**

**CONTROLE E ESTRATIFICAÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E RISCO CARDIOVASCULAR: Um Projeto de Intervenção no Programa Saúde da Família em Belo Vale- Rancho Alegre Divinópolis, Minas Gerais**

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.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS**

**2016**

**OSLEIDY DEL TORO FINALES**

**CONTROLE E ESTRATIFICAÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E RISCO CARDIOVASCULAR: Um Projeto de Intervenção no Programa Saúde da Família em Belo Vale- Rancho Alegre Divinópolis, Minas Gerais**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 5/5/2016.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e representa um importante problema de saúde pública. Este trabalho objetivou elaborar uma proposta de intervenção para o controle eficiente da hipertensão arterial e do risco cardiovascular em população atendida pela equipe Belo Vale- Rancho Alegre do Programa Saúde da Família do Município Divinópolis. A elaboração desta proposta constou de três etapas: o diagnóstico situacional em saúde, a revisão de literatura e a elaboração do plano de ação. O plano de intervenção se baseou no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) e a revisão da literatura foi feita na Biblioteca Virtual em saúde, com os descritores: hipertensão, complicações e prevenção. Foram também pesquisados Programas do Ministério da Saúde. As operações propostas foram: Implantar a Linha de trabalho e proporcionar maior conhecimento da equipe de saúde e elevar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial e de cuidado para o risco cardiovascular; ampliar o conhecimento individual e coletivo para melhorar, modificar e promover costumes, hábitos e estilos de vida saudáveis e melhorar a estrutura dos serviços básicos de saúde. Acredita-se que a proposta de intervenção para a ESF Belo Vale- Rancho Alegre possibilite um acompanhamento mais efetivo aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

**Palavras chave:** Hipertensão. Complicações. Prevenção.

## ABSTRACT

Systemic Hypertension is considered one of the major modifiable risk factors and represents a major public health problem. This research aimed to develop an intervention proposal for the efficient control of high blood pressure and cardiovascular risk in population served by the team Belo vouchers Rancho Alegre Health Program of the City Divinópolis Family. The preparation of this proposal consisted of three stages: the situational diagnosis in health, literature review and the preparation of the action plan. The action plan was based on the method of Situational Strategic Planning (PES) and the review of the literature was made in the Virtual Library of Health, with the key words: hypertension, complications and prevention. . Were also surveyed the Ministry of Health Programs The proposed operations were: Deploy the working line and provide greater understanding of the health team and raise the population's level of information on hypertension and care for cardiovascular risk; expand individual and collective knowledge to improve, modify and promote customs, habits and healthy lifestyles and improve the structure of basic health services. It is believed that the proposed intervention for ESF Belo Vale- Rancho Alegre enable more effective monitoring to patients with systemic hypertension.

**Key words:** Hypertension. Complications. Prevention.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AMPA	Auto Medida da Pressão Arterial
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAB	Hipertensão do Avental Branco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IECA	Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina
MAPA	Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA	Monitoramento Residencial da Pressão Arterial
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIMSAÚDE	Sistema Integrado Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>12</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>13</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA</b>	<b>14</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A denominação Divinópolis significa Cidade do Divino. Ela foi fundada em 1767, por João Pimenta Ferreira em nome de cinquenta famílias que viviam em propriedades próximas ao Rio Itapecerica e Pará. O primeiro assentamento ocorreu próximo às margens deste rio e a partir daí começou a ser denominada Paragem do Itapecerica em referência a ele. Em 1770 passou a se denominar Espírito Santo do Itapecerica, sendo um distrito da cidade denominada de Tamanduá (Hoje Itapecerica). Em 1912 se tornou uma cidade com o nome de Divinópolis em homenagem a seu antigo nome, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

A chegada da estrada de Ferro Oeste de Minas em 1890 permitiu a instalação de indústrias siderúrgicas de aço e ferro, ocasionando um desenvolvimento da cidade.

O município possui uma área de 716 km<sup>2</sup>, que só equivale a 0,12 % do estado de Minas Gerais. A área urbana é de 192 km<sup>2</sup>. O município limita-se ao norte com Nova Serrana e Perdigoão; ao sul com Claudio; a leste com São Gonçalo de Pará e Carmo do Cajurú; ao oeste com São Sebastião do Oeste e Santo Antônio do Monte (IBGE, 2014).

O clima de Divinópolis é mesotérmico com invernos secos e verões chuvosos, sendo dezembro-fevereiro os meses mais chuvosos e abril-setembro os mais secos. O município está banhado pelos rios Pará e Itapecerica (IBGE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,764. O fornecimento de água tratada à população está a cargo da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), sendo que o sistema de captação superficial localiza-se à margem esquerda do Rio Itapecerica.

As principais atividades econômicas são a produção agrícola, indústria têxtil, siderúrgica e pecuária.

Os recursos do Fundo Municipal de Saúde são provenientes da União (41%), do Estado (14%) e do município (45%), no orçamento destinado à saúde. Destes, 18% são gastos com Atenção Primária à Saúde e 64% gastos com a média e alta complexidade.



No que diz respeito à Atenção Primária à Saúde, o Programa Saúde da Família foi implantado em 1996, sendo a primeira equipe na zona rural. Em 1998 ampliou-se para mais três equipes, sendo uma de zona rural e duas de zona urbana na periferia do município, composta por equipe mínima. 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 existem 23 equipes da ESF (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2014).

A Prefeitura Municipal de Divinópolis juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e o Ministério Público elaboraram um projeto denominado Sistema Integrado Municipal de Saúde – SIM SAÚDE, que propõe o redesenho do sistema atual com foco na reorganização da Atenção Primária através do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. A meta final para 2016 é a cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em 100% da população. Para tanto, foi elaborado um cronograma de conversão das Unidades tradicionais em Saúde da Família (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2014).

Divinópolis possui vários hospitais e clínicas médicas particulares que atendem diversos planos de saúde e 300 leitos para o SUS no Hospital São João de Deus, que consta com uma unidade cirúrgica e 20 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Tem também, várias redes de farmácias particulares e uma farmácia municipal para atender aos pacientes do SUS. Várias academias na cidade funcionam diariamente, dando suporte ao crescente número de pessoas interessadas em fazer atividade física no município.

No território do bairro Ermida, onde atuo, encontram-se escolas públicas e particulares, Unidades Básicas de Saúde, consultórios odontológicos particulares, Igrejas Evangélicas e Católicas, espaços sociais e institucionais, praça, quadra poliesportiva, unidades públicas e um comércio diversificado. Conta com serviços de transporte público coletivo, rede de telefonia fixa e móvel e coleta municipal de lixo. O meio de

comunicação mais utilizado é a televisão. Ainda possui algumas ruas sem asfalto, o que dificulta o acesso dos usuários, dos profissionais de saúde e demais habitantes. Apesar disso, o meio de transporte mais utilizado é o ônibus.

A Unidade Básica de Saúde "Santo Antônio dos Campos" conta com três Programas Saúde da Família, a saber: Ermida I, Ermida II e Belo Vale-Rancho Alegre, localizadas na Rua Antônio Olimpo de Oliveira, 100, região central do distrito de fácil acesso para a maioria da comunidade exceto para aqueles que moram nas áreas rurais mais afastadas onde não chega o transporte urbano e tem que se locomover a pé ou em transporte animal. Na área de abrangência inclui os bairros Belo Vale -Rancho Alegre, Vista Alegre, Jardim Primavera, Santa Cruz e o Distrito Santo Antônio dos Campos.

Com a realização do diagnóstico situacional de saúde e identificados e analisados os problemas fundamentais da nossa área de abrangência, mediante o processo de estimativa rápida e utilização do método do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A equipe escolheu o problema prioritário para ser feito um plano de ação para ele: elevada prevalência de HAS e Risco Cardiovascular aumentado, os outros problemas detectados foram o descontrole metabólico em pacientes Diabéticos, abuso de álcool e drogas, alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos e o uso abusivo de automedicação.

Após análise dessa situação, a equipe de saúde selecionou os chamados "nós críticos", ou seja, um tipo de causa de um problema que, quando "atacada" é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo, conforme apresentado no módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dentre esses foram selecionados: deficiente trabalho da equipe de saúde na promoção de estilos de vida saudáveis, níveis de informação da população insuficientes, hábitos, costumes e estilos de vida da população e a falta de políticas sociais e estruturas dos serviços de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

No território que abrange a ESF Belo Vale- Rancho Alegre observam-se muitos hipertensos descontrolados, sem acompanhamento adequado, mal informado, muitos ainda nem identificados e sem acompanhamento de forma sistematizada. Durante os atendimentos realizados pela equipe, foi observado que grande parte das consultas e visitas domiciliares era devido à hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e suas complicações.

Dessa forma, acreditamos ser de grande importância fazer uma proposta de intervenção para sistematizar o atendimento ao paciente hipertenso e aqueles com risco cardiovascular com ações voltadas para promoção e prevenção dos agravos à sua saúde, contribuindo para minimizar e melhorar os serviços de saúde pública, assim como diminuir o nível de invalidez e de internação de alto custo na população da nossa comunidade, em Belo Vale- Divinópolis, Minas Gerais.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar uma proposta de intervenção para o controle eficiente da hipertensão arterial e do risco cardiovascular na população atendida pela equipe Belo Vale- Rancho Alegre do Programa Saúde da Família do Município Divinópolis.

## **4 METODOLOGIA**

A proposta de intervenção a ser realizada se fundamentou em três momentos.

No primeiro momento foi feito o diagnóstico situacional da nossa área de abrangência de acordo com o PES e identificação dos problemas e escolha do problema prioritário que foi a elevada prevalência de hipertensão arterial e risco cardiovascular.

No segundo momento fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores: hipertensão, complicações e prevenção. O material lido foi fichado e registrado das principais ideias e teorias pertinentes ao tema. Também foram pesquisados Programas do Ministério da Saúde.

E, por fim, fez-se a proposta de intervenção com base nos passos preconizados pelo PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo terá início com a definição de Hipertensão Arterial de acordo com Silva e Souza (2004, s/p)

Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos duas aferições subsequentes obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa grave problema de saúde no Brasil, não só pela elevada prevalência — cerca de 20% da população adulta — como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento (PORTO, 2005).

A HAS representa um grande desafio para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem também a primeira causa de morte no Brasil (WESCHENFELDER e GUE MARTINI, 2012).

Conforme afirmado anteriormente, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em todo o mundo, e cada vez mais pessoas morrem anualmente dessas doenças em relação a qualquer outra causa. A HAS, ao mesmo tempo em que é uma doença cardiovascular, multiplica o risco para adquirir outras doenças cardiovasculares (SILVA; CADE; MOLINA, 2012).

Para Cipullo *et al.* (2010), a HAS é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares, afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos e institui o maior

fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares. É, também, a terceira causa de invalidez e constitui grande maioria das mortes causadas por doença cardiovascular.

A HAS “pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins, olhos e vasos sanguíneos), além de ser considerado um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pela incapacitação, pela invalidez e aposentadoria precoce” (CARVALHO *et al.*, 2013, p.165).

Ao se atender um paciente com HAS, na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 200/100 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Deve-se, também, obter história clínica completa do paciente, com especial atenção aos dados relevantes relativos ao tempo e tratamento prévio de hipertensão, fatores de risco, sinais de hipertensão secundária e de lesões de órgãos-alvo, aspectos socioeconômicos e características do estilo de vida do paciente e ao consumo progressivo ou atual de medicamentos ou drogas que podem interferir em seu tratamento. Dentre esses medicamentos têm-se os anti-inflamatórios, anorexígenos, descongestionantes nasais, dentre outros. Além da medida da PA, a frequência cardíaca deve ser cuidadosamente medida, pois sua elevação está relacionada à maior risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Novas orientações consideram a utilização do Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e do Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ferramentas importantes na investigação de pacientes com suspeita de hipertensão. Recomenda-se, sempre que possível, a medida da PA fora do consultório para esclarecimento do diagnóstico, identificação da hipertensão do avental branco (HAB) e da hipertensão mascarada. Destaca-se, ainda, a Auto Medida da Pressão Arterial (AMPA) definida pela World Hypertension League (1988) como a realizada por pacientes ou familiares, não profissionais de saúde, fora do consultório, geralmente no

domicílio, representando uma importante fonte de informação adicional. A principal vantagem da AMPA é a possibilidade de obter uma estimativa mais real dessa variável, tendo em vista que os valores são obtidos no ambiente onde os pacientes passam a maior parte do dia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A avaliação complementar é orientada para detectar lesões clínicas ou subclínicas com o objetivo de melhor estratificação do risco cardiovascular. Está indicada na presença de elementos indicativos de doença cardiovascular e doenças associadas, em pacientes com dois ou mais fatores de risco, e em pacientes acima de 40 anos de idade com diabetes pelo que a decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.11).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) descreve várias medidas intervencionistas com eficácia comprovada para proteção cardiovascular e destaca como principais:

- Adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis;
- Cessação do tabagismo;
- Prática de atividade física regular;
- Controle da pressão arterial;
- Manejo das dislipidemias;
- Controle do diabetes;
- Uso profilático de alguns fármacos.

Essas devem ser abordadas de forma integral e a intensidade da intervenção deve-se basear na estratificação de risco global. Indivíduos com um risco cardiovascular global alto requerem uma abordagem mais agressiva para modificação dos fatores de risco. A meta de tratamento da dislipidemia, diabetes e hipertensão deve estar ligada ao risco cardiovascular global (D'AGOSTINO; VARSAN; PENCINA, 2008, p. 750, tradução nossa).



Os dados do Quadro 1 orientam com deve ocorrer a intervenção de acordo com o grupo de risco e baseada na estratificação de risco global

Quadro 1- Intervenções recomendadas em prevenção cardiovascular de acordo com a classificação de risco global

INTENSIDADE	TIPOS DE INTERVENÇÃO
<b>Risco Baixo</b>	Aconselhamento quanto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumo</li> <li>• Alimentação Saudável</li> <li>• Controle do Peso</li> <li>• Atividade Física</li> <li>• Orientar medidas não farmacológicas e diuréticos de baixa dose para hipertensão estágio 1, quando presente</li> <li>• Vacinar adultos com mais de 60 anos contra influenza</li> </ul>
<b>Risco Moderado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensificar conselhos de estilo de vida e alimentação saudável</li> <li>• Dieta com características cardioprotetoras</li> <li>• Considerar farmacoterapia contra tabagismo</li> <li>• Considerar programa estruturado de atividade física</li> <li>• Aspirina em dose baixa</li> </ul>
<b>Risco Alto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensificar alvos de controle da hipertensão</li> <li>• Usar estatinas</li> <li>• Prescrever beta-bloqueadores para pacientes pós-IAM ou angina</li> <li>• Prescrever IECA para pacientes diabéticos e com DRC</li> </ul>

Fonte: Ministério da Saúde (2006)

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Após de identificados e analisados os problemas fundamentais no diagnóstico situacional de saúde de nossa área, mediante o processo de estimativa rápida, utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional para a elaboração de plano de ação sobre o problema prioritário escolhido pela equipe.

### **6.1 Definição dos problemas**

A partir do diagnóstico da área de abrangência onde atuo, foram identificados os seguintes problemas de saúde nos usuários da ESF Belo Vale: elevada prevalência de hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, descontrole metabólico em pacientes diabéticos, abuso de álcool e drogas, alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos e uso abusivo de automedicação.

### **6.2 Priorização do problema**

O problema escolhido como prioritário pela equipe de saúde foi à elevada prevalência de hipertensão arterial e risco de doenças cardiovasculares devido sua importância e urgências serem altas e a equipe ter condições de enfrentamento desse problema.

No Quadro 2 estão apresentados esses problemas e sua ordem de importância e urgência de enfrentamento.

Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da Comunidade Belo Vale- Rancho Alegre. ESF "Santo Antônio dos Campos" Município Divinópolis

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Elevada prevalência de HAS e Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	1
Descontrole Metabólico em pacientes Diabéticos	Alta	5	Parcial	2
Abuso de álcool e drogas	Alta	5	Parcial	3
Alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	5	Parcial	4
Uso abusivo de automedicação	Alta	4	Parcial	5

### 6.3 Explicação do problema

Segundo a observação ativa feita e os pobres registros existentes na Unidade Básica de Saúde da Família de Belo Vale-Rancho Alegre, os resultados achados não se afastam muito da realidade do país como um todo. A hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares e o Diabetes Mellitus contem aproximadamente 80% das doenças crônicas não transmissíveis. Durante o processo de observação, além disso, foram achados muitos fatores de risco associados e sobre os quais poderemos trabalhar para conseguir modificar e obter resultados positivos na conquista da saúde da comunidade, da família e o indivíduo.

Foi observado que havia apenas uma contabilização pelo SIAB do número total de 5715 pessoas cadastradas na Unidade Básica de Saúde da Família Santo Antônio dos Campos, (3780 famílias), das quais só 440 forem classificadas com risco cardiovascular (7,69% na população total). Os fatores de riscos avaliados foram a história familiar de doença renal, índice de massa corporal, circunferência abdominal, história familiar de AVC, IAM e morte súbita, consumo de álcool, dislipidemia, estresse, sedentarismo, hábitos alimentar, tabagismo, cifras de pressão arterial e cifras de glicemias. Observa-

se que todos os fatores incluídos nessa estratificação de risco são fatores modificáveis de grande importância.

Nossa unidade começou a funcionar como ESF há pouco tempo e ainda está em processo de cadastramento das famílias segundo áreas de abrangência.

### **6.5 Seleção dos “nós críticos”**

Foram considerados como “nós críticos” por nossa equipe de trabalho de Belo Vale-Rancho Alegre:

- Processo de trabalho da equipe de saúde deficiente
- Insuficientes níveis de informação da população,
- Costumes, hábitos e estilos de vida da população inadequados.
- Falta de políticas sociais e estruturas dos serviços básicos de saúde e educação para atuar no problema prioritário selecionado.

### **6.6 Desenho das operações**

Para cada nó crítico elaborou-se uma operação/projeto, seus resultados e produtos esperados além dos recursos necessários.

#### **6.6.1 Processo deficiente de trabalho da equipe de saúde.**

**Operação/Projeto: Linhas de trabalho.** Implantar a Linha de trabalho e proporcionar maior conhecimento da equipe de saúde hipertensão arterial e de cuidado para o risco cardiovascular; equipe mais integrada no atendimento às pessoas hipertensas.

**Resultados Esperados:** Elevar 100% da capacidade de trabalho da equipe como gestor principal das ações de saúde na comunidade, garantindo a cobertura de 80% da população com hipertensão arterial e risco cardiovascular aumentado em período de 1 ano.

**Produtos:** Programa de capacitação individual e coletivo de educação no trabalho. Desenvolvimento dos protocolos de trabalho estabelecidos e linhas de cuidado para o risco cardiovascular modificável e hipertensão arterial

**Recursos necessários:**

**Organizacional** - Planejamento de discussões em grupos com a equipe de saúde e pessoal capacitado.

**Cognitivos** - Informações científicas e estratégicas a ser desenvolvidas. Elaboração de protocolos e projeto de linhas de trabalho

**Políticos** - Espaço físico, apoio da secretaria de saúde municipal e da gerência de saúde local e adesão dos profissionais, com parceria do setor de educação.

**6.6.2** Insuficientes níveis de informação da população

**Operação/Projeto: Mais Saúde.** Promover e elevar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial e os riscos cardiovasculares associados.

**Resultados Esperados:** Acrescentar em 40% o número de pessoas com risco cardiovascular ao programa Hiperdia e elevar em 70% de adesão ao tratamento dos hipertensos cadastrados.

**Produtos:** População com maior nível de informação e usuários avaliados quanto ao risco de desenvolver doença cardiovascular. Uso da rádio local e campanha educativa coletiva e individual

**Recursos Necessários:**

**Cognitivo** - Maior conhecimento sobre as estratégias da informação, comunicação e educação para a saúde.

**Organizacional** - Melhor planejamento e organização da agenda de trabalho,

**Político** - Participação intersetorial, com apoio comunitário e do setor político local,

**Financeiros** - Para folhetos educativos e aquisição de recursos audiovisuais.

### 6.6.3 Costumes, hábitos e estilos de vida da população inadequados.

**Operação/Projeto: Saber mais.** Ampliar o conhecimento individual e coletivo para melhorar, modificar e promover costumes, hábitos e estilos de vida saudáveis.

**Resultados esperados:** Acrescentar em 30% a incorporação dos hipertensos e pessoas com risco cardiovascular modificável aos programas de exercícios físicos e regime alimentar saudável no período de 1 ano.

**Produtos:** Programa desenhado de fomento da cultura alimentar e prática periódica de exercícios físicos com apoio da rádio local e grupos pastoral de idoso, Unibiótica, etc. Grupo bem orientado quanto às práticas alimentares saudáveis e a prática de exercícios físicos

#### **Recursos Necessários:**

**Organizacional** - Definir agenda e organizar atividades para promover a prática de exercícios físicos no ar livre e uma cultura de alimentação saudável.

**Cognitivo** - Conhecimento científico sobre os temas abordados,

**Políticos** - Articulação intersetorial, parceria com setor da educação, a igreja, ativistas políticos locais, líderes formais e informais e mobilização social.

**Financeiro** - Para aquisição de folhetos e recursos audiovisuais

### 6.6.4 Falta de políticas sociais e estruturas dos serviços de saúde.

**Operação/Projeto: Viver Melhor.** Melhorar a estrutura dos serviços básicos de saúde e a sua inter-relação com os níveis de atenção secundária para garantir atenção integral dos hipertensos e portadores de risco cardiovascular.

**Resultados Esperados:** Alcançar o acompanhamento integral de 90% dos hipertensos e pessoas com risco cardiovascular atendidos, assim como garantia dos medicamentos e exames previstos segundo os protocolos de trabalho.

**Produtos:** Contratação e capacitação de pessoal que garanta a cobertura total dos serviços básicos de saúde, assim como de recursos materiais necessários e de consultas especializadas para garantir uma atenção integral aos hipertensos e pessoas com risco cardiovascular aumentado.

**Recursos Necessários:**

**Organizacional** - Adequação dos fluxos de atendimento e melhorar a referência e contra referência

**Políticos** - Vontade política. Decisão e disponibilidade de recursos para estruturar os serviços de saúde com uma maior participação social.

**Cognitivo** - Elaboração de projetos e programas assim como sua adequação na situação atual de saúde.

**Financeiro** - Maior oferta de serviços de saúde e exames.

**6.7 Identificação dos recursos críticos**

Operação/Projeto, Recursos críticos.

6.7.1 **Linhas de trabalho.** Acrescentar o conhecimento sobre hipertensão arterial e de cuidado para o risco cardiovascular.

**Recursos críticos.** Político: Espaço físico, apoio da secretaria de saúde municipal e da gerência de saúde local e adesão dos profissionais, com parceria do setor educação.

6.7.2 **Saber Mais.** Ampliar o conhecimento individual e coletivo, melhorar, modificar e promover costumes, hábitos e estilos de vida saudáveis.

**Recursos Críticos:** Financeiro: Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais

6.7.3 **Mais saúde.** Promover e elevar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial e os riscos cardiovasculares associados.

**Recursos Críticos:** Político: Articulação intersetorial.

**Financeiro:** Para aquisição de material educativa y médios audiovisuais.

**6.7.4 Cuidar Melhor.** Melhorar a estrutura dos serviços básicos de saúde e sua inter-relação com os níveis de atenção secundária

Recursos Críticos: Político: Articulação intersetorial, decisão de aumentar os recursos para melhorar a estrutura de serviços de saúde.

No Quadro 3 apresentamos o Plano operativo



Quadro 3- Plano Operativo

<b>Operação-Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ação Estratégica</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b><i>Linhas de trabalho.</i></b>	<p>Elevar em 100% a capacidade de trabalho da equipe como gestor principal das ações de saúde na comunidade.</p> <p>Oferecer cobertura de 60% da população com hipertensão arterial e risco cardiovascular aumentado</p>	<p>Programa de capacitação individual e coletivo de educação no trabalho.</p> <p>Desenvolvimento dos protocolos estabelecidos e linhas de cuidado para o risco cardiovascular modificável e hipertensão arterial</p>	Apresentação de Projeto e necessidades de aprendizagem	Médicos e enfermeiros	2 meses para início das atividades e 6 meses para finalização
<b><i>Saber mais</i></b>	Acrescentar em 30% o número de pessoas com risco cardiovascular ao programa hiperdia e elevar 70% de adesão ao tratamento aos hipertensos cadastrados	Avaliação do nível de informação da população risco. Uso da rádio local e campanha educativa coletiva e individual	Apresentação de Projeto de ação específico	Equipe de saúde	3 meses para início das atividades
<b><i>Mais Saúde.</i></b>	Acrescentar em 40% a incorporação dos hipertensos e pessoas com risco cardiovascular modificável aos programas de exercícios físicos e regime alimentar saudável em período de 1 ano	Programa desenhado de fomento de cultura alimentar e prática periódica de exercícios físicos com apoio da rádio local e grupos comunitários. Avaliar o nível de informação do grupo	Apresentação de Projeto de ação específico	Equipe de saúde	3 meses para início das atividades

<b>Viver Melhor.</b>	Fazer o acompanhamento integral de 90% dos hipertensos e pessoas com risco cardiovascular atendidas, assim como garantir os medicamentos e exames previstos segundo os protocolos de trabalho.	Contratação e capacitação de pessoal que garantisse a cobertura total dos serviços básicos de saúde, assim como de recursos materiais necessários e de consultas especializadas	Apresentação de Projeto de Trabalho e Plano de ação específico	Equipe de saúde, SEMUSA Prefeitura Municipal	de e 2 meses para início das atividades
----------------------	--	---	--	--	---

## 6.8 Viabilidade do Plano

No Quadro 4 tem-se descrita a viabilidade do plano de intervenção

Quadro 4 - Viabilidade do plano

Operação- Projeto	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>Linhas de trabalho.</b>	Político: Espaço físico, apoio da secretaria de saúde municipal e da gerência de saúde local e adesão dos profissionais.	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentação de Projeto
<b>Saber mais.</b>	Financeiro: Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar demanda
<b>Mais Saúde.</b>	Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Para aquisição de material educativo	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentação de Projeto de ação específico
<b>Viver Melhor.</b>	Político: Articulação intersetorial, decisão de aumentar os recursos para melhorar a estrutura de serviços de saúde.	Secretaria de Saúde Prefeitura Municipal	Indiferente	Apresentação de Projeto de Trabalho e Plano de ação específico

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob o ponto de vista preventivo, quanto maior o risco, maior é o potencial de benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva pode apresentar. Nesse sentido, espero que a implantação e implementação deste Plano de Intervenção possibilitem a obtenção de uma redução da morbidade e mortalidade relacionadas aos hipertensos da ESF Ermida e melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

Acredito que a própria equipe de saúde será beneficiada por melhorar seu trabalho, sua relação com os usuários e por uma facilitação no manejo dos casos mais complicados.

Durante as etapas de elaboração do projeto, a equipe pôde realizar um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência da ESF Ermida e refletir sobre como seu processo de trabalho o que confirmou que este pode ser melhorado a fim de buscar uma solução para tais problemas.

O grande número de hipertensos mal controlados foi eleito para este Plano de Intervenção, o que deve servir de modelo para a equipe realizar outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados. A utilização do Planejamento Estratégico Situacional permitiu a formulação de propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem resolutivas.

## REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção Clínica da Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica n. 14).

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

CARVALHO, M, V. *et.al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 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. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000400014)

D'AGOSTINO R. B.; VASAN, R. S.; PENCINA, M. J. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care - **The Framingham Heart Study**. **Circulation**, v. 117, p. 743-753, 2008.

PORTO, C.C. et al. **Semiologia Médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 6, n. 3, p. 330-335, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)

SILVA, V, R., CADE, N, V.; MOLINA, M, C, B. et.al. Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 4, p. 439-44. Out., 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. p. 1-48. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010.

WESCHENFELDER M. D.; GUE MARTINI, J.. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enferm. glob.**, Murcia , v. 11, n. 26, p. 344-353, 2012.