

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

JANAÍNA PEREIRA SANTOS

**PREVENÇÃO DE NOVOS HIPERTENSOS E COMPLICAÇÕES
RELACIONADAS À DOENÇA, NA ESF PLANALTO I, MONTES
CLAROS-MG: UM PLANO DE INTERVENÇÃO.**

Montes Claros – MG
2017

Janaína Pereira Santos

**PREVENÇÃO DE NOVOS HIPERTENSOS E COMPLICAÇÕES
RELACIONADAS À DOENÇA, NA ESF PLANALTO I, MONTES
CLAROS-MG: UM PLANO DE INTERVENÇÃO.**

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Fernanda Piana
Santos Lima de Oliveira.

Montes Claros – MG
2017

Janaína Pereira Santos

**PREVENÇÃO DE NOVOS HIPERTENSOS E COMPLICAÇÕES
RELACIONADAS À DOENÇA, NA ESF PLANALTO I, MONTES
CLAROS-MG: UM PLANO DE INTERVENÇÃO.**

Banca examinadora

Examinador 1 Prof^a. Dr Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (Orientadora)

Examinador 2 Prof^a. Dr Humberto Ferreira de Oliveira Quites (Examinador)

Aprovado em Montes Claros, em 20 de maio de 2017

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível que atinge grande parte da população. Esta doença se tornou uma preocupação mundial, sendo uma condição clínica que em sua *Genesis* tem componentes multifatoriais. Possuem altos índices de morbimortalidade que assolam tantos os países desenvolvidos como os em desenvolvimento, gerando assim uma perda significativa da qualidade de vida da população adulta e ativa, com desfechos fatais ou incapacitantes. Existe uma necessidade e uma grande preocupação de uma busca ativa destes pacientes antes que a doença progride. Rastrear e diagnosticar precocemente a população alvo é fundamental. De acordo com o diagnóstico situacional realizado em 2015 a Estratégia Saúde da Família (ESF) do Planalto I, município de Montes Claros-MG apresentou um número elevado de hipertensos na sua área de abrangência, muitos ainda não acompanhados pela equipe de saúde. O trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para realizar busca por hipertensos não cadastrados, não diagnosticados e realizar o correto cadastramento de todos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, no território de abrangência da ESF Planalto I, além de orientar a população sobre a doença. Foi realizada uma revisão de literatura para uma maior compreensão sobre o tema em estudo. O plano de intervenção seguiu os fundamentos dos autores Campos, Faria e Santos (2013). Com este plano de intervenção se espera o rastreamento, pela equipe de saúde, dos novos hipertensos antes que apareçam as complicações da doença, e o cadastramento de 100% da população hipertensa adscrita na ESF do Planalto I dentro dos prazos estabelecidos, para assim garantir melhor qualidade de vida com correta prevenção e tratamento da HAS e de suas complicações.

Palavras-chave: Normas Básicas de Atenção à Saúde; Protocolos de Tratamento; Atenção Primária de Saúde; Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Hypertension is a non-communicable chronic disease that affects most of the population. This disease has become a worldwide concern that in his Genesis has multifactorial components. It has high rates of morbidity and mortality that plague so many developed and developing ones, thus generating a significant loss of quality of life and the adult working population, with fatal or disabling outcomes. There is a necessity and a major concern of an active search of these patients before the disease progresses. Track and early diagnosis of the target population is critical. According to the situational diagnosis made in 2015 to the Family Health Strategy (FHS) I do Planalto, municipality of Montes Claros- MG presented a large number of hypertensive patients in their area, many still not accompanied by the health team. The work aims to propose an action plan to carry out search for unregistered hypertensive, undiagnosed and perform the correct registration of all patients with systemic hypertension; the territory covered ESF Plateau I, as well as educating the public of the disease. a review to a greater understanding of the subject under study was performed. The intervention plan followed the foundations of the authors Campos, Santos and Faria (2013). With this action plan is expected tracking, the health team, the new hypertension before they appear complications of the disease, and the registration of 100% of the hypertensive population assigned the FHS Planalto I within the set deadlines in order to guarantee better quality of life with proper prevention and treatment of hypertension and its complications.

Key words: Basic Norms of Health Care; Treatment Protocols; Primary Health Care; Arterial hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde;

ACS - Agente comunitário de Saúde;

ESF- Estratégia Saúde da Família;

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica;

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano;

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família;

SIAB - Sistema de informação da atenção básica;

SUS - Sistema Único de Saúde;

PAS - Pressão Arterial Sistêmica;

PES - Planejamento Estratégico Situacional;

PIB - Produto Interno Bruto;

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento;

UBS - Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2 JUSTIFICATIVA	Erro! Indicador não definido.
3 OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
3.1 Objetivo geral	Erro! Indicador não definido.
3.2 Objetivos específicos	Erro! Indicador não definido.
4 METODOLOGIA	Erro! Indicador não definido.
5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA	Erro! Indicador não definido.
5.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Erro! Indicador não definido.
5.2 A Estratégia Saúde da Família (ESF)	16
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	Erro! Indicador não definido.
6.1 Diagnostico Situacional da área de abrangência da ESF	Erro! Indicador não definido.
6.2 Priorização dos problemas	Erro! Indicador não definido.
6.3 Problema Selecionado	Erro! Indicador não definido.
6.4 Seleção dos “Nós Críticos”	Erro! Indicador não definido.
6.5 Plano de ação	20
6.6 Desenho das operações	22
6.7 Identificação dos recursos críticos	25
6.8 Análise da viabilidade do plano	25
6.9 Proposta de intervenção	27
6.10 Gestão do plano	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Montes Claros é um município brasileiro, localizando-se a norte da capital do estado de Minas Gerais, distante cerca de 422 km de Belo Horizonte, e a 694 km de distância da capital brasileira, Brasília, Distrito Federal. (MONTES CLAROS, 2016a). Sua população está estimada em 394.350 habitantes. O município conta na sua área urbana com 95.567 famílias e na zona rural com 4.746 famílias, somando um total de 100.312 famílias; conta com 98.540 domicílios particulares permanentes na zona urbana e na zona rural 5.473 numa soma de 104.013 em seu total (IBGE, 2016a; MONTES CLAROS, 2016a).

Montes Claros foi emancipada no século XIX, tendo, há bastante tempo, a indústria e o comércio como importantes atividades econômicas, sendo considerado um polo industrial regional. Atualmente é formada por dez distritos, sendo que é subdividida ainda em cerca de 200 bairros e povoados (MONTES CLAROS, 2016b). A economia é diversificada pelas atividades agropecuárias, industriais e de prestação de serviços. A principal fonte econômica está centrada no setor terciário, com seus diversos segmentos de comércio e prestação de serviços em várias áreas, como na educação e saúde. Em seguida, destaca-se o setor secundário, com complexos industriais de grande porte, além das unidades produtivas de pequeno e médio porte. A agricultura é o setor menos importante da economia. A indústria, atualmente é o segundo setor mais importante (IBGE, 2016b; MONTES CLAROS, 2016b).

Considerada um polo universitário, Montes Claros também conta com a presença de duas universidades públicas e diversas faculdades privadas que oferecem cursos em diferentes áreas. Segundo dados do IBGE (2016a), o índice de analfabetismo no ano de 2000 entre pessoas de 18 a 24 anos de idade era de 2,5%, enquanto que a taxa de alfabetização adulta naquele ano era de 90,0% (a do Brasil era de 84,0%). A taxa bruta de frequência à escola naquele ano era de 74,4%, sendo que no país esse índice era de 81,5%, 10.169 habitantes possuíam menos de um ano de estudo ou não contava com instrução alguma.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Montes Claros é considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para o

Desenvolvimento (PNUD). Seu valor é de 0,770, sendo o 227º maior de todo país (entre 5.565 municípios). A cidade possui a maioria dos indicadores médios próximos com aqueles referentes à média nacional segundo o PNUD. O Produto Interno Bruto - PIB - de Montes Claros é o maior de sua microrregião, destacando-se na área de prestação de serviços. O PIB *per capita* é de R\$ 9.665,14 (IBGE, 2016b).

A taxa de urbanização corresponde a 95,2%. A renda média familiar na zona urbana é de R\$931,59 por família, sendo R\$255,00 per capita. O salário médio mensal de todo município era de 2,2 salários mínimos (MONTES CLAROS, 2016a; 2016b).

O município conta com água tratada, energia elétrica, esgoto, limpeza urbana, telefonia fixa e telefonia celular. Em 2016, 92,77% dos domicílios eram atendidos pela rede geral de abastecimento de água; 90,04% das moradias possuíam lixo coletado por serviço de limpeza e 85,52% das residências possuíam rede geral de esgoto ou pluvial (MONTES CLAROS, 2016c).

O Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros foi criado em 16 de maio de 1991, através do decreto de Lei nº 1.150/1991. É composto, como se prevê na lei, por 50% de representantes de usuários, 25% Trabalhadores da Saúde, 25% Gestores e Prestadores de serviços; sendo 24 conselheiros titulares e 24 suplentes, cada um deles indicado por suas respectivas entidades através de ofício encaminhado à mesa diretora. O Presidente do Conselho, de acordo com o Regimento Interno, é o Secretário Municipal de Saúde. (MONTES CLAROS, 2016d). Montes Claros é considerada um polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade atendendo a muitos municípios da microrregião (MONTES CLAROS, 2016a).

Durante esse período inicial de trabalho junto a ESF Planalto I, com dados do SIAB do mês de julho de 2015, a ESF Planalto I tem cadastrado um total de 2.153 usuários, com um total de 546 famílias assistidas divididas em seis microáreas. Neste território do bairro Planalto encontram-se Escola Pública, Unidade Básica de Saúde, Igreja Católica, espaços sociais e institucionais, praça e um comércio bem diversificado incluindo padarias, mercearias, bares, sorveteria, farmácia, sacolão, pequenos restaurantes, salão de beleza e ponto de moto taxi e serviços de transporte público coletivo.

Dos hábitos nocivos observados e que são predominantes nesta área, se tem em primeiro lugar os fumantes, 20% do total da população, seguindo a ingestão de álcool 5%, também temos uma quantidade considerável de pessoas que consomem álcool sem chegarem ao alcoolismo compreendido no grupo etário entre 15 anos e mais anos, também temos a alimentação inadequada com ingestão excessiva de sal e gorduras, não realização de exercícios físicos frequentes, sendo os principais fatores de riscos para as doenças crônicas não transmissíveis. Outro hábito nocivo em nossa comunidade é o consumo excessivo de drogas estupefacientes (barbitúricos e ansiolíticos) pela maioria da população, muitas vezes, por indicação médica.

Na área de abrangência existe ainda a necessidade de trabalho de pesquisa para observação de pessoas com doenças crônicas, com a finalidade de aumentar o controle e a prevenção das mesmas, assim como fazer ações de educação em saúde sobre os riscos das mesmas, na tentativa de diminuir a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. A mortalidade por doenças crônicas ainda é a principal causa de óbitos que prevalece na região, sendo, na sua maioria, por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares da Hipertensão Arterial e hipercolesterolemia.

A Estratégia de Saúde da Família da equipe do Planalto I, abrange os bairros Planalto, Jardim Planalto (onde se encontra o Condomínio Portal do Itamaraty) e bairro Raul Lourenço e é composta por 1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Auxiliar de Enfermagem, 1 Dentista, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 6 Agentes Comunitários de Saúde. Contamos com um bom espaço físico para trabalhar e com adequadas divisões de consultórios, salas e áreas comuns. A unidade é arejada e agradável e consta de um lugar bem distribuído e aproveitado, adequado para a espera de atendimento aos pacientes, com assentos, banheiro e água para os mesmos.

Os dados qualitativos aqui demonstrados foram coletados através de entrevistas, do fechamento do SIAB julho, de informações de informantes-chaves e de observação direta, ainda estão em fase de consolidação pela equipe nova do PSF PLANALTO I.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 45% dos homens adultos e 35,5% das mulheres, e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incluindo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o infarto do miocárdio, que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos. Em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde SES/MG estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MENDES, 2010).

É necessário realizar adesão adequada ao tratamento da hipertensão arterial tendo como prioridade a redução os fatores de risco (alimentação inadequada, consumo de bebidas alcoólicas, fumar, ingestão excessiva de sal, inatividade física, obesidade) e das possíveis complicações (acidente vascular cerebral- AVC, infarto do miocárdio e doença renal crônica), pois essa doença pode cursar silenciosamente e levar o paciente ao óbito. É um problema que deve ser considerado como progressivo, além do fato dos usuários não hipertensos e hipertensos já diagnosticados não seguirem as recomendações dos profissionais da saúde (BRASIL, 2006).

O estilo de vida socioeconômico e cultural da região do Norte de Minas Gerais e em especial em Montes Claro-MG, faz com que se tenha um considerável aumento da prevalência da hipertensão arterial e devido a isso se justifica o desenvolvimento de nova estratégia/plano de intervenção como resposta a necessidade objetiva de maior busca aos hipertensos, suas complicações e de se oferecer uma educação em saúde para estes pacientes pré-hipertensos e aos já hipertensos para um adequado tratamento para que se possa mudar esta realidade na região em um futuro próximo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção que organize as ações realizadas pela equipe de saúde, permitindo o melhor controle de usuários hipertensos não diagnosticados e não cadastrados, da área de abrangência da ESF do Planalto I do município de Montes Claros - MG.

3.2 Objetivos específicos

- a) Realizar a busca ativa por hipertensos não diagnosticados e não cadastrados;
- b) Realizar o recadastramento de todos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- c) Realizar educação em saúde da população sobre a importância da adesão adequada ao tratamento;
- d) Organizar o serviço.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema na base de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e por redes eletrônicas que estão abertas ao acesso ao público em geral, por meio dos seguintes descritores em seu buscador: Normas Básicas de Atenção à Saúde; Protocolos de Tratamento; Atenção Primária de Saúde; Hipertensão Arterial; Intervenção; Estratégia Saúde da Família (ESF). Isso proporcionou a fundamentação científica necessária, conforme os recursos cognitivos previstos no Projeto de Intervenção. Foi utilizado o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), dos autores Campos, Faria e Santos (2013), após processado os problemas identificados no diagnóstico situacional por estimativa rápida do ESF realizado em 2015, o qual foi desenvolvido através de informantes-chaves da população local, reuniões e levantamento de dados com a equipe ESF Planalto I através de registros da Prefeitura Municipal de Montes Claros, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), SIAB e Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), resultando uma reflexão conjunta que contemplasse a opinião de todos os atores sociais envolvidos.

Foi elaborado um plano de ação para enfrentamento do problema identificado como prioritário: a falta de busca ativa por pacientes jovens hipertensos sem diagnóstico, e a assistência ineficaz para estratificar o risco e as complicações dos já hipertensos da área de abrangência da equipe.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS é uma doença que se constitui como um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, ocupando um dos primeiros lugares nos índices de morbimortalidade (SILVA; COLÓSIMO; PIERIN, 2010).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis sustentados e elevados de pressão arterial (considerada como PA \geq 140 x 90mmHg), e frequentemente associa-se às alterações funcionais estruturais em órgãos-alvos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e a alterações metabólicas com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais que são capazes de deixar sequelas (BRASIL, 2010).

De acordo com Barreto *et al* (2016, p. 112):

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta gênese multifatorial, caráter crônico insidioso e evolução oligo/assintomática, o que contribui para a não adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso e/ou para o inadequado controle pressórico. A manutenção de níveis tensionais elevados, por sua vez, se constitui em fator de risco para o surgimento de complicações a médio e longo prazo, as quais seguramente implicam na necessidade de maior controle da Pressão Arterial (PA) da população, pelos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS).

Seu tratamento é composto por grupos de medicamentos que atuam em diversos âmbitos almejando a redução da mortalidade cardiovascular. Nesse sentido, esclarece Barreto *et al* (2016, p. 112) acerca do tratamento da HAS:

[...] é fundamental que a equipe de saúde investigue os hábitos e o estilo de vida das pessoas com HAS, durante o atendimento, nas consultas médicas e de enfermagem, a fim de obter dados concretos para o planejamento de uma assistência individualizada, sistematizada e holística, com vistas ao controle efetivo da doença.

Dentre os fatores que podem contribuir com a predisposição à HAS, destaca-se os fatores hereditários e etários, mas complementando o indicado no anteriormente, os hábitos contribuem e muito com a caracterização da doença, sobretudo em virtude da obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de sal na alimentação, álcool, tabagismo e a presença de diabetes (VENÂNCIO *et al*, 2015).

Logo, é de crucial importância a identificação destes fatores de risco, independentemente de sua origem, posto que afetam diretamente as propensões ao surgimento do HAS. Necessário, pois, a incidência de terapia medicamentosa adequada seguida da recomendação de alteração dos comportamentos de risco anteriormente expostos, com a finalidade de melhorar a convivência com a doença e a adesão ao tratamento, daqueles que sejam portadores ou; preventivamente, minimizar as chances de sua caracterização. (LIMA *et al*, 2016).

Para a estratificação de risco cardiovascular recomenda-se a utilização do escore de Framingham. Que tem como objetivo estimar o risco que cada indivíduo tem de sofrer uma doença arterial coronariana com possíveis desfechos fatais ou de sequelas nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como idade, sexo, níveis pressóricos com tratamento ou não, tabagismo, diabetes, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, separa-se os indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais agressivas como mudanças radicais no estilo de vida, e mudanças medicamentosas (BRASIL, 2010).

Neste sentido, é de suma importância que as intervenções promovam a mitigação do cenário em tela de riscos cardiovasculares, estabelecendo concomitantemente a melhoria dos indicadores para a maior propensão a se portar a HAS. Exemplos são: a classificação de risco, exames complementares e tomadas de decisões baseadas em evidências, corretas prescrições medicamentosas; análise crítica dos resultados obtidos, proporcionando o melhor tratamento possível e a maior satisfação dos enfermos que dela se valham (SILVA *et al*, 2016)

A elevação persistente da pressão arterial lesiona todos os vasos sanguíneos, potencialmente prejudicando os órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos, também provocam perda de elasticidade e o espessamento das paredes arteriais, assim ocorre o aumento da resistência vascular periférica nestes vasos. As principais consequências da hipertensão arterial descontrolada são as doenças como o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais e outras (POTTER; PERRY, 2001).

Na atenção básica, a atuação da equipe multidisciplinar é fundamental desde o cadastramento do hipertenso, até o diagnóstico e tratamento. Sendo imprescindível a execução de um plano de intervenção na ESF para garantir o processo de assistência adequada à saúde da população. A equipe multiprofissional, ao trabalhar conjuntamente com o paciente hipertenso as ações de saúde, irá favorecer seu envolvimento com o tratamento e com isso haverá maior controle dos níveis de pressão arterial. A assistência prestada às pessoas com hipertensão arterial requer por parte da equipe de saúde uma atenção especial à problemática do autocontrole, que por sua vez apresenta estreita relação com o processo de adesão ao tratamento (SILVA; COLÓSIMO; PIERIN, 2010).

A equipe multiprofissional da ESF tem um papel primordial nas estratégias de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devendo ter sempre em primeiro plano o princípio fundamental da prática centrada na pessoa, para envolver os usuários e cuidadores em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013).

5.2 A Estratégia Saúde da Família (ESF)

No ano de 1988 a saúde passou a ser estabelecida na legislação brasileira como direito de todos os brasileiros a ser assegurado pelo Estado. O Programa Saúde da Família (PSF) foi iniciado em junho de 1991, tendo como antecessor o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS). Em 1994 foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família, incorporado a si a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. O PSF é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, denominado atualmente por Estratégia de Saúde da Família (ESF). É uma proposta de reestruturação da atenção primária a saúde, sendo centrada na família, e em seu ambiente físico e social (MARTINS; GARCIA; PASSOS, 2008).

Toda mudança de hábitos requer um processo educativo contínuo, e esse se dá de uma forma lenta e gradual para uma verdadeira mudança no estilo de vida. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde que trabalham com esses pacientes, devem atender às necessidades de cada um,

vendo cada paciente como um todo, à medida que o paciente mantenha o seu tratamento (ALMEIDA, 2004).

Para a implementação de ações para melhorias e mudanças no estilo de vida dos usuários, o profissional da saúde deve procurar conhecer a história de cada paciente individualmente, para desta forma elaborar estratégias que possam contribuir para adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da sua doença na perspectiva de consolidar ações que efetivem os princípios do SUS e assegurem o cuidado integral e humanizado (SOUZA, 2003).

A ESF é um projeto dinamizador do SUS, elaborada através da evolução e melhorias do sistema de saúde no Brasil. A rápida expansão da Estratégia Saúde da Família por todo o país comprova a aceitação e adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. O programa conta com ações de promoção, prevenção da saúde, recuperação, reabilitação de doenças e agravos. Hoje chamada de Estratégia Saúde da Família, pois não é só um programa e sim um novo modelo de assistência onde a família e seu entorno, passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão melhor do processo saúde e doença (SANTANA et al., 2009). Martins, Garcia, Passos (2008) afirmam que se faz necessário que através de ações de saúde se aumentem a participação social dos usuários, com a o intuito de que assim os usuários se sintam corresponsáveis na gestão e controle da Saúde. A ampliação da participação se fortalece quando se viabiliza a capacidade de grupos de interesse em influenciar, direta ou indiretamente, a formulação de gestão de políticas públicas.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência da ESF

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF PLANALTO I realizada em 2015 no período de julho a novembro, foram identificados os seguintes problemas prioritários que atingem a população:

- a. Alta incidência de hipertensão arterial.
- b. Baixo nível de cultura higiênica alimentar.
- c. Alto índice de tabagismo.
- d. Alto índice do consumo de álcool e estupefacientes.
- e. Falta de estrutura de área adequada para atividades recreativas

6.2 Priorização dos problemas

Quadro 1: Planilha de Priorização de Problema da Equipe de Saúde da Família Planalto I, Montes Claros-MG, 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	1
Baixo nível de cultura higiênica alimentar.	Alta	5	Parcial	2
Alto índice de tabagismo	Alta	5	Parcial	3
Alto índice do consumo de álcool e estupefacientes.	Alta	4	Parcial	4
Falta de estrutura de área adequada para atividades recreativas.	Alta	4	Fora	5

Fonte: próprio autor (2016).

6.3 Problema Selecionado

O problema selecionado foi a Alta incidência de hipertensão arterial. Dentro das análises durante o atendimento da livre demanda e da atenção programada e com a recente realização da estratificação do risco cardiovascular de Framingham identificou-se que a maioria dos usuários da Estratégia da Saúde da Família (ESF) do Planalto I são portadores de doenças crônicas – ênfase na HAS, dentre outras. E em relação a este aspecto há usuários que não seguem as orientações recomendadas (alimentação

inadequada, hábitos tóxicos, sedentarismo não fazem exercícios planejados, não realizam os exames de controle conforme o protocolo, e abandono do tratamento, etc.), ou seja, uma adesão inadequada/não aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico por parte do usuário que não conseguirá uma otimização do controle da sua enfermidade. A identificação das causas é fundamental porque para enfrentar um problema devem-se atacar suas causas.

6.4 Seleção dos “Nós Críticos”

Hoje a hipertensão arterial constitui um problema de saúde pública mundial, que atinge todas as classes sociais, é comprovadamente um fator de risco para uma série de agravos a saúde e doenças associadas a ela, o tratamento é focado em medidas não farmacológicas e farmacológicas. Para uma adequada prevenção é fundamental identificar novos hipertensos sem diagnóstico, cadastrar e acompanhar a estes pacientes a fim de se obter informações necessárias para avaliar suas condições de saúde e riscos, bem como planejar as melhores estratégias de intervenção, a fim de reduzir os índices de morbimortalidade no território. Com este intuito, a ESF Planalto I tem como prioridade a necessidade de cadastramento de 100% da população adscrita que apresenta HAS. Os seguintes nós críticos foram selecionados:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Pressão social;
- Nível de informação;
- Estruturas dos serviços de saúde;
- Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema.

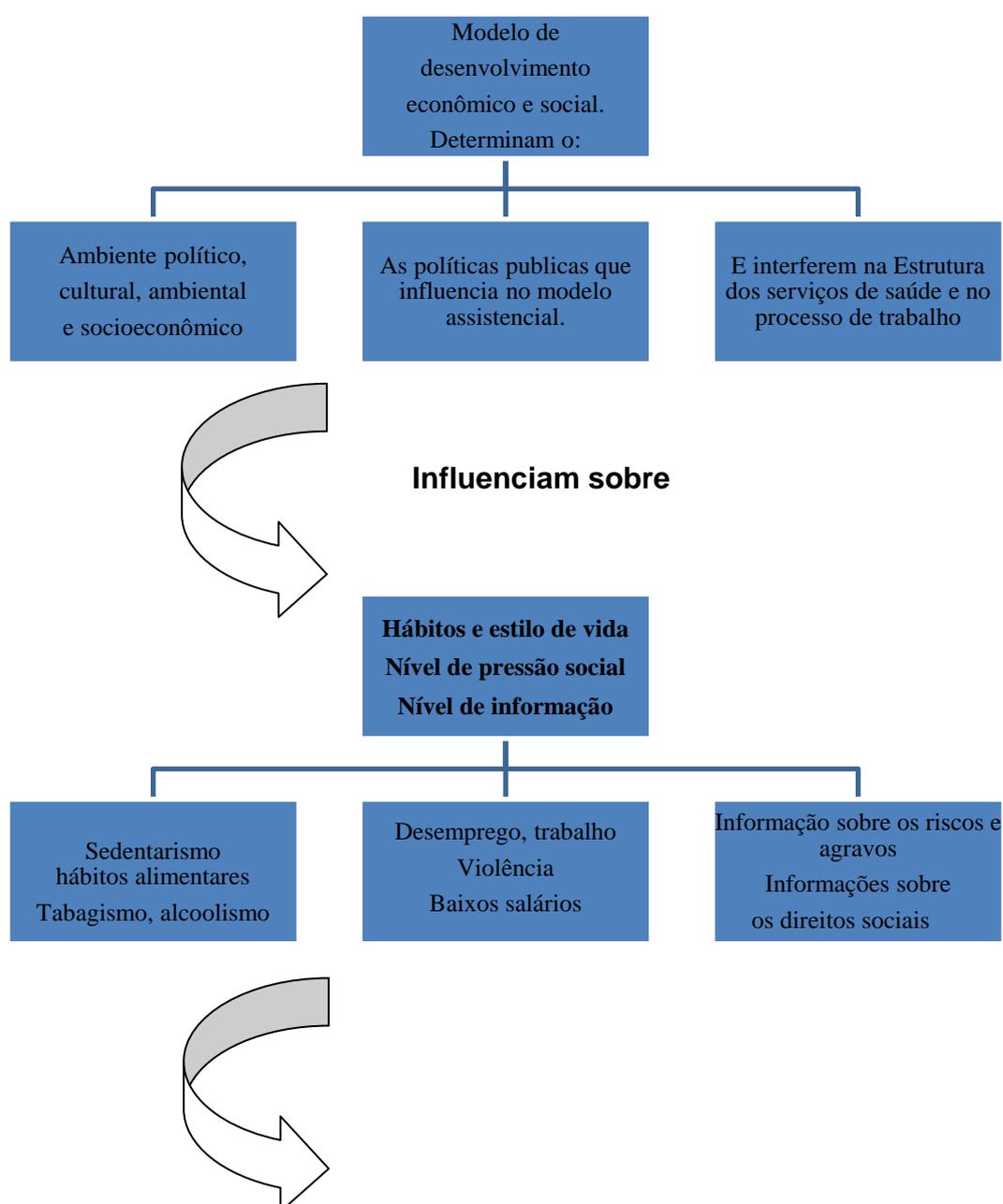
6.5 Plano de Ação

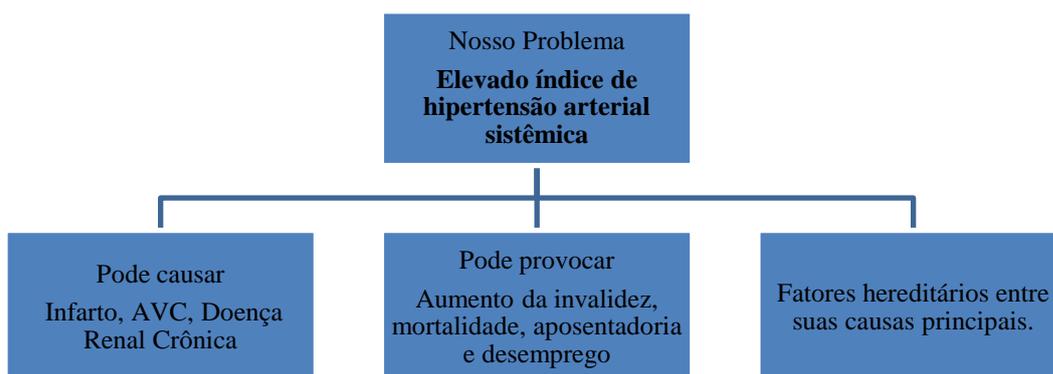
No Brasil, a hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 45% dos homens adultos e 35,5% das mulheres, e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incluindo o AVC e o infarto do miocárdio, que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país (BRASIL, 2010)

Nossa Equipe utilizou dados do SIAB que serviram para diagnosticar as discrepâncias das informações no consolidado de doenças crônicas, utilizando as fichas A e os cadastros de hipertensão, além dos prontuários de acompanhamento ambulatorial.

Os esquemas possibilitam uma caracterização do problema, muito útil para organizar a agenda de trabalho da equipe, monitoramento e avaliação da eficácia e eficiência das ações e o relacionamento com outras doenças.

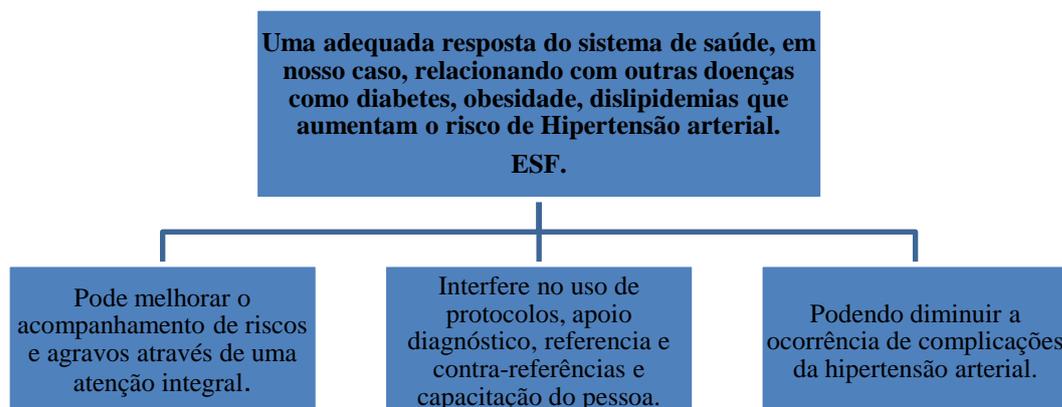
Esquema 1: Caracterização do problema da Equipe de Saúde da Família Planalto I, Montes Claros-MG, 2015.





Fonte: próprio autor (2016).

Esquema 2: Relação com outras doenças como diabetes, obesidade, dislipidemias que aumentam o risco de Hipertensão arterial. Equipe de Saúde da Família Planalto I, Montes Claros-MG, 2015.



Fonte: próprio autor (2016).

6.6 Desenho de Operações

A partir dos “nós críticos” identificados do elevado índice de hipertensão arterial propomos as operações necessárias para sua solução, os produtos e resultados esperados e os recursos necessários a sua execução.

Quadro 2: Nós críticos, operações, resultados, produtos e recursos para a execução do plano de ação da Equipe de Saúde da Família Planalto I, Montes Claros-MG, 2015.

“Nós Crítico”	Operação	Resultados esperados.	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Mais saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano. Além de diminuir o uso excessivo de sal, café e alimentos gordurosos.	Programa de caminhada orientada. Campanha educativa nas palestras do hiperdia e rodas de conversa entre os grupos/escola	Organizacional - para organizar as caminhadas e as palestras. Cognitivo - informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Político - mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino. Financeiros - para aquisição de recursos áudios-visuais Folhetos educativos
Pressão social	Viver melhor. Aumentar a oferta de emprego	Diminuição de desemprego	Programa de geração de emprego.	Cognitiva-Elaboração e gestão de projetos de geração de empregos. Política aprovação dos projetos Financeiro-financiamento dos projetos.
Nível de Informação	Saber mais. Aumentar o nível de	População mais informada sobre hipertensão	Avaliação do nível de informação da	Cognitivos – Conhecimento sobre o tema e sobre

	informação da população sobre a hipertensão arterial e suas complicações.	arterial.	população sobre hipertensão arterial. Campanha educativa na unidade básica de saúde e na escola. Capacitação dos ACS e dos cuidadores.	estratégias de comunicação. Organizações - organização da agenda. Políticos - articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar melhor. Orientar a importância do acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial.	Orientar a importância do acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial.	Capacitação pessoal. Contratação de compra de exames e consultas especializadas. Compra de medicamentos.	Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros - aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos. Cognitivo - elaboração do projeto de adequação.
Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema	Manter a linha de cuidado para hipertensão arterial, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.	Cobertura de 80% da população com elevado índice de hipertensão arterial.	Linha de cuidado para hipertensão arterial implantada. Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados. Regulação implantada. Gestão da linha de cuidado implantada.	Cognitivo - elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos. Político - articulação entre os setores da saúde e de adesão dos profissionais. Organizacional - adequação

				de fluxos (referência e contra referência).
--	--	--	--	---

Fonte: próprio autor (2016).

6.7 Identificação de Recursos Críticos

Todo processo de transformação da realidade consome recursos em maior ou menor grau, portanto, a transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos. Os Recursos críticos são aqueles indispensáveis para a realização de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso a equipe terá que criar estratégias para que possa viabilizá-los.

Quadro 3: Operação e recursos críticos do plano de ação da Equipe de Saúde da Família Planalto I, Montes Claros-MG, 2015.

Operação	Recursos Críticos
Mais saúde. Modificar hábitos e estilos de vida.	Político - conseguir os espaços nas escolas e redes sociais. Financeiros - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Saber mais. Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	Políticos - articulação com secretaria de educação e da saúde.
Cuidar melhor. Orientar a importância do acompanhamento dos pacientes.	Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Organizacionais: Organizar agenda, palestras.
Manter a linha de cuidado.	Político - articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Financeiro - recurso necessário para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).

Fonte: próprio autor (2016).

6.8 Análise da viabilidade do plano

Quadro 4: Análise da viabilidade do plano de ação da Equipe de Saúde da Família Planalto I, Montes Claros-MG, 2015.

Operações	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que Controla	Motivação	
Mais saúde. Modificar hábitos e estilos de vida.	Político conseguir espaços escolas e redes sociais. Financeiros - para aquisição recursos audiovisuais, folhetos educativos.	- Secretário de Educação e Diretora da escola. Secretário de Saúde.	Favorável Favorável	Organização do serviço.
Viver melhor. Aumentar a oferta de emprego.	Político: mobilização social em torno das questões do desemprego. Financeiro: Financiamento dos projetos.	Ministério de ação social.	Indiferente	Apresentar o projeto Apoio das associações.
Saber mais. Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	Políticos articulação com Secretário de Educação.	- Secretário de Educação.	Favorável.	Organização do serviço.
Cuidar melhor. Orientar importância do acompanhamento dos pacientes.	Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro aumento da oferta de exames, consultas, medicamentos e equipamentos	Prefeito Municipal. Secretário Municipal de Saúde. Fundo Nacional de Saúde.	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede.
Manter a linha de cuidado.	Político articulação entre os setores da	- Secretário Municipal de Saúde.	Favorável.	Reuniões com equipe para

	saúde e adesão dos profissionais.			apresentar e mostrar benefícios.
--	-----------------------------------	--	--	----------------------------------

Fonte: próprio autor (2016).

6.9 Proposta de intervenção

Foi realizada a elaboração do plano operativo da equipe. Foram designados os responsáveis por cada operação e possível execução das mesmas, se estabeleceu os prazos para redução e controle dos pacientes com Hipertensão Arterial e suas complicações.

Quadro 5: Proposta de intervenção da Equipe de Saúde da Família Planalto I, Montes Claros-MG, 2015.

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 1 ano	Programa de caminhada orientada; Campanha educativa pela equipe de saúde.	Organização do serviço.	Enfermeira e médico.	3 meses para o início das atividades
Viver Melhor Orientar a cultura sanitária.	Aumentar os conhecimentos sobre a cultura sanitária.	Rede Saúde	Apresentar o projeto Apoio das associações.	Agente comunitário. Enfermeira e médico.	Apresentar o projeto em 3 meses a 9 meses; 3 meses para início das atividades.
Saber mais Aumentar o nível de informação da	População mais informada sobre riscos cardiovasculares	Avaliação do nível de informação da população sobre risco	Organização do serviço.	Enfermeira e médico.	Início em 4 meses e término em 6 meses.

população sobre os riscos cardiovasculares		cardiovascular; campanha educativa na rádio local, programa de saúde escolar; capacitação dos ACS e dos cuidadores			
Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco de hipertensão arterial.	Oferta aumentada de consultas, exames e medicamentos.	Capacitação pessoal; Contratação de compra de exames e consultas especializadas; Compra de medicamentos	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Secretaria de Saúde.	4 meses para apresentação do projeto e 8 meses para aprovação e liberação dos recursos e 4 meses para compra dos equipamentos. Início em 4 meses. E finalização em 8 meses
Linha de cuidado	Cobertura de 80% da população com risco cardiovascular aumentado	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; Protocolos implantados de recursos		Secretaria de saúde Coordenador de ABS	Início em 3 meses e finalização em 12 meses

		humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada			
--	--	--	--	--	--

Fonte: próprio autor (2016).

6.10 Gestão do plano

A gestão deve coordenar e acompanhar a execução das operações do projeto, indicando correções quando necessário. Deve, ainda, garantir o uso eficiente dos recursos, promovendo a comunicação entre todos os participantes do projeto. O tempo para execução está estimado em 6 meses.

Quadro 5: Planilha de Acompanhamento de Projeto da Equipe de Saúde da Família Planalto I, Montes Claros-MG, 2015.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada orientada.	Médico	3 meses	Programa implantado e implementado em todas as micro áreas.		
Campanha educativa pela equipe de saúde.	Enfermeira e equipe de saúde.	3 meses	Atrasada	Formato e duração do programa definidos; Conteúdo definidos;	2 meses
Projeto de uma consulta especializada	Médico	3 meses	Projeto ainda em discussão com a secretaria municipal de saúde	Pendente aprovação do ministério de saúde	3 meses
Reunião de coordenação com a secretaria de educação	Secretaria de saúde e secretaria de educação	1 mês	Reunião pendente de execução	Pendente realizar por encontra-se a secretaria de educação em processo	1 mês

				de planejament o	
--	--	--	--	------------------------	--

Fonte: próprio autor (2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do plano de intervenção para a ESF do Planalto I evidenciou-se a necessidade de ações a serem implementadas pela equipe, para assim alcançar o objetivo principal, que é a ampliação da assistência aos pacientes em risco de hipertensão e a melhoria da qualidade do atendimento e acompanhamento dos já hipertensos em nossa área de abrangência, bem como o cadastramento de 100% da população hipertensa adscrita a ESF os

quais hoje não se encontram todos cadastrados, e isto deverá ser realizado dentro do prazo estabelecido neste plano de intervenção.

Para alcançar o sucesso no cumprimento da proposta do plano de intervenção será necessária a participação de toda a equipe multidisciplinar, será necessário que se trabalhe de forma organizada e integrada no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde implantadas, dentre elas: o cadastramento dos hipertensos não cadastrados, a busca dos pacientes com risco de hipertensão através da aferição pressórica, a realização de grupos educativos contínuos para além de propagar informações criar vínculos com os pacientes, a realização de acompanhamento em consultas, encaminhamento a especialistas quando se rastrear precocemente as complicações dos pacientes hipertensos de longa data. Para assim garantir melhor atendimento e qualidade de vida aos nossos pacientes da ESF Planalto I.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. M. S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz - RN.** 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BARRETO, M.S.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. **Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária.** 2016. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Caderno da atenção básica**. 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n.37), 2013.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

IBGE. **Minas Gerais, cidades**. 2016a. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=314330>> Acesso em: 24 de setembro 2016.

IBGE. **Produto Interno Bruto dos Municípios**. 2016b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=46> Acesso em: 24 de setembro 2016.

LIMA, J. C.; SANTOS, A.L.; MARCON, S.S. **Percepção de usuários com hipertensão acerca da assistência recebida na atenção primária**. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online); 8(1): 3945-3956, jan.-mar. 2016.

MARTINS, J.S.; GARCIA, J. F.; PASSOS, A.B.B. **Estratégia Saúde da Família: população participativa, saúde ativa**. Revista Enfermagem Integrada, v.1, n.1. Ipatinga:Unileste- MG, Nov./ dez. 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Rev Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MONTES CLAROS. Prefeitura Municipal. **Aspectos gerais**. 2016a. Disponível em: <http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos_gerais.htm> Acesso em: 24 de setembro 2016.

MONTES CLAROS. Prefeitura Municipal. **História**. 2016b. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwibw_6QkbrPAhUCgpAKHbcnA2wQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.montesclaros.mg.gov.br%2Fcidade%2Faspectosgerais%2Fhistoria.htm&usq=AFQjCNHYhpGX_Xm6DJ9wA4k5ZBM3Z4Sd3A&sig2=w5D1BfrBOFWVCZYQm4f6A> Acesso em: 24 de setembro 2016.

MONTES CLAROS. Prefeitura Municipal. **Saúde**. 2016c. Disponível em: <<http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectosgerais/saude.htm>> Acesso em: 24 de setembro 2016.

MONTES CLAROS. Prefeitura Municipal. **Secretária Municipal de Saúde de Montes Claros**. 2016d. Disponível em: <<http://www.montesclaros.mg.gov.br/saude/index.htm>> Acesso em: 24 de setembro 2016.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática**. São Paulo: Editora Santos livraria, 2001, 3^oed.

SANTANA, J. C. B.; VASCONCELOS, A. L.; MARTINS, C. V.; BARROS, J. V.; SOARES, J.M.; DUTRA, B. S. **Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da Família**. Cogitare Enferm., v.14, n.4, p. 645- 652, 2009.

SILVA, S. S. B. E.; COLÓSIMO, F. C.; PIERIN, A. M. G. **O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial**. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(2):488-96.

SOUZA, E. R. F. **Vivência de hipertensos no município de Narazerinho no que concerne ao seu tratamento**. 2003. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

VENANCIO, S.I.; ROSA, T. E.C.; BERSUSA, A. A. S. **Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes *mellitus***: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. 2015. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Instituto de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde. São Paulo-SP, Brasil.