

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

**YAMIL OVIDIO GONZALEZ MARTINEZ**

**ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA  
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTOS NO  
POSTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOM JESUS MUNICÍPIO DE  
DIAMANTINA**

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS  
2016**

YAMIL OVIDIO GONZALEZ MARTINEZ

**ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA  
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTOS NO  
POSTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOM JESUS MUNICÍPIO DE  
DIAMANTINA**

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.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Ma. Wânia Cristina da Silva

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS  
2016

**YAMIL OVIDIO GONZALEZ MARTINEZ**

**ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA  
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTOS NO  
POSTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOM JESUS MUNICÍPIO DE  
DIAMANTINA**

**Banca examinadora**

Prof. Wânia Cristina da Silva (orientadora)

Prof. Daniela Coelho Zazá (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2016.

## DEDICATÓRIA

À minha equipe de saúde que compartilhou a realização deste trabalho.

*“Recordar é fácil para quem tem memória, esquecer é difícil  
para quem tem coração”.*

(Gabriel Garcia Márquez)

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Ma. Wânia Cristina da Silva pela dedicação e paciência.

À minha equipe, pela ajuda.

À Coordenação do Programa Estratégia em Saúde da Família, pelo apoio.

## RESUMO

Estima-se que as doenças cardiovasculares (DCV) sejam a causa principal de mortalidade no mundo e no Brasil. Segundo vários estudos, as DCV estão ligadas a genética, estilo de vida (dieta inadequada, sedentarismo) e qualidade de vida, sendo estes, seus principais fatores de risco. A hipertensão arterial sistêmica tornou-se uma problemática para a saúde pública mundial, devido sua alta incidência e associação com DCV. No município de Diamantina, a principal causa de óbito são as doenças do aparelho circulatório tanto em homens como em mulheres. Esse mesmo contexto acontece no PSF de Bom Jesus, isto é, doenças do aparelho circulatório associadas, na maioria dos casos, à Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS. Assim, este estudo objetivou elaborar um Projeto de Intervenção para aumentar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial, principal doença crônica presente na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Bom Jesus, em Diamantina – Minas Gerais. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional e pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: hipertensão, prevenção e tratamento. Também se fez pesquisa nos documentos do Ministério da Saúde. Espera-se que com a implantação do plano de intervenção a população tenha maior conhecimento a respeito de hipertensão, os principais fatores de risco, como prevenir, a importância do tratamento correto, alimentação saudável, exercícios físicos, para uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão; Prevenção; Tratamento.

## **ABSTRACT**

It is estimated that cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of mortality worldwide and in Brazil. According to several studies, CVD is linked to genetics, lifestyle (poor diet, sedentary lifestyle) and quality of life, the latter being the main risk factors. Hypertension has become a problem for global public health, due to its high incidence and association with CVD. In the city of Diamantina, the leading causes of death are diseases of the circulatory system in both men and women. The same happens in the context of PSF Bom Jesus, i.e. cardiovascular diseases associated in most cases with hypertension. This study aimed to elaborate an intervention project to increase the level of knowledge about hypertension, primary chronic disease present in the area covered by the Health Team Bom Jesus family in Diamantina - Minas Gerais. To develop the Intervention Plan we used the Strategic Planning Method Situational literature in the Virtual Health Library with the descriptors: hypertension, prevention and treatment. Also did research in the Ministry of Health documents. It is expected that with the implementation of the contingency plan the population has greater knowledge about hypertension, the major risk factors, such as prevention, the importance of correct treatment, healthy eating, and physical exercises for a better quality of life.

Keywords: Hypertension; Prevention; Treatment.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CISAJE	Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto Jequitinhonha
CVV	Centro Viva Vida
DCV	Doenças Cardiovasculares
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HNSS	Hospital Nossa Senhora da Saúde
NAOPE	Núcleo de atendimentos a pacientes especiais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Estimativa de população residente segundo a faixa etária e sexo, Diamantina, 2010 .....	13
Tabela 2 – Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária, Diamantina, 1991, 2000 e 2010. ....	14
Tabela 3 – Recursos humanos do posto de saúde Bom Jesus.....	18
Na Tabela 4 estão apresentados os atendimentos realizados aos programas pela equipe da UBS de Bom Jesus de abril-agosto 2014. ....	18
Tabela 4 – Atendimento aos programas pela equipe da UBS de Bom Jesus de abril-agosto 2014.....	19
Tabela 5 – Procedimentos realizados pela equipe da UBS de Bom Jesus de abril-agosto 2014.....	19
Tabela 6 – Classificação da PA sistólica (mmhg) PA diastólica (mmhg).....	28
Tabela 7 – Priorizações dos Problemas.....	30
Quadro 1 – Desenho de operações para os nós críticos do problema de elevada prevalência das doenças crônicas não transmissíveis na população- principalmente a Hipertensão arterial Sistêmica (HAS) do PSF Bom Jesus .....	31
Quadro 2 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos”do problema de elevada prevalência : as doenças crônicas não transmissíveis entre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população do PSF Bom Jesus. 2014-2015. ....	35
Quadro 3 – Propostas de ações para a motivação de realização do projeto de intervenção no PSF Bom Jesus. 2014-2015. ....	37
Quadro 4 – Plano Operativo para realização do projeto de intervenção em PSF Bom Jesus. 2014-2015.....	39

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	12
1.1	Fundo Municipal de Saúde .....	15
1.2	Sistema de referência e contra referência .....	15
1.3	Prefeitura municipal de Diamantina secretaria municipal de saúde.....	16
1.3.1	Redes de média e alta complexidade .....	17
2	JUSTIFICATIVA .....	21
3	OBJETIVOS .....	23
3.1	Objetivo geral.....	23
3.2	Objetivos específicos .....	23
4	METODOLOGIA.....	24
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	25
5.1	Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS .....	25
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	29
6.1	Descrição do problema .....	30
6.2	Explicação do problema.....	31
6.3	Desenho de operações.....	31
6.4	Identificação dos recursos críticos .....	35
6.5	Análise de viabilidade do plano.....	36
6.6	Elaboração do plano operativo .....	39
	Foi elaborado um plano operativo para desenvolvimento das ações a serem realizadas com os pacientes hipertensos, tal como demonstrado no Quadro 4:.....	39
7	CONCLUSÕES .....	42
	REFERÊNCIAS.....	43

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Diamantina está localizado na região Centro Norte do estado de Minas Gerais – Alto Vale do Jequitinhonha, distante a 292 km da capital, Belo Horizonte, seus municípios limítrofes são: Bocaiuva, Carbonita, Senador Modestino Gonçalves, Couto Magalhães de Minas, Augusto de Lima, Buenópolis, Datas, Gouveia e Monjolos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

De acordo com o IBGE (2013), a população de Diamantina é de aproximadamente 45.880 habitantes. Possui uma população urbana de 32.891 e uma população rural de 12.989 e segundo dados do IBGE (2010), Diamantina possui cerca de 16.846 domicílios particulares e aproximadamente 16.952 famílias.

No que concerne á história do município de Diamantina, uma de suas principais versões destaca (IBGE, 2013) que tem quase três séculos de fundação, passando de povoado a arraial até chegar a município, Diamantina é uma cidade rica em história e tradições. Possui um patrimônio arquitetônico, cultural e natural rico e preservado (DIAMANTINA, 2013). Os habitantes são denominados diamantinenses.

O município apresenta uma extensão de 3.891,7 km<sup>2</sup> e a densidade demográfica é de 11,8 habitantes por km<sup>2</sup> (IBGE, 2013).

Sobre o aspecto socioeconômico da cidade, o município está intrinsecamente ligado à exploração do ouro e do diamante. A ocupação inicial do território se deu com Jerônimo Gouvêa, que, seguindo o curso do Rio Jequitinhonha, encontrou nas confluências do Rio Pururuca e Rio Grande, uma grande quantidade de ouro. As principais atividades econômicas do município começaram por volta de 1.722, quando começou o surgimento do povoado, sempre seguindo as margens dos rios que eram garimpados (DIAMANTINA, 2013).

Por volta de 1938, o conjunto arquitetônico do Centro Histórico da cidade de Diamantina foi tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, e no final da década de 90, veio a ter reconhecimento mundialmente como Patrimônio Cultural da Humanidade e recebe o título da UNESCO (DIAMANTINA, 2013).

Atualmente, Diamantina é uma das cidades históricas mais conhecidas e visitadas do país. O casario colonial, de inspiração barroca; as edificações históricas; as igrejas seculares; a belíssima paisagem natural e uma forte tradição religiosa,

folclórica e musical conferem uma singularidade especial à cidade (DIAMANTINA, 2013).

A renda per capita é de R\$435,00, de acordo com IBGE (2010), o abastecimento de Água Tratada é feito pela COPASA e são abastecidos com água tratada 99,27% da população. O recolhimento de Esgoto por Rede Pública, segundo dados da COPASA é de 75,4% do esgoto da cidade e cerca de 98% dos domicílios do município são cobertos por serviços de energia elétrica (IBGE, 2010).

No aspecto demográfico a tabela 1 demonstra a estimativa da população segundo a faixa etária e sexo:

Tabela 1 – Estimativa de população residente segundo a faixa etária e sexo, Diamantina, 2010

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4	1.558	1.455	3.013
5 a 9	1.813	1.728	3.541
10 a 14	2.256	2.168	4.424
15 a 19	2.435	2.463	4.898
20 a 29	4.177	4.369	8.546
30 a 39	3.152	3.354	6.506
40 a 49	2.848	3.120	5.968
50 a 59	1.926	2.119	4.045
60 a 69	1.151	1.338	2.489
70 a 79	651	980	1.631
80 e +	272	547	819
Ignorada	-	-	-
<b>Total</b>	<b>22.239</b>	<b>23.641</b>	<b>45.880</b>

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2013

**Quanto aos Indicadores de saúde, as Taxas de crescimento anual são:**

Crescimento de -0,01% ao ano; **Densidade demográfica:** 11,79 hab./km<sup>2</sup>; e **Taxa de Escolarização:** de 88,5%.

De acordo com o IBGE (2013), o índice de escolarização nesta faixa da população cresceu de forma muito significativa e esta proporção está demonstrada na tabela 2.

Tabela 2 – Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária, Diamantina, 1991, 2000 e 2010.

<b>Faixa Etária</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
5 a 9	33,4	53,3	94,7
10 a 14	85,2	96,9	99,8
15 a 19	90,4	96,7	99,3
20 a 49	83	89,9	95,9
50 e +	60,6	68,4	83
Total	73,5	83,6	88,5

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas (2013)

Com relação aos níveis de condições de vida, a proporção de moradores abaixo da linha da pobreza foi observada uma diminuição de 36,1% nos níveis de pobreza, esse percentual foi medido pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$75,50, que equivale à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000. O Índice de Gini, que indica os níveis de pobreza da população, também apresentou ligeiro declínio no período de 1991 a 2000, em Diamantina, passando de 0,68 para 0,63 (SANTOS, 2001).

De acordo com o artigo 196 da Constituição da República de 1988, o sistema de saúde é fundamentado na assistência universal, integral e igualitária, o Sistema Único de Saúde. Em 25 anos de implantação, a rede cresceu muito e atualmente atende 90% da população por meio de campanhas de vacinação, atendimentos ambulatoriais ou nos serviços de alta complexidade (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006).

Dos Recursos da Saúde, no que se refere à implantação e cobertura a cidade se dispõe de acesso a saúde, iniciando-se a partir da atenção básica que se constitui por 26 Unidade Básicas de Saúde da Família. Estas unidades são o local onde o usuário recebe o primeiro atendimento, e ainda, são responsáveis pela prevenção e tratamento de doenças. Para isso, há programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família está incluída na atenção básica e presente em 100% das unidades.

O sistema local de Saúde tem como função atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive, aspectos econômicos e financeiros. Ele é composto por 16 membros efetivos e 16 suplentes. Destes, nove são representantes de usuários, quatro de trabalhadores e três são representantes dos gestores e prestadores de serviços. O Conselho tem caráter deliberativo, ou seja, ele tem poder de decidir sobre a saúde pública no município de Diamantina. Está previsto na Lei federal nº 8.142/90, que normaliza e participação da sociedade na saúde.

No município existe ainda os Conselhos Regionais de Saúde, representados por 16 conselheiros eleitos e empossados conforme legislação municipal, atuando com o compromisso ético com a saúde pública (BRASIL, 2006).

### **1.1 Fundo Municipal de Saúde**

A Constituição Federal de 1988 garante o direito à saúde, através de um conjunto de ações e serviços, que deverão ser prestados de forma universal e igualitária à população.

A rede assistencial do Sistema Único de Saúde – SUS, em Diamantina é, em sua quase totalidade, pública. A atenção básica e a rede ambulatorial conta com: 01 Policlínica Regional, 01 Farmácia Municipal, 01 Laboratório de Análises Clínicas Municipal, 13 Unidades Básicas de Saúde – UBS, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 13 Postos de Saúde nos distritos, Centro de Apoio Psicossocial – CAPS AD, CAPS Renascer, dentre outros serviços: 02 serviços de Raio-X, 01 Instituto de Nefrologia, 01 Núcleo de Reabilitação, 02 hospitais: Santa Casa de Caridade e Nossa Senhora da Saúde, 01 clínica Diamante Imagem, 01 Hemominas, Centro de Especialidades Médicas – CISAJE.

### **1.2 Sistema de referência e contra referência**

A unidade de referência para especialidades médicas é a Policlínica “Dr. Lomelino Ramos Couto”, com atendimento nas áreas de: cardiologia, pediatria, urologia, ortopedia, dermatologia, clínica geral, cirurgia geral, angiologia, otorrinolaringologia e outros como: psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição,

tratamento de Doença Sexualmente Transmissível – DST e Hanseníase. Como Diamantina é a sede da Micro e Macrorregiões, nesta mesma unidade são atendidos os pacientes de derivação intestinal e urinária (ostomizados); curativos em portadores de lesões com parceria com a equipe da Universidade Federal dos Vales do Mucuri e Jequitinhonha. Além de vacinação, pequenos procedimentos e cirurgias ambulatoriais; triagem Neonatal – teste do Pezinho. O agendamento de consultas especializadas é feito através das Unidades Básicas de Saúde por meio de cotas enviadas para as unidades que seguem fluxos instituídos pela Regulação/Secretaria Municipal de Diamantina.

A Policlínica funciona no mesmo prédio que a Santa Casa de Caridade de Diamantina. A entrada permite o acesso aos portadores de necessidades especiais e público prioritário. O ambiente é limpo, bem iluminado, arejado. Possui sala de espera para os pacientes com acesso a sanitários.

A estrutura física conta com consultórios, sala de fisioterapia, de vacinas, pequenos procedimentos e pequenas cirurgias, além da sala de pré-consulta. O ambulatório de Saúde Mental CAPS RENASCER e CAPS AD oferecem atendimento em psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, atendimento de enfermagem, serviço social na rotina e atendimento de urgências.

### **1.3 Prefeitura municipal de Diamantina secretaria municipal de saúde**

O município possui o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO que realiza procedimentos correspondentes à atenção secundária, ou seja, prótese removível, endodontia, cirurgia, periodontia, estomatologia, e atendimento a pacientes com necessidades especiais. São atendidos no Núcleo de atendimentos a pacientes especiais – NAOPE – dentro do Hospital Nossa Senhora da Saúde. O outro prestador é a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Nestes serviços são realizados procedimentos de atenção básica odontológica e de prótese total e parcial removível. Centro de Especialidades Médicas – CISAJE – Atende a 22 municípios com as seguintes especialidades: Cardiologia, pediatria, urologia, ortopedia, dermatologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, serviço social, oftalmologia e ginecologia. O Centro Viva Vida – CVV – Atende infertilidade, gestante de alto risco e criança de baixo peso. O HIPERDIA – atendimento integral aos hipertensos e diabéticos e exames complementares.



### **1.3.1 Redes de média e alta complexidade**

O município de Diamantina tem o serviço de urgência distribuído da seguinte forma: i) Plantão de Urgência/Emergência – Pronto Atendimento Santa Isabel; ii) Plantão de Urgência/ Emergência em Ortopedia e Obstetrícia – Hospital Nossa Senhora da Saúde. Todos funcionam 24 horas/dia. Não há protocolos clínicos de atendimentos dos casos de urgências e emergências. O serviço de urgência da sede possui como suporte de apoio diagnóstico um laboratório, Raio-X e Tomografia, ele dispõe ainda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU (USA e USB), conta com o apoio do Corpo de Bombeiros, além de uma ambulância UTI disponibilizada pelo CISAJE aos municípios consorciados. O município conta com o atendimento feito também pelos hospitais; Santa Casa de Caridade e Hospital Nossa Senhora da Saúde.

O Hospital Nossa Senhora da Saúde (HNSS) é uma entidade filantrópica de referência macrorregional com 165 leitos, dos quais 131 são para o atendimento aos usuários do SUS. O mesmo mantém as clínicas: cirúrgica, médica, pediátrica, ginecológica e obstétrica, além de prestar atendimento ambulatorial. Também oferece cirurgias nas áreas de ortopedia, urologia, bucomaxilofacial, além dos serviços do Centro Especializado em Reabilitação nível IV.

Conta com o serviço de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com 08 leitos de Terapia Intensiva Neonatal e 02 leitos de Terapia Intensiva Pediátrica.

Com a UTINP passamos a ser referência em maternidade de alto risco com toda infraestrutura necessária. Conta com parcerias do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE), SES-MG e ainda com a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) através de estágios e realização de pesquisas dos acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, com orientação dos seus respectivos docentes.

A Santa Casa de Caridade de Diamantina presta assistência médica e hospitalar para toda Macro Jequitinhonha, nos atendimentos em Alta e Média Complexidade, dispõe de 86 leitos, sendo 76 disponibilizados para o Convênio SUS, em pleno funcionamento, distribuídos na Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Neurocirúrgica e CTI Adulto.

O Pronto Atendimento Santa Isabel atende cerca de 120 consultas/dia e integra as Redes Regionais de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais.

A classificação de risco é realizada através do protocolo de Manchester que prioriza os atendimentos de acordo com a urgência. O Serviço de Hemodiálise atende toda a Macro Jequitinhonha, atualmente com 92 pacientes distribuídos em 03 turnos em 16 pontos.

O município conta com 324 funcionários da saúde e com relação ao PSF Bom Jesus, trata-se de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), com horário de atendimento de segunda a sexta-feira das 7:00 às 17:00h (Tabela 3). Os principais postos de trabalho são: trabalhadores do setor público e serviços, professores, comerciantes de lojas. Com relação à ajuda social foi verificado que existem 68 famílias que recebem apoio com programas sociais como a Bolsa Família, e 294 tem planos de saúde.

Tabela 3 – Recursos humanos do posto de saúde Bom Jesus

<b>PROFISSÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>HORÁRIO DE TRABALHO</b>
Médicos de Saúde da Família	2	07:00 às 17:00
Enfermeiros	1	07:00 às 17:00
Técnicos de Enfermagem	2	07:00 às 17:00
Faxineiras	1	07:00 às 17:00
Agentes de Saúde	9	07:00 às 17:00
<b>Total</b>	<b>15</b>	

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Na Tabela 4 estão apresentados os atendimentos realizados aos programas pela equipe da UBS de Bom Jesus de abril-agosto 2014.

Tabela 4 – Atendimento aos programas pela equipe da UBS de Bom Jesus de abril-agosto 2014

<b>PROGRAMAS REALIZADOS</b>	<b>NÚMEROS</b>
Puericultura	72
Pré-natal	41
Prevenção câncer cérvico uterino	36
Diabetes	84
Hipertensão	319
Tuberculose	3
Hanseníase	0
Asma	30

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Na Tabela 5 estão apresentados os procedimentos realizados pela equipe de Bom Jesus, no período de abril a agosto de 2014.

Tabela 5 – Procedimentos realizados pela equipe da UBS de Bom Jesus de abril-agosto 2014.

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>2036</b>
Consultas de enfermagem	419
Consultas médicas	973
Curativos	103
Visitas domiciliares	81
Retirada de pontos cirúrgicos	25
Reunião de equipe	6
Terapia de reidratação oral	11
Inalação	29

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

➤ Aspectos ambientais

- 100% das ruas são pavimentadas;

- 92% casas possuem saneamento básico;
- 100% das casas possuem energia elétrica;
- 100% da área não têm o serviço de coleta de lixo.
- 100% das casas contam com o abastecimento de água;
- Arborização satisfatória;

➤ Síntese dos problemas levantados

- Alta incidência de Hipertensão, Diabetes.
- Deficiente coleta de lixo na área de Bom Jesus.
- Elevado número de pacientes com doenças crônicas de foco psiquiátrico por não adesão terapêutica.
- Alcoolismo.
- Gravidez precoce.
- Alta incidência de pacientes fumantes.

➤ Morbidade ou mortalidade por causas do PSF Bom Jesus.

As principais causas são:

- Doenças crônicas não transmissíveis. (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, dislipidemias).
- Doenças Aparelho respiratório.
- Doenças aparelho digestivo (gastrite, úlcera).
- Parasitismo intestinal.
- Lesões dermatológicas.
- Doenças mentais.

## 2 JUSTIFICATIVA

Estima-se atualmente que as doenças cardiovasculares (DCV) sejam a causa principal de mortalidade no mundo e também no Brasil. Segundo vários estudos, as DCV estão ligadas a genética, estilo de vida (dieta inadequada, sedentarismo) e qualidade de vida, sendo estes, seus principais fatores de risco. A hipertensão arterial sistêmica tornou-se uma problemática para a saúde pública mundial, devido sua alta incidência e associação com DCV.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se 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 (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008). Tem alta prevalência (23,3% no Brasil em 2010) e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares (DCV) e um importante problema de saúde pública. Em 2010, a HAS foi responsável por 6,91% das internações hospitalares no Brasil. As DCV vêm sendo as principais causas de morte e em, 2010, no Brasil, foram registradas 326.371 mortes por doenças do aparelho circulatório (ISKEDIJAN *et al.*, 2002; MCDONALD *et al.*, 2002).

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 subseqüentes obtidas em dias diferentes ou quando aferida em condições de repouso e em ambiente tranquilo (ISKEDIJAN *et al.*, 2002; MCDONALD *et al.*, 2002).

Em nossa área da abrangência constitui o principal problema de saúde priorizado, não só pela quantidade de hipertensos que temos, como também pelo fato, de muitos não fazerem controle sistemático e ainda temos aqueles que possuem a pressão alta associada a outras doenças.

No município de Diamantina, conforme registrado anteriormente, a principal causa de óbito são as doenças do aparelho circulatório tanto em homens quanto em mulheres. Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento, evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes.

Em nosso município especialmente em nosso posto de saúde foram avaliadas as consultas realizadas e verificamos que muitos dos pacientes atendidos com doenças crônicas de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que foram acompanhados, desconheciam que padeciam de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Para isso, fizemos uma análise com toda a equipe de saúde na qual expusemos todos os problemas de saúde e demos prioridade para realizar um projeto de intervenção e dar solução aos mesmos, contando com recursos da própria unidade.

A equipe de saúde, após análise da situação levantada, considerou que no nível local há recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

### **3 OBJETIVOS**

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um Projeto de Intervenção para a redução da prevalência da hipertensão arterial na área de abrangência da equipe de ESF Bom Jesus – Diamantina, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar os fatores de risco e determinantes da Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes do PSF Bom Jesus. Município de Diamantina.
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.

## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do Módulo de iniciação científica (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O Plano seguirá os seguintes critérios: Na UBS, o problema foi identificado e posteriormente descrito. Para sua descrição foram utilizados também dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção dos dados. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos.

A partir da explicação do problema será elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal. A equipe identificou mediante uma análise entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Com os problemas bem explicados e identificados e com as causas consideradas as mais importantes, a equipe considerou necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, elaborando um desenho da operacionalização. Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade de um plano.

Para a elaboração do Plano também foi realizada pesquisa bibliográfica narrativa, com busca de material em documentos do Ministério da Saúde, periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os seguintes descritores: hipertensão, prevenção e tratamento.



## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 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 consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (ISKEDIJAN *et al.*, 2002; MCDONALD *et al.*, 2002).

Tem alta prevalência (23,3% no Brasil em 2010) e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares (DCV) e um importante problema de saúde pública. Em 2010, a HAS foi responsável por 6,91% das internações hospitalares no Brasil. As DCV vem sendo as principais causas de morte e em, 2010, no Brasil, foram registradas 326.371 mortes por doenças do aparelho circulatório (ALBERTI *et al.*, 2009).

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes (ISKEDIJAN *et al.*, 2002; MACDONAL *et al.*, 2002).

Segundo Mancina *et al.* (2007), a hipertensão arterial é definida pela elevação dos níveis tensionais da pressão arterial, acima dos limites considerados normais, ou seja, pressão arterial sistólica >140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica > 90 mmHg.

É uma doença multifatorial, considerada como resultado da interação de fatores genético e ambiental (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A prevalência da hipertensão arterial está associada a diferentes fatores de risco, tais como: sexo, idade, dieta, etilismo, tabagismo, peso corporal, raça, entre outros, de acordo com Pouliot *et al.* (1994), sendo que quando duas ou mais dessas variáveis estão presentes, torna-se maior o risco final para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial (ALBERTI *et al.*, 2009).

Reconhecida como a entidade clínica de maior representatividade no mundo em termos de prevalência, a Hipertensão Arterial atinge índices de 10 a 20 % nos indivíduos adultos (VAN DEN BORN *et al.*, 2005) podendo elevar-se em 50% nos indivíduos após 55 anos (SARNAK *et al.*, 2003).

Ainda que pesem os diversos trabalhos versando sobre o assunto, a magnitude da HAS no Brasil é estimada mediante taxas estabelecidas em trabalhos internacionais (SAFAR; LEVY; STRUIJKER-BOUDIER, 2003).

Os dados disponíveis que apontam taxas variando de 14% a 47,9% são originários de estudos restritos a determinadas cidades ou populações específicas não havendo ainda uma média nacional definida (VASAN *et al.*, 2001).

Segundo Kshisagar *et al.* (2006) além de ser considerada por si só, um dano para o organismo, a hipertensão arterial é um importante fator de risco, comprometendo órgãos nobres, conhecidos por "órgãos alvo", como o coração, encéfalo, rins, retina e vasos. A mortalidade por insuficiência cardíaca e por doença cerebrovascular é determinada com forte intensidade, por HAS.

No Brasil, a partir de 1960, as doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no país, sendo a HAS um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças (ZANCHETTI *et al.*, 2001).

Em concordância com os relatos anteriormente apresentados, em Diamantina, no ano de 1997, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 35,2% dos óbitos, ocupando, em 1999, o segundo lugar, precedido apenas pelos óbitos por causas desconhecidas.

Neste mesmo ano, a HAS foi diretamente responsável por 4,94% dos óbitos no município. Portanto, sendo a HAS de alta prevalência associada a diversos fatores de risco e em face do papel central que ela desempenha na patogênese, tanto da Doença Arterial Coronária, como do Acidente Vascular Cerebral, ambas consideradas como principais causas de morbimortalidade da população adulta dos países desenvolvidos, faz-se necessário sua detecção, para que medidas de prevenção e controle possam ser implantadas (MERHY; ONOCKO, 1997).

Reafirma-se que a hipertensão arterial (pressão alta) é uma das doenças de maior prevalência na população. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com

mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vêm aumentando a cada dia. A Sociedade Brasileira de Hipertensão estima que 5% da população com até 18 anos tenha hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros. Esta se caracteriza pela presença de níveis de pressão arterial elevados associados a alterações no metabolismo do organismo, nos hormônios e nas musculaturas cardíaca e vascular. Considerada um dos principais fatores de risco de doença, é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país (MALACHIAS, 2010).

Assim, é de suma importância a verificação da pressão arterial, em todas as consultas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde. Ela é medida pela técnica clássica e é um dos procedimentos médicos mais difundidos e, possivelmente, realizados, segundo Geleilate; Coelho e Nobre (2009).

Nas últimas décadas, com o aumento da aplicação das medidas ambulatoriais e residenciais de pressão arterial, ela tem sido questionada quanto à sua precisão. Entretanto, por mais questionado que seja o método, ainda é, e por muitos anos deverá ser uma das ações médicas mais importantes e fundamentais na prática clínica, seja em situações de urgência ou em condições de consultório.

Na Tabela 6 apresenta-se a classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual em consultório (> 18 anos):

Tabela 6 – Classificação da PA sistólica (mmhg) PA diastólica (mmhg)

Ótima	<120	<80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	130-139	85-89
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Fonte: Geleilate; Coelho; Nobre (2009).

Ainda hoje, a medida da pressão arterial continua sendo a principal ferramenta para diagnóstico e acompanhamento do paciente portador de hipertensão arterial. Nesse sentido, torna-se imperativo o conhecimento de sua técnica correta, sua aplicação e limitações, pois permitem aos médicos e demais profissionais da saúde oferecer uma assistência adequada aos pacientes. “A correta realização da técnica e interpretação dos resultados deve fazer parte da rotina de todos os médicos e profissionais de saúde, permitindo assim maior benefício para os pacientes” (GELEILETE; COELHO; NOBRE, 2009, p. 121).

A literatura analisada enfatiza a importância do acompanhamento dos portadores de HAS pela consequência que poderão advir quando ela não é controlada e ainda da necessidade de se fazer busca ativa no território para realizar um atendimento o mais precoce possível nos portadores de HAS.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional – PES.

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na UBS o problema identificado foi a Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica sem percepção de risco em pacientes do PSF Bom Jesus, município de Diamantina. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção dos dados. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e a identificação das causas consideradas mais importantes, passou-se a pensar nas soluções e nas estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano.

Identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente, para lograr a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento e definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

O plano proposto de intervenção será feito para diminuir a Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica sem percepção de risco em pacientes do PSF Bom Jesus do município de Diamantina, conforme tabela 7.

Tabela 7 – Priorizações dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado índice de pacientes com prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Alta	8	Parcial	1
Saneamento básico (rede de esgoto muito deficiente)	Alta	5	Parcial	4
Coleta de lixo (deficiente na zona rural onde predomina a céu aberto)	Alta	5	Parcial	4
Distribuição de água potável (predomina abastecimento por poços e nascentes não tratadas)	Alta	6	Parcial	3
Elevado índice de enfermidades respiratórias	Alta	7	Parcial	2
Elevado índice de pacientes com doenças psicológicas como depressão	Alta	4	Parcial	5

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Demos prioridades de acordo com os problemas e concluímos que nosso principal problema é a alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população pertencente ao PSF Bom Jesus.

### 6.1 Descrição do problema

Para descrição do problema prioritário, a equipe de saúde utilizou alguns dados que foram produzidos pela própria equipe, principalmente, pelas informações fornecidas por agentes comunitários.

Foram consideradas variáveis e indicadores da frequência de fatores de risco como: tabagismo, obesidade, maus hábitos alimentares, alcoolismo e dislipidemia associada ao desenvolvimento de pacientes descompensados da Hipertensão Arterial sistêmica (HAS). Os indicadores selecionados podem nos dar uma ideia da eficácia de ações que precisam ser feitas. Houve diferenças entre as informações contidas no sistema de cuidados básicos e a realidade na área da saúde.

Para facilitar o processo de descrição, a Equipe considerou os dados de pacientes hipertensos cadastrados, descompensados ou não.

## 6.2 Explicação do problema

Levando em conta o momento explicativo e a realidade do problema em tela, podemos dizer que temos muitos passos a fazer para alcançar um impacto direto sobre as causas que determinam o problema. De uma maneira prática e oportuna é preciso que tenha efeito lógico sobre a causa. A oportunidade de mudanças são as ações políticas durante o período do plano de ação que foram selecionados somente os nós críticos do problema principal (baixo nível de conhecimento dos fatores de risco como os hábitos e estilos de vida inadequados; a estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde com predomínio do modelo assistencial), constituindo-se assim a Árvore do Problema.

Atendemos as consultas de toda a população que esteja em nosso raio de atenção à saúde que, sejam cadastrados no serviço. Nem sempre as pessoas que são atendidas em nosso serviço querem dizer que padecem de uma doença crônica. Esse fato é muito comum em nosso dia a dia. As pessoas que têm doenças crônicas de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são as que menos marcam consultas em nosso serviço. Um dos fatores para que isso ocorra é devido ao fato delas não terem nenhum sintoma de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Possuem riscos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e estão assintomáticos.

Entendemos que devido a esse fato é preciso ampliar o acesso da população aos serviços, e incrementar mais os recursos a UBS e para isso, tem que aproximar os serviços à população com os recursos necessários.

Se isso se tornar possível poderemos abordar a todos os indivíduos em seu ambiente e fazermos uma avaliação integral e acompanhamento de forma mais completa para melhorar a assistência aos pacientes (biopsicossocial).

## 6.3 Desenho de operações

No quadro 1 descreve-se a proposta de operações para buscar soluções dos “nós críticos” para a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, a HAS

Quadro 1 – Desenho de operações para os nós críticos do problema de elevada prevalência das doenças crônicas não transmissíveis na população- principalmente a Hipertensão arterial Sistêmica (HAS) do PSF Bom Jesus

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação- Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
-------------------	------------------------------	---------------------------------	-----------------	---------------------------------

<p>Hábitos e estilos de vida inadequados</p>	<p><b>Vida saudável</b> Modificar os estilos de vida inadequados</p>	<p>Diminuir em um 20% as más práticas de alimentação, o sedentarismo, o tabagismo e alcoolismo. Lograr a Cobertura médica de toda a população com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequados garantindo 100% de atendimentos.</p>	<p>Programa de saúde na rádio do Município. Palestras aos grupos vulneráveis da população com doenças crônicas não transmissíveis, e população de risco</p>	<p><b>Econômico ou financeiro:</b> Recursos audiovisuais e folhetos educativos. <b>Cognitivo</b> Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos <b>Político</b> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais <b>Organizacional</b> Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)</p>
<p>Baixo nível de conhecimento dos fatores de risco</p>	<p><b>Aumente seu conhecimento</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos</p>	<p>População com doenças crônicas não transmissíveis com mais conhecimento sobre os riscos da Hipertensão</p>	<p>Campanha educativa na rádio local do município. Campanhas educativas no jornal local. Trabalho</p>	<p><b>Econômico ou financeiro</b> Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. <b>Cognitivo</b></p>



	das doenças crônicas não transmissíveis e principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Arterial Sistêmica (HAS) e as ações das mesmas.	sistemático com o grupo de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.	Sobre as estratégias de comunicação. Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos <b>Político</b> Articulação intersetorial e mobilização social. <b>Organizacional</b> Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)
Estrutura dos serviços de saúde	<b>Melhor acompanhamento.</b> Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos portadores de doenças crônicas não	Assegurar a consulta especializada e garantir a contra-referência das mesmas oportunamente. Garantir exames previstos para 100% da	Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Exigir a contra-referência escrita dos especialistas. Contratação no município de profissionais especializados	<b>Políticos</b> Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financiamento para a contratação dos profissionais especializados que dem. cobertura a toda a população e

	transmissíveis, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	população com doenças crônicas não transmissíveis Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Garantir medicamentos adequados aos 100 % da população com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Garantir a permanência dos profissionais de saúde nos PSF para atendimento continuado destes pacientes, e evitar complicação.	e médicos de PSF suficientes para conseguir o acompanhamento aos 100% da população em questão. Compra dos medicamentos para conseguir os 100% de cobertura dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).	médicos para todos os PSF, e Compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura dos pacientes com HAS. <b>Cognitivo</b> Elaboração da adequação
Processo de trabalho da equipe de saúde da família com	<b>Linha de cuidado</b> Organizar o processo de trabalho para	Cobertura médica aos 100% da população com riscos de	Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de	<b>Cognitivo</b> Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos

predomínio do modelo assistencial	melhorar a efetividade do cuidado	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	desenvolver doenças crônicas não transmissível entre ela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado	<b>Político</b> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais <b>Organizacional</b> Adequação de fluxos de pesquisa e atendimento de pacientes com risco Arterial Sistêmica (HAS). (Referência e contra referências)
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--

#### 6.4 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o problema da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, a Hipertensão Arterial Sistêmica, estão elucidados no Quadro 2.

Quadro 2 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema de elevada prevalência : as doenças crônicas não transmissíveis entre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população do PSF Bom Jesus. 2014-2015.

<b>Operação Projeto</b>	
<b>Vida saudável</b>	<p><b>Econômico ou financeiro</b></p> <p>Utilizamos folhetos educativos, propaganda escrita, recursos audiovisuais.</p> <p><b>Político</b></p> <p>Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais especialistas e não especialistas</p>

<p><b>Aumente seu conhecimento</b></p>	<p><b>Econômico ou financeiro</b></p> <p>Utilizamos folhetos educativos, propaganda escrita.</p> <p>Financiamento dos projetos.</p> <p><b>Político</b></p> <p>Articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p><b>Organizacional</b></p> <p>Dispõem de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).</p>
<p><b>Melhor acompanhamento</b></p>	<p><b>Políticos</b></p> <p>Melhorar a estruturação dos serviços de saúde com aumento dos recursos destinados.</p> <p><b>Financiamento</b></p> <p>Dar cobertura a todos os pacientes com enfermidades crônicas com a compra de medicamentos</p> <p>Contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes para cobrir todas as necessidades.</p>
<p>Línea de cuidado</p>	<p><b>Político</b></p> <p>Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais especialistas e não especialistas.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor (2016)

## 6.5 Análise de viabilidade do plano

No Quadro 3, explicitado abaixo, estão apresentadas as Propostas de ações para a motivação de realização do projeto de intervenção com os pacientes hipertensos selecionados.

Quadro 3 – Propostas de ações para a motivação de realização do projeto de intervenção no PSF Bom Jesus. 2014-2015.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>Vida saudável</b> Modificar estilos de vida inadequados	<b>Econômico ou financeiro</b> Conseguir na rádio local espaços radiais. Elaboração de folhetos educativos. <b>Político</b> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Setor de comunicação social           Secretário de Saúde	Favorável           Favorável	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.           Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
<b>Aumente seu conhecimento</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	<b>Econômico ou financeiro</b> Conseguir na rádio local espaços radiais. Elaboração de folhetos educativos. Financiamento dos projetos. <b>Político</b> Mobilização social e articulação Inter setorial.	Perfeito municipal           Secretário Municipal de Saúde	Favorável           Favorável	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.           Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.

	<b>Organizacional</b> Adequação de um espaço físico e recursos disponíveis.			
<b>Melhor estrutura</b> Dos serviços para dar ótima atenção aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).	<b>Políticos</b> Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. <b>Financiamento</b> Contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, e Compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura. Para exames a pacientes.	Perfeito municipal  Secretário Municipal de Saúde.	Favorável  Favorável	
<b>Linha de cuidado</b> Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	<b>Político</b> Articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

Fonte: Elaborado pelo autor (2016)

## 6.6 Elaboração do plano operativo

Foi elaborado um plano operativo para desenvolvimento das ações a serem realizadas com os pacientes hipertensos, tal como demonstrado no Quadro 4:

Quadro 4 – Plano Operativo para realização do projeto de intervenção em PSF Bom Jesus. 2014-2015

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
<b>Vida saudável</b> Modificar estilos de vida inadequados	Diminuir em um 20 % o sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, a má prática de alimentação. Cobertura médica a 100% da população, principalmente com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequados.	Programa de caminhada orientada, saúde na rádio de local, Palestras aos grupos vulneráveis da população com doenças crônicas não transmissíveis. Orientação nutricional.	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.	Médico Enfermeira Núcleo de Apoio à Família.	Início em três meses.
<b>Aumente seu conhecimento</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos	População de risco e com doenças crônicas não transmissíveis	Campanhas educativas no jornal local. Campanha educativa na	Apresentar o Projeto de Intervenção Educativa.	Médico	Início em três meses a seis.

de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	com mais conhecimento das mesmas.	rádio local do município.  Trabalho com o grupo de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis de forma sistemática.		Enfermeira  Equipe de Saúde da Família.	Início em três meses
<b>Melhor acompanhamento</b>  Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis	Garantir a permanência dos profissionais de saúde para atendimento continuado. Assegurar a consulta especializada e garantir a contra-referência das mesmas. Garantir exames previstos para 100% da população	Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Contratação no município de profissionais especializados e médicos de PSF suficientes para conseguir o acompanhamento a 100% da população em questão. Exigir a		Diretor de Atenção Básica do Município  Secretário de saúde  Secretário de saúde	Início em três meses  Início em Três meses  Início em três meses



	com doenças crônicas não transmissíveis. Garantir medicamento a 100 % da população com doenças crônicas não transmissíveis	contra-referência escrita dos especialistas. Compra dos medicamentos para conseguir o 100% de cobertura dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis		Diretor de Atenção Básica do Município	Início em três meses
Linha de cuidado Para melhorar a efetividade dos pacientes organizando o processo de trabalho	Cobertura a 100% da população com riscos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Protocolos implantados de recursos humanos capacitados para a gestão de linha de cuidado		Equipe de Saúde da Família  Diretor de atenção Básica do município  Diretor de atenção Básica do município	Início em três meses  Início em três meses  Início em três meses

## **7 CONCLUSÕES**

Podemos falar que nessa proposta de intervenção abrangemos todas as operações para dar prioridade aos problemas mais prioritários da população atendida no PSF Bom Jesus. A equipe enfrentará os problemas de maneira mais sistemática e seguirá o passo a passo das ações a serem resolvidas em tempo hábil para dar garantia a saúde da população. Tais medidas devem ter boa relação com todos os fatores que podem interferir de forma imediata.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informações da Saúde Suplementar**. Estrutura Regimental do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2006. Disponível em: < <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=236784>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

ALBERTI, K.G. *et al.* Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. **Circulation**. v. 120, n.16, p. 1640 - 1645, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399, 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS** – Indicadores e Dados Básicos para o Brasil. 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2011/matriz.htm>> Acesso em: 10 dez. 2015

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

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

DIAMANTINA, Prefeitura Municipal. **Plano municipal de saúde**. 2013. Disponível em: <http://diamantina.mg.gov.br/a-prefeitura/>>. Acesso em: 15 dez. 2015

GELEILETE, T. J. M.; COELHO, E. B.; NOBRE, F. Medida da pressão arterial. **Rev Bras Hipertens**. v. 16, n. 2, p. 118-122, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO de GEOGRAFIA e ESTATÍSTICA IBGE. **Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência** – 2013. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO de GEOGRAFIA e ESTATÍSTICA IBGE. **Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência** – 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

ISKEDIJAN, M.; *et al.* Relationship between daily dose frequency and adherent to antihypertensive pharmacotherapy: Evidence from meta-analysis, **Clin Ther**, n. 24, p. 302-316, 2002.

KSHISAGAR, A.V.; *et al.* Blood pressure usually considered normal is associated with an elevated risk of cardiovascular disease. **Am J Med.** v.119, p. 133–141, 2006.

MALACHIAS, M.V.B. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Brazilian Journal of Hypertension**, v. 17, n. 1, 2016

MANCIA, G. *et al.* ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. **J Hypertens.** v.25, n. 9, p. 1751–1762, 2007.

McDONALD, H.P.; GANG, A.X.; HAYNES, R.B. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions, **JAMA**, n. 288, p.2868- 2879, 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

POULIOT, M.C. *et al.* Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissues accumulation and related cardiovascular risk in men and women. **Am J Cardiol.** v.73, n. 7, p. 460–468, 1994.

SAFAR, M. E.; LEVY, B. I.; STRUIJKER-BOUDIER, H. Current perspectives on arterial stiffness and pulse pressure in hypertension and cardiovascular diseases. **Circulation.** v. 107, p. 2864-2869, 2003.

SANTOS, Joaquim, F. **Memórias do Distrito Diamantino.** 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SARNAK, M. J. *et al.* Kidney disease as a risk Factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. **Hypertension.** v.42, n. 5, p. 1050–1065, 2003.

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.

VAN DEN BORN, B.J.; HULSMAN, C.A.; HOEKSTRA, J.B.; SCHLINGEMANN, R.O.; VAN MONTFRANS, G.A. Value of routine funduscopy in patients with hypertension: systematic review. **BMJ.** v. 33, n.7508, p. 73, 2005.

VASAN, R.S. *et al.* Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. **N Engl J Med.** v. 345, n.18, p.1291–1297, 2001.

ZANCHETTI, A. *et al.* Effects of individual risk factors on the incidence of cardiovascular events in the treated hypertensive patients of the Hypertension Optimal Treatment Study. HOT Study Group. **J Hypertens.** v.19, p 1149–1159, 2001.