

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

**LUCIANE DA SILVA PINHEIRO**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E**  
**AÇÕES DE CONTROLE DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS**

**2014**

**LUCIANE DA SILVA PINHEIRO**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E  
AÇÕES DE CONTROLE DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava

**CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS**

2014

**LUCIANE DA SILVA PINHEIRO**

# **HIPERTENSÃO ARTERIAL: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E AÇÕES DE CONTROLE EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra.Silvana Maria Coelho Leite Fava

Banca Examinadora:

Prof.<sup>a</sup> Dra.Silvana Maria Coelho Leite Fava - Orientadora

Prof.<sup>a</sup> : Eliza Maria Rezende Dazio - Examinadora

Aprovado Alfenas, em 15 de dezembro de 2014.

## **RESUMO**

O presente estudo trata de uma proposta de intervenção de uma equipe de saúde da família do município de Três Corações, fundamentada nos dez passos do planejamento estratégico situacional e no referencial da responsabilidade relacional. Propõe a reorganização do processo de trabalho para a melhoria da assistência a pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, com o propósito de nortear os profissionais em relação ao manejo clínico adequado, bem como estimular a atuação multidisciplinar para alcançar com ações estratégicas individuais e coletivas, não apenas para a prevenção das complicações decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica e das comorbidades associadas, mas também a promoção da saúde e prevenção primária. A equipe acredita que o esforço coletivo é capaz de contribuir para a motivação e a corresponsabilidade de seus integrantes e a satisfação da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, para a adesão ao tratamento e para a melhoria da qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão, educação, saúde da família.

## **ABSTRACT**

This study deals with a proposal based intervention in the ten steps of situational strategic planning and framework of relational responsibility of a health team Três Corações county family. Proposes the reorganization of the work process to improve care the person with systemic hypertension, with the purpose of guiding the professional regarding the appropriate clinical management, as well as encourage multidisciplinary activities to achieve with individual and collective strategic actions, not just for the prevention of complications of Systemic Hypertension and associated comorbidities, but also health promotion and primary prevention. The team believes that the collective effort is able to contribute to the motivation and the responsibility of its members and the satisfaction of people with hypertension to treatment adherence and to improve the quality of life.

**KEYWORDS:** Hypertension, education, family health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**MS** – Ministério da Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**CSRP** – Centro de Saúde Rio do Peixe

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica

**ESF** – Equipes de Saúde da Família

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica

**SBC** – Sociedade Brasileira de Cardiologia

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**PA** – Pressão Arterial

**DM** – Diabetes *Mellitus*

**CAPS** – Centro de Saúde Psicossocial

**AD** – Álcool e Drogas

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

## LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição da população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área de PSF 7, em relação ao gênero e faixa etária. Três Corações-MG/2014.....	28
<b>Tabela 2</b> - Distribuição da população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área do PSF 7, de acordo com as condições sócio culturais e de saneamento. Três Corações-MG/2014.....	28
<b>Tabela 3</b> - Distribuição da população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área de PSF 4, em relação ao gênero e faixa etária. Três Corações-MG/2014.....	29
<b>Tabela 4</b> - Distribuição da população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área do PSF 4, de acordo com as condições sócio culturais e de saneamento. Três Corações-MG/2014.....	29
<b>Tabela 5</b> - Priorização dos problemas levantados pela equipe do Centro de Saúde Rio do Peixe- Três Corações/MG 2014.....	33
<b>Tabela 6</b> - Distribuição de pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial na população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área de PSF 7, em relação ao gênero e faixa etária. Três Corações-MG/2014.....	34
<b>Tabela 7</b> - Distribuição de pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial na população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área de PSF 4, em relação ao gênero e faixa etária. Três Corações-MG/2014.....	34
<b>Tabela 8</b> - Distribuição de pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial na população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área do PSF 4 e 7, de acordo com a escolaridade. Três Corações-MG/2014.....	35
<b>Tabela 9</b> - Distribuição de pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial na população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área do PSF 4 e 7, de acordo com a renda familiar. Três Corações-MG/2014.....	35
<b>Quadro 1</b> - Descrição do problema selecionado no CSRP da cidade de Três Corações-MG.....	36
<b>Figura 1</b> - Árvore explicativa da falha do acompanhamento das pessoas com HAS no CSRP na cidade de Três Corações-MG 2014.....	37
<b>Quadro 2</b> - Desenho de operações para os "nós" críticos encontrados para a falta de ações sistemáticas para o controle e acompanhamento de pessoas com HAS do CSRP na cidade de Três Corações-MG.....	41
<b>Quadro 3</b> - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações	

definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos da falta de ações sistemáticas para o acompanhamento e controle de pessoas com HAS do CSRP da cidade de Três Corações-MG.....	46
<b>Quadro 4</b> – Análise da viabilidade da proposta do CSRP para a motivação dos atores.....	50
<b>Quadro 5</b> – Elaboração do Plano Operativo do CSRP da cidade de Três Corações-MG.....	55
<b>Tabela 10</b> - Gestão do Plano.....	59



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Objetivo Geral</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Objetivo Específico</b>	<b>17</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>18</b>
<b>4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: epidemiologia, adesão ao tratamento e atuação da equipe de saúde</b>	<b>18</b>
<b>4.2 Responsabilidade Relacional: estratégia para o controle e acompanhamento de pessoas com HAS</b>	<b>20</b>
<b>5 METODOLOGIA</b>	<b>21</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>23</b>
<b>6.1 O território: Reconhecimento do município de Três Corações</b>	<b>23</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Suas ações fundamentam-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Em consonância a estes princípios, ela valoriza o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2007).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária, sendo uma proposta implantada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, pois, este modelo assistencial incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial da saúde da família. Tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. As ações pautam-se no modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais (BRASIL, 1996), com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, abordando os conteúdos de forma crítica e contextualizada (ALVES; AERTS, 2011).

A Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Rio do Peixe (CSRP) do município de Três Corações se insere neste contexto de modelo de assistência.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (16/10/2014) referente ao município de Três Corações, estima-se 77340 habitantes, sendo que 39391 pessoas estão cadastradas nas Equipes de Saúde da Família (ESF)

o que corresponde ao percentual de 50,93% de cobertura pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

Na tocante ao CSRP, onde atuam duas equipes, a área de cobertura abrange um total de 6571 pessoas.

Em reuniões de avaliação e acompanhamento realizado pela equipe do CSRP, apontamos como principais prioridades que devem nortear o processo de trabalho em saúde: o desemprego, a dependência química/alcoolismo, falta de ações para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), falta de ações para o controle do tabagismo, da obesidade, da depressão e para promoção de hábitos saudáveis.

Dentre as prioridades, as ações de controle da HAS foram definidas como a de maior relevância e capacidade de enfrentamento pela equipe, que pretende melhorar o atendimento as pessoas com HAS.

Os dados do SIAB (2014) apontam para a alta prevalência de HAS, dentre outras condições crônicas, uma vez que foram contabilizadas 1081 pessoas com HAS, numa população de 6571 pessoas, o que corresponde a 16% da população.

Esta realidade não difere dos dados epidemiológicos nacionais, pois, a prevalência da HAS varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SBC, 2010).

Ainda, a sua prevalência é maior nos grupos de menor renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco e por terem menor acesso aos serviços de saúde. Essas doenças criam um círculo vicioso, levando as famílias a maior estado de pobreza (World Health Organization, 2011).

As ações para o controle e acompanhamento da HAS buscam alcançar a meta, que é atingir níveis pressóricos inferiores a 140/90 mmHG para a pressão sistólica e diastólica, respectivamente (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), o que contribui para reduzir as taxas de complicações e de morbimortalidade (PINHO; PIERIN, 2013).

Para o êxito desta proposta, faz-se necessário o reordenamento do processo de trabalho com vistas a adequar à realidade, enquanto inserido numa comunidade única e específica em diversos aspectos, com vistas à melhoria da assistência prestada.

## 2 JUSTIFICATIVA

As ações para o controle da HAS foram apontadas como a de maior relevância para a elaboração deste plano, devido a sua alta prevalência na população adscrita, a magnitude de suas complicações que corroboram para as incapacidades permanentes e para as aposentadorias precoces, e ainda, pela necessidade de mudanças de estilo de vida, que acabam por atender a outros problemas levantados pela equipe, como o controle do tabagismo, da obesidade e o incentivo para a promoção de hábitos saudáveis.

Brasil (2013) O Ministério da Saúde tem atribuído às equipes de Atenção Básica a responsabilidade pelas ações para as modificações do estilo de vida, para prevenção da HAS, pelo seguimento clínico, para o acompanhamento e o controle de pessoas com HAS. Para o cumprimento desta responsabilidade e para o alcance das metas propostas, torna-se imprescindível a atuação da equipe multiprofissional, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade adscrita, levando em consideração a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Apoiamos ainda, nas afirmativas da SBC (2010) de que é possível reduzir mais de 50% dos óbitos decorrentes da HAS, se houver estratégias para enfrentar os principais fatores de risco. As pessoas com HAS enfrentam mudanças no estilo de vida, e é preciso incorporar a ideia de conviver com a doença e para ser controlada, precisa da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Além disso, é indispensável acompanhar as comorbidades associadas como o Diabetes *Mellitus* (DM), a dislipidemia e a obesidade.

Reconhecemos que a adesão ao tratamento é um processo complexo que não depende apenas da pessoa com HAS, embora a sua atuação seja fundamental, outros fatores não podem negligenciados, pois são corresponsáveis neste processo, como os trabalhadores em saúde, o processo de organização do trabalho e as políticas públicas de saúde.

A educação em saúde, desenvolvida pelos trabalhadores em saúde, constitui uma das principais estratégias para prevenção e/ou controle, pois, ela

favorece a “desalienação, a transformação e a emancipação” das pessoas envolvidas, o que permite a reflexão e a percepção da saúde como um direito social (TOLEDO et al, 2007 p.235).

Mantovani e Mendes (2010) reiteram que ao participar das atividades educativas, a pessoa com HAS, mediante a apreensão de conhecimentos relativos à sua condição, pode ter voz ativa no processo de cuidados e ter opções frente a sua doença, mediante avaliação das consequências de cada regime proposto.

No que concerne ao processo de trabalho, apresentamos a assistência que o CSRP tem implementado para a pessoa com HAS.

Reconhecemos que não existe protocolo de atendimento à pessoa com HAS, apenas um fluxo, em geral, este se inicia pelo agendamento de consultas médicas no momento em que a pessoa é atendida na recepção pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e recebe as orientações referentes ao dia da consulta (horário de funcionamento da unidade, horário de confirmação das consultas, os documentos necessários, pré-consulta de enfermagem e eventuais dúvidas). No dia da consulta, a pessoa com HAS recebe atendimento na recepção, assina a ficha de atendimento e aguarda a pré-consulta de enfermagem.

A pré-consulta de enfermagem se limita a medida da pressão arterial e dos dados antropométricos (altura, peso e circunferência abdominal). A partir destes resultados, se a pessoa apresenta valores de pressão arterial superiores a 140/90 mmHG é avaliada, segundo os critérios de Triage de Manchester, sendo esta realizada pelo enfermeiro da unidade.

De acordo com a avaliação, estas pessoas são encaminhadas para a consulta médica, e, nos casos mais graves, é solicitado o auxílio do enfermeiro para priorizar o acesso a outros serviços da rede para exames laboratoriais, exames radiodiagnósticos, dentre outros.

Tem sido dada ênfase pelo enfermeiro nas reuniões de equipe, a prioridade da atenção dos ACS para com as pessoas com pressão arterial alterada, que compreende o acompanhamento domiciliar mais freqüente, o agendamento de visitas semanais de enfermagem e a programação de visitas

médicas. A unidade não conta com equipe de acolhimento e não é realizada consulta de enfermagem para as pessoas com HAS.

A equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituída pelo nutricionista, fisioterapeuta e assistente social, visita a unidade uma vez por semana, momento para proferir palestras, realizar visitas domiciliares, reuniões de matriciamento com as equipes e eventuais atendimentos individuais.

O enfermeiro atende as intercorrências clínicas das pessoas que procuram a unidade ou que solicitam visitas domiciliares de enfermagem. As visitas domiciliares programadas priorizam as pessoas com idade avançada ou que não mantêm sob controle a pressão arterial. No entanto, nem sempre consegue cumprir toda a programação devido à intensa demanda de outros serviços da unidade. Além disso, desenvolve a educação em saúde para os auxiliares de enfermagem e para os ACS; supervisiona de forma permanente as atividades da equipe; desenvolve atividades educativas e promoção de saúde às pessoas da comunidade e, em grupo, com as pessoas com HAS; estabelece, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos para as pessoas com HAS e DM).

É realizado o atendimento uma vez por semana para as pessoas com DM, momento em que é realizada a aferição da pressão arterial e avaliação da glicemia capilar em jejum, e o atendimento médico é exclusivo a estas pessoas. Eventualmente são realizadas atividades de educação em saúde pela equipe do PSF ou do NASF.

A equipe de ACS esclarece a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; encaminha à consulta de enfermagem as pessoas rastreadas como suspeitas de HAS; verifica a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de HAS, e encaminha para consulta extra; investiga, sempre, o cliente, sobre os medicamentos em uso e o cumprimento das orientações relacionadas à dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e a redução da ingestão de bebidas alcoólicas. Além disso, garante a renovação das receitas, a solicitação de medicamentos na Farmácia Básica e a entrega dos mesmos no domicílio.

O técnico de enfermagem verifica os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, da clientela que busca o serviço por demanda espontânea; orienta a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida; orienta as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial, aqueles ligados à HAS e ao DM, agenda consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados; procedem as anotações devidas em ficha clínica; cuida dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicita sua manutenção, quando necessário; encaminha solicitações de exames complementares para serviços de referência.

O médico realiza consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação de risco para a HAS; solicita exames complementares, quando necessário; prescreve tratamento não medicamentoso; toma a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso; programa, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente; encaminham as unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam HAS grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva.

Porém, o trabalho apesar de ser integrado em sua essência não é organizado de forma a atender a pessoa com HAS em sua integralidade, garantindo a manutenção de níveis pressóricos aceitáveis, com vista a prevenir doenças cardiovasculares e suas sequelas e promover mudanças de hábitos de vida.

Diante da realidade que se apresenta, a equipe do CSRP propõe a reorganização do processo de trabalho para nortear os profissionais em relação ao manejo clínico adequado para essas pessoas, bem como estimular a forma assistencial multidisciplinar para alcançar com ações estratégicas individuais e coletivas, não apenas a prevenção das complicações decorrentes da HAS e das comorbidades associadas, mas também a promoção da saúde e prevenção primária para a família.



A equipe acredita que o esforço coletivo empreendido é capaz de contribuir para a satisfação da pessoa com HAS, para a adesão ao tratamento e para a melhoria da qualidade de vida.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um projeto de intervenção para a melhoria das condições de saúde de pessoas com HAS, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do Centro de Saúde do Rio do Peixe, do município de Três Corações-MG.

#### **3.2 Objetivo Especifico**

- Realizar uma revisão conceitual e atualizada sobre HAS entre a equipe;
- Levantar os dados epidemiológicos por meio do SIAB;
- Elaborar o diagnóstico situacional da população com HAS assistida pela ESF do CSRP;
- Estruturar o fluxo de atendimento de pessoas com HAS na ESF do CSRP;
- Realizar o levantamento das pessoas com HAS de acordo com a faixa etária, para a constituição de grupos específicos;
- Estabelecer as competências para cada equipe;
- Propor alteração no processo de organização de prontuários e atualização das fichas para o acompanhamento das pessoas com HAS;
- Estabelecer mecanismo de acompanhamento de pessoas com HAS por meio de acompanhamento longitudinal e coletivo.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: epidemiologia, adesão ao tratamento e atuação da equipe de saúde

A 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 (SBC, 2010).

No Brasil, a prevalência da HAS varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SBC, 2010).

A prevenção primária, a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (BRASIL, 2013).

No Brasil, já é possível constatar que os melhores resultados de tratamento e de controle da HAS são em áreas em que se tem ampla cobertura de PSF, mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS.

A prevenção primária da HAS pode ser feita mediante controle de seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade, especialmente na cintura abdominal, abuso de álcool, entre outros. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010).

O objetivo primordial do tratamento e do controle da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não farmacológicas isoladas, como associadas a fármacos anti-hipertensivos.

O tratamento não medicamentoso visa reduzir os níveis pressóricos para valores inferiores a 140 mmHG de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão

diastólica. Reduções da PA para níveis inferiores a 130/85 mmHG são recomendadas para situações específicas, como em pessoas com alto risco cardiovascular, principalmente, com microalbuminúria, insuficiência cardíaca, com comprometimento renal e na prevenção secundária de acidente vascular cerebral. Nas pessoas com DM a pressão alvo deve ser inferior a 130/80 mmHG (BRASIL, 2013).

Em relação ao tratamento farmacológico, estes devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2013).

Compete à equipe multiprofissional garantir às pessoas com HAS, ações de promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo); realizar treinamento de profissionais; encaminhamentos a outros profissionais, quando indicado; ações assistenciais individuais e em grupo e gerenciamento do programa (BRASIL, 2009).

Mesmo diante dos esforços empreendidos pela equipe multiprofissional para o controle da PA, constatamos a dificuldade das pessoas com HAS para atingir as metas pactuadas com a equipe. Esta dificuldade pode ser justificada pelo fato que a adesão ao tratamento é um processo, portanto, é dinâmico, modificando-se no tempo e, reflete, ao menos em parte, o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde. Nesse sentido, contém um forte componente relacional manifesto nos processos interativos entre pessoas que necessitam de cuidado e o serviço de saúde que deve prestá-lo. A não adesão ao tratamento deve ser tomada como indicador de problemas na qualidade do processo de cuidado em saúde (HELENA et. al, 2010 p.620).

O processo de mudança exige a elaboração de um plano de cuidado com metas pactuadas, monitoramento periódico, habilidade em resolver problemas e prevenção de deslizes e recaídas (CUIDADO APOIADO, 2012).

#### **4.2 Responsabilidade Relacional: estratégia para o controle e acompanhamento de pessoas com HAS**

A Responsabilidade Relacional tem como principal eixo o diálogo, que tem como objetivo a conversação, e significa, sobretudo, a abertura, a ampliação e a tolerância das diferenças, gerando inclusão e compartilhamento (CAMARGO-BORGES, 2007).

Consideramos que o modelo de acompanhamento coletivo que melhor atende às características da pessoa com HAS é a proposta da Responsabilidade Relacional (STEWART; ZEDIKER, 2002). Esta proposta parte do pressuposto do incentivo ao processo comunicacional e a diversidade de saberes; não faz escusa ao fim do saber técnico, da educação em saúde, do papel interventivo do profissional.

Segundo os autores, esta proposta em sua essência diz que ser relacionalmente responsável não significa abrir mão de sua especialidade, mas sim estar disponível para outros entendimentos e outras lógicas possíveis a respeito do mesmo tema, abrindo espaço para múltiplas racionalidades.

## **5 METODOLOGIA**

Trata-se de uma proposta de intervenção, onde a primeira etapa se caracteriza pelo levantamento de dados epidemiológicos e a elaboração do diagnóstico situacional, por meio de análise dos dados do SIAB e dos prontuários.

Os dados epidemiológicos levantados pela equipe permitem reconhecer a prevalência da HAS, em relação ao gênero, a faixa etária, o nível de escolaridade, o uso de medicamentos, as classes mais utilizadas e as comorbidades associadas. Os dados serão analisados pelo enfermeiro, o que subsidiará a construção do diagnóstico situacional.

A segunda etapa compreende a formação de grupos com as pessoas com HAS, utilizando como ferramenta a Responsabilidade Relacional.

Os fundamentos teórico/prático desta ferramenta emergem do construcionismo social (GERGEN, 1999; MCNAMEE, 2001), que se apoiam na construção dialógica do conhecimento em que diferentes formas de narrar e interpretar um mesmo evento gera diversas histórias e resultados. Privilegiam ainda, o que acontece entre as pessoas nos seus encontros e de como ocorre a construção de sentidos sobre as coisas nas suas relações, se orienta pelo discurso que compõe uma prática relacional à medida que, esta vai se desenvolvendo (CAMARGO-BORGES; MISHIMA, 2009).

Este referencial é adequado ao projeto que se propõe porque na Atenção Primária de Saúde as práticas que sustentam o modelo assistencial valorizam a dialogicidade, o encontro, o vínculo e a participação social, princípios imprescindíveis na construção da corresponsabilidade de um fazer em saúde, comprometido com o contexto e as exigências locais.

Assim, os pressupostos deste referencial se mostram eficazes para a referida proposta, pois, a construção do conhecimento se faz nos processos interativos que se estabelecem nas relações, gerando possibilidades de abertura e ampliação de sentidos, sua negociação e responsabilização relacional.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 O território: Reconhecimento do município de Três Corações**

De acordo com Brasil (2014) apresentamos os dados do município de Três Corações, que representa o contexto de investigação e de proposição do plano de intervenção.

Está localizado ao sul de Minas Gerais, e é banhado pelos Rios Verde, do Peixe, Palmela, Lambari, além de vários ribeirões e córregos.

Limita-se ao norte com os municípios de Varginha e Carmo da Cachoeira, ao sul com os municípios de Conceição do Rio Verde e Cambuquira, a leste com os municípios de São Bento Abade e São Tomé das Letras e a oeste com os municípios de Campanha e Monsenhor Paulo. A topografia é representada pelas serras da Onça, do Palmital, do Jurumim entre outras, tendo seu ponto culminante na serra das Ninfas, aos 1.200 m de altitude.

Possui uma população de 72796 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,780.

A política de desenvolvimento industrial, associada à implantação de áreas destinadas a novas empresas, tem concorrido, de forma significativa, para a diversificação da produção. Como resultado da conjugação de suas potencialidades, recursos e sua estratégica posição geográfica, Três Corações oferecem inúmeras oportunidades de investimento. O município dispõe de um Distrito Industrial, localizado às margens da Rodovia Fernão Dias (BR-381), ocupando uma área de 2.634.944,47 m<sup>2</sup>, que a cada dia se firma como um dos mais promissores pólos industriais do sul de Minas. A cidade possui também um mini distrito, situado na estrada Três Corações/São Bento Abade, com área de 50.380 m<sup>2</sup>, pronta para receber empresas de pequeno porte.

O principal recurso natural (mineral) é a pedra São Tomé, de grande aplicação no ramo de construção civil. O município possui dinâmica atividade comercial, tanto atacadista como varejista.

No setor industrial destacam-se as indústrias de produtos derivados do leite (leite em pó, manteiga, queijo), metalúrgicos (esquadrias metálicas, botijão de gás, rodas de aço para automóveis, roda de liga leve, fios de cobre, fundição), fábrica de ração, fertilizantes, couro, calçados, pré-



moldados de cimento, produtos químicos, refrigerantes, cromação e niquelação de metais, móveis, piscinas de fibra de vidro, brinquedos de plástico, colchões, aparelhos de sinalização, semáforos, desinfetantes, doces, bolsas e cintos de couro, vassouras e confecções.

O Município é servido pela Rede Ferroviária Federal S/A, que permite ligações com as principais cidades e pólos da região sudeste. Possui um campo de pouso com 1.500 m de comprimento por 45 m de largura, distante 10 km da cidade, próximo à rodovia Três Corações/Cambuquira (MG-167). O Município é cortado pela rodovia Fernão Dias - BR 381 - que passa a 7 km de seu centro urbano.

A pecuária tem destacada participação na economia do município, através de seu rebanho leiteiro e gado de corte.

As culturas do café, milho e batata inglesa são de grande expressão econômica, seguindo-se em menor escala as de feijão, arroz e frutas regionais.

O município conta com 21 escolas da rede pública municipal de ensino sendo 16 escolas na zona urbana e cinco escolas na zona rural de ensino fundamental e médio (BRASIL, 2014). Conta também com 10 escolas da rede pública estadual de ensino médio e fundamental. Na rede de ensino privada o município conta com cinco escolas de ensino fundamental e médio. Existe também no município quatro escolas técnicas (SENAC, Polo descentralizado do IFSul de Minas, Astrobite e Microlins) e uma universidade (UNINCOR). Existe também a Escola de Subtenentes e Sargentos das Armas (ESsA).

Em relação ao tratamento de água e esgoto da área adstrita pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), os dados apontam que 3712 (99,46%) dos domicílios possuem fornecimento de água tratada pela rede pública e 11 (0,29%) domicílios utilizam poço ou nascente. Quanto ao esgoto, existem 3170 (99,41%) de domicílios com acesso ao sistema de esgoto e 15 (0,40%) domicílios que utilizam fossa. Esta área não possui cobertura de saúde bucal (SIAB, 2014).

Na área coberta pela ESF que possui atendimento pela equipe de saúde bucal, 6115 domicílios (90,24%) contam com abastecimento de água

da rede pública e 597 domicílios (8,81%) utilizam poço ou nascente. Essa área possui também 6251 domicílios (92,25%) com sistema de esgoto e 388 domicílios que utilizam fossa (SIAB, 2014).

No que se refere à saúde, o município conta com dois hospitais (Hospital São Sebastião e Hospital da UNIMED), seis unidades de saúde sendo: Centro de Saúde Però (unidade básica de saúde), Policlínica Municipal (Ambulatório de Especialidades, Laboratório, Raio X e Farmácia Popular), Centro Integrado de Saúde (onde funciona a Secretaria de Saúde, Farmácia de Alto Custo, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Zoonoses, Tratamento Fora do domicílio, Almojarifado da Saúde, Setor de Transportes), Clínica da Mulher (unidade especializada em Saúde da Mulher que funciona no prédio do Centro Integrado de Saúde), Clínica Central (unidade onde funciona o pronto atendimento infantil, consultas pediátricas e sala de imunização), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)/Saúde Mental e um CAPS/Álcool e drogas (AD).

O Programa de Saúde da Família (USF) foi implantado no município em 1999 com a Equipe do Centro de Saúde Dr. Moacir Resende chamada de “PSF 1” ou “PSF Cinturão Verde”. Atualmente o município conta com 10 unidades, sendo: Centro de Saúde Dr. Moacir Resende, Centro de Saúde São Pedro, Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima, Centro de Saúde CAIC, Centro de Saúde Rio do Peixe, Centro de Saúde Dr. José de Almeida Neto, Centro de Saúde Jardim Paraíso, Centro de Saúde Parque das Colinas, Centro de Saúde Flora e Centro de Saúde Amadeu Miguel. Dessas unidades, duas possuem duas equipes funcionando no mesmo centro de Saúde (Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima e Centro de Saúde Rio do Peixe) e uma unidade funciona com três equipes (Centro de Saúde Parque das Colinas). Duas unidades atendem PSF rural (Centro de Saúde Flora e Centro de Saúde Amadeu Miguel).

Priorizamos para a elaboração deste estudo, o Centro de Saúde Rio do Peixe (CSR), porque é o local de trabalho dos proponentes deste estudo.

Ele possui sede própria e foi inaugurado em 2006, sob supervisão da Superintendência Regional de Saúde de Varginha. Está localizado nas proximidades da principal avenida do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. O acesso aos bairros é facilitado pelo transporte coletivo. A área física

e suas instalações são compatíveis com a demanda da comunidade. O horário de atendimento é das 06h30min às 17h.

O CSRP iniciou suas atividades com uma Equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), constituída por 12 ACS e uma enfermeira. Em 2009 esta equipe foi dividida em duas equipes de PSF, denominadas “PSF 4” e “PSF 7”, para o atendimento a sete bairros, que compreendem 1606 famílias perfazendo um total de 6571 pessoas (SIAB, 2014).

A equipe “PSF 7”, atende dois bairros e conta com um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis ACS.

A comunidade atendida por esta equipe é constituída por 747 famílias e 3170 pessoas (SIAB, 2014). A área adstrita conta com espaço comercial representado por supermercados, mercearias, salões de beleza, serralheria, barbearias, hortifruti, oficinas elétricas, mecânica e tornearia, sapataria, bares, dentre outras.

A equipe “PSF 4” atende a 859 famílias, compreendidas por 3401 pessoas cadastradas (SIAB, 2014), conta também com área comercial representada por supermercados, mercearias, salões de beleza, marcenaria, bares, oficinas mecânicas, padarias.

A área do “PSF 4” possui uma clínica popular de especialidades médicas denominada “SOS Saúde”, uma farmácia, duas escolas municipais de ensino fundamental, uma escola particular de educação infantil, o cemitério municipal, um consultório odontológico particular, dois “pet shop”, dois escritórios de engenharia, uma creche infantil municipal e uma instituição de longa permanência.

A comunidade conta com a assistência da equipe de saúde bucal que realiza atividades preventivas para escolares e atendimento clínico e com a assistência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atendem as famílias cadastradas no CSRP. Esta equipe não possui sede própria e atua de forma itinerante atendendo cinco unidades de Saúde da Família (NASF tipo I).

A equipe do NASF realiza atividades em grupo e individuais. São realizadas reuniões quinzenais para agendamento e discussão de casos. Também são realizadas palestras quinzenais na unidade de saúde à

comunidade, com abordagem de diversos temas. Cada profissional que compõe esta equipe, compreendidos pelo assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, realiza duas visitas domiciliares para pacientes cadastrados, uma vez por semana.

As atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe do NASF são realizadas com dois grupos, sendo eles: grupo de atividade física e o grupo de reeducação alimentar que funcionam na escola municipal de ensino fundamental da comunidade. O profissional de educação física atende o grupo duas vezes por semana, que tem tido em média 27 pessoas cadastradas e o grupo de reeducação alimentar que funciona uma vez por semana, quando a equipe visita o CSRP. O grupo de reeducação alimentar desenvolve as atividades com o grupo de atividade física. Os atendimentos individuais são realizados, por meio de visitas domiciliares, e eventualmente, atendimento individual no CSRP.

Quanto ao acesso a medicação, é importante destacar que não há distribuição de medicamentos no CSRP. Os ACS encaminham mensalmente as carteirinhas das pessoas que fazem uso de medicação contínua, a exemplo da HAS e DM, para a Policlínica Municipal, que é sede da Farmácia Básica, e esta separa os medicamentos por cliente e encaminha a medicação para a unidade de saúde. Compete aos ACS a entrega do medicamento no domicílio.

A comunidade conta ainda, com uma escola municipal de ensino fundamental e um Centro Municipal de Referência de Assistência Social (CRAS) que situa na área do PSF 7. Não existe associação comunitária atuante, sendo somente exercidas atividades sociais pela equipe das pastorais da igreja católica. Existem duas igrejas católicas e três evangélicas nas áreas adstritas da equipe PSF 7.

Quanto a caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas atendidas pelo CSRP, que compreende as equipes PSF 4 e 7, estão apresentadas a seguir:

**Tabela 1** - Distribuição da população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área de PSF 7, em relação ao gênero e faixa etária. Três Corações-MG/2014.

Sexo	Faixa etária (anos)
------	---------------------

	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14
Masculino	14	76	41	74	110
Feminino	18	70	44	57	128
<b>Nº pessoas</b>	<b>32</b>	<b>146</b>	<b>85</b>	<b>131</b>	<b>238</b>

Sexo	Faixa etária (anos)					Total
	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	
Masculino	149	538	158	168	199	1527
Feminino	138	541	190	205	252	1643
<b>Nº pessoas</b>	<b>287</b>	<b>1079</b>	<b>348</b>	<b>373</b>	<b>451</b>	<b>3170</b>

Fonte: SIAB. Prefeitura Municipal de Três Corações, outubro 2014.

**Tabela 2** - Distribuição da população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área do PSF 7, de acordo com as condições sócio culturais e de saneamento. Três Corações-MG/2014.

Condições socioculturais e de saneamento	N	%
Crianças de 7 a 14 anos na escola	227	61,52
Pessoas com 15 anos e mais alfabetizadas	2456	96,77
Pessoas cobertas c/ plano saúde	479	15,11
Abastecimento de água/Rede pública	742	99,33
Tipo de casa/Tijolo / Adobe	747	100
Destino do lixo/Coleta pública	747	100
Destino de fezes/urina/Sistema de Esgoto	747	100

Fonte: SIAB. Prefeitura Municipal de Três Corações. Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações, outubro 2014.

**Tabela 3** - Distribuição da população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área de PSF 4, em relação ao gênero e faixa etária. Três Corações-MG/2014.

Sexo	Faixa etária (anos)				
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14
Masculino	12	85	36	60	123
Feminino	10	94	45	51	126
<b>Nº pessoas</b>	<b>22</b>	<b>179</b>	<b>81</b>	<b>111</b>	<b>249</b>

Sexo	Faixa etária (anos)					Total
	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	
Masculino	164	539	211	201	211	1642
Feminino	129	561	223	244	276	1759
<b>Nº pessoas</b>	<b>293</b>	<b>1100</b>	<b>434</b>	<b>445</b>	<b>487</b>	<b>3401</b>

Fonte: SIAB. Prefeitura Municipal de Três Corações. Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações, outubro 2014.

**Tabela 4** - Distribuição da população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área do PSF 4, de acordo com as condições sócio culturais e de saneamento. Três Corações-MG/2014.

Condições socioculturais e de saneamento	N	%
Crianças de 7 a 14 anos na escola	271	75,28
Pessoas com 15 anos e mais alfabetizadas	2679	97,1
Pessoas cobertas c/ plano saúde	657	19,32
Abastecimento de água/Rede pública	859	100
Tipo de casa/Tijolo / Adobe	859	100
Destino do lixo/Coleta pública	859	100
Destino de fezes/urina/Sistema de Esgoto	847	98,6

Fonte: SIAB. Prefeitura Municipal de Três Corações. Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações, outubro 2014.

A equipe não possui dados das pessoas com HAS em tratamento não medicamentoso, apenas daquelas em uso de medicação.

A partir das reuniões da equipe do CSRP e de acordo com o levantamento dos prontuários e das fichas do SIAB, apontamos como eixo estruturante para a reorganização do processo de trabalho em saúde, as ações para o controle da HAS.

Foram realizadas oficinas de trabalho para propor estratégias e soluções com vistas à melhoria da assistência a estas pessoas. Cabe ressaltar que para o êxito da referida proposta não basta o envolvimento e o comprometimento de determinados atores, requer também a participação da Secretaria de Saúde e a Coordenação de Atenção Básica, principalmente para a reordenação do processo de trabalho do CSRP.

Foram realizadas reuniões com os seus representantes e apresentados os pontos de fragilidade e possíveis soluções para a melhoria da assistência, dos quais podemos mencionar:

- Falta de protocolo para o atendimento as pessoas com HAS
- Prontuários incompletos o que dificulta o acompanhamento
- Organização do arquivo do CSRP
- Não há o acompanhamento de pessoas com HAS em tratamento não farmacológico
- Incompatibilidade do horário de funcionamento do CSRP com a disponibilidade das pessoas com HAS o que dificulta o acompanhamento
- Não há registros de pessoas abaixo de 15 anos com o diagnóstico de HAS
- Ações de enfermagem com prioridade aos procedimentos técnicos
- Acompanhamento inadequado de pessoas com HAS em visita domiciliária pelo médico e enfermeiro
- Não há organização na programação de visita domiciliária
- Baixo grau de escolaridade entre as pessoas com HAS
- Dificuldade de acesso a consulta com especialistas
- Sistema de referência e contrarreferência dificultado

Para dar respostas aos problemas elencados, com vistas à melhoria da assistência às pessoas com HAS, reconhecemos a necessidade de reordenamento do processo de trabalho, o comprometimento e o envolvimento de todos para o processo de mudanças. As estratégias de resolução de problemas têm como principal objetivo desenvolver a habilidade das pessoas em lidar com situações problemáticas, solucionando-as por meio de um conjunto de respostas efetivas. Para tanto, lançamos as principais metas:

- Realizar educação permanente em serviço para o acolhimento, preenchimento correto das informações nos prontuários, organização do arquivo;
- Programar agendamento de visitas domiciliares semanais, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades comprometidas;
- Propor alteração no horário de funcionamento do CSRP para atender as necessidades da população vinculada;
- Levantar indicadores sobre a HAS, no que se refere a estratificação de risco, gênero, faixa etária, tratamento farmacológico e não farmacológico;
- Implementar as consultas de enfermagem, espaço para a escuta, dialogicidade e orientações, principalmente para aqueles com dificuldade no cumprimento de metas;
- Estruturar o fluxo de atendimento de pessoas com HAS;
- Implantar e implementar grupos operativos fundamentado nos princípios da Responsabilidade Relacional;
- Estabelecer metas que deverão ser pactuadas com a pessoa com HAS para mudanças de comportamento.

O Plano Estratégico Situacional (PES) (2010) como preconizado por (Campos, Faria e Santos, 2010) constitui uma ferramenta importante, pois, é uma maneira de construir viabilidade para um plano elaborado, visando alcançar determinados objetivos.

Nesta situação em que diferentes atores têm um modo de interpretar e explicar a realidade, pois, as visões de mundo são bem distintas, há a possibilidade de conflitos, já que os atores envolvidos podem ter interesses e objetivos diferentes.

É fundamental que sejam devidamente consideradas as interpretações das realidades formuladas por outros atores sociais, o que pode exigir a



formulação de estratégias para superar possíveis desafios (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### **1. Primeiro Passo: Definição dos problemas**

A análise situacional realizada pela equipe do CSRP permitiu apontar diferentes problemas que necessitam de intervenção, dentre estes estão aqueles relacionados à comunidade, as políticas públicas e a organização do processo de trabalho em saúde.

No que se refere a comunidade levantou-se dentre outros problemas, o desemprego, o tabagismo, o consumo de drogas e o alcoolismo, visto que no bairro há muitos bares e pontos de venda de drogas e as dificuldades de mudanças de hábitos de vida.

Em relação à organização e o processo de trabalho foram identificados pela equipe a falta de ações organizadas e sistematizadas para o controle da HAS, para a promoção à saúde, para a prevenção e controle do tabagismo, para o controle da obesidade, para a promoção de hábitos de vida saudáveis. Além destes, os ACS em sua rotina diária de trabalho têm enfatizado outros problemas emergentes como a falta de ações para redução de danos para os dependentes químicos e para os casos de depressão na comunidade.

Reconhecemos os problemas levantados requer a intervenção de diferentes atores, quer seja da comunidade, de secretarias de governo e outras instâncias para a sua resolutividade.

### **2. Segundo Passo: Priorização dos Problemas**

Os problemas levantados pela equipe estão apresentados na Tabela 1, de acordo com a sua relevância e capacidade de enfrentamento. Contudo, priorizamos alguns para o desenvolvimento de propostas de intervenções pela equipe.

**Tabela 5** - Priorização dos problemas levantados pela equipe do Centro de Saúde Rio do Peixe- Três Corações/MG 2014

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Desemprego	Alta	-----	----
Ações de prevenção e controle da dependência química (drogas)	Alta	Parcial	6º
Ações de prevenção e controle do alcoolismo	Alta	Parcial	5º
Falta de ações de controle da HAS	Alta	Total	1º
Falta de ações de prevenção de controle do Tabagismo	Alta	Total	2º
Falta de ações de prevenção e controle da obesidade	Alta	Total	3º
Falta de ações de promoção de hábitos de vida saudáveis	Alta	Total	4º
Falta de ações de prevenção e controle da depressão	Baixa	Parcial	7º

### 3. Terceiro Passo: Descrição do Problema selecionado

A situação que se revelou prioritária e com maior necessidade de intervenção é o acompanhamento e o controle da HAS, pois, o número de pessoas que serão contempladas com a melhoria desse acompanhamento é significativo, pois temos cadastradas na unidade 1081 pessoas com HAS, compreendidos na faixa etária acima de 15 anos, o que corresponde a 20%. Este dado pode estar subestimado, pois não há dados relativos à HAS em pessoas na faixa etária inferior a 15 anos.

Ainda, cabe destacar que a prioridade dada as ações de acompanhamento e controle da HAS, decorre das complicações evitáveis da HAS, pois, no mês de setembro foi diagnosticado dois casos de Acidente Vascular Encefálico e um caso de infarto agudo do miocárdio na área do PSF 7.

**Tabela 6** - Distribuição de pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial na população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área de PSF 7, em relação ao gênero e faixa etária. Três Corações-MG/2014.

Sexo	Faixa etária (anos)				
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14
Masculino	0	0	0	0	0
Feminino	0	0	0	0	0
<b>Nº pessoas</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Sexo	Faixa etária (anos)					Total
	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	
Masculino	0	10	27	45	97	179
Feminino	0	21	33	70	181	305
<b>Nº pessoas</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>60</b>	<b>115</b>	<b>278</b>	<b>484</b>

Fonte: SIAB. Prefeitura Municipal de Três Corações. Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações. Centro de Saúde Rio do Peixe. Ficha B /Hipertensos, área de PSF 7, outubro 2014.

**Tabela 7** - Distribuição de pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial na população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área de PSF 4, em relação ao gênero e faixa etária. Três Corações-MG/2014.

Fonte: SIAB. Prefeitura Municipal de Três Corações. Secretaria Municipal de Saúde de

Sexo	Faixa etária (anos)				
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14
Masculino	0	0	0	0	0
Feminino	0	0	0	0	0
<b>Nº pessoas</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Sexo	Faixa etária (anos)					Total
	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	
Masculino	0	5	36	71	108	220
Feminino	0	10	51	109	207	377
<b>Nº pessoas</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>87</b>	<b>180</b>	<b>315</b>	<b>597</b>

Três Corações. Centro de Saúde Rio do Peixe. Ficha B /Hipertensos, área de PSF 4, outubro 2014.

**Tabela 8** - Distribuição de pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial na população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área do PSF 4 e 7, de acordo com a escolaridade. Três Corações-MG/2014.

<b>Escolaridade</b>	<b>PSF 7</b>	<b>PSF 4</b>
Analfabeto	61	84
1ª a 4ª série incompleta do EF	155	183
4ª série completa do EF	16	89
5ª a 8ª incompleta do EF	149	96
Ensino Fundamental Completo	35	56
Ensino Fundamental Completo	12	32
Ensino Médio Completo	51	35
Educação Superior Incompleta	1	0
Educação Superior Completa	4	18
Ignorado	0	4
Não se aplica	0	0
<b>Total</b>	<b>484</b>	<b>597</b>

Fonte: SIAB. Prefeitura Municipal de Três Corações. Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações. Centro de Saúde Rio do Peixe. Ficha B /Hipertensos, área de PSF 4 e 7, outubro 2014.

**Tabela 9** - Distribuição de pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial na população cadastrada no Centro de Saúde Rio do Peixe, na área do PSF 4 e 7, de acordo com a renda familiar. Três Corações-MG/2014.

<b>Renda Familiar</b>	<b>PSF 7</b>	<b>PSF 4</b>
Sem renda	0	10
1 salário mínimo*	198	352
2 salários mínimos	197	190
Acima de 2 salários mínimos	89	45
<b>Total</b>	<b>484</b>	<b>597</b>

Fonte: SIAB. Prefeitura Municipal de Três Corações. Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações. Centro de Saúde Rio do Peixe. Ficha B /Hipertensos, área de PSF 4 e 7, outubro 2014.

\*Considerou-se o salário mínimo vigente em 2014

Soma-se a esta prevalência, a cronicidade da HAS e as conseqüências advindas de um controle não efetivo.

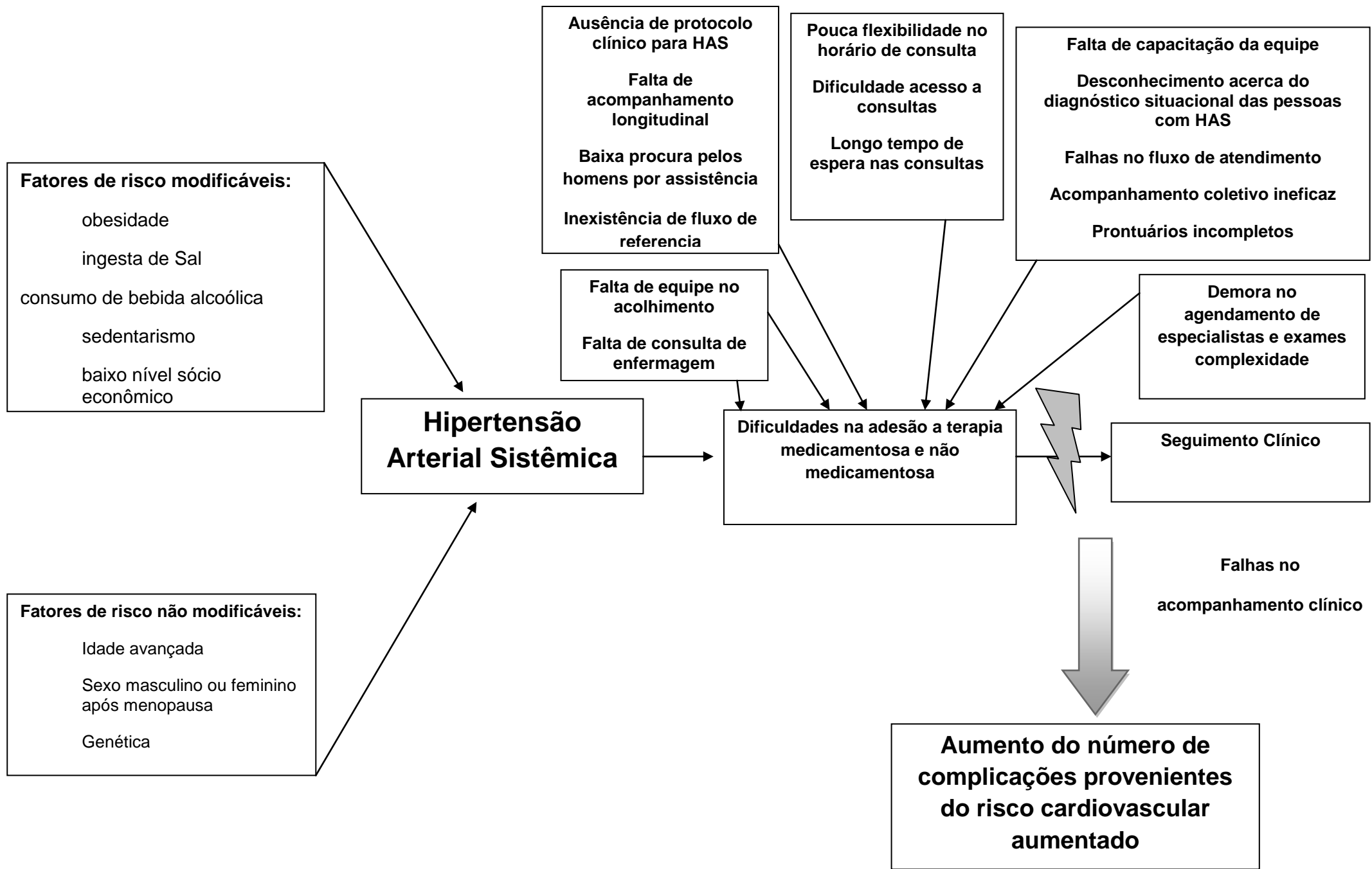
**Quadro 1** - Descrição do problema selecionado no CSRP da cidade de Três Corações-MG

<b>Descritores</b>	<b>Valores</b>	<b>Fontes</b>
Pessoas com HAS acima de 15 anos de idade	1081 pessoas	SIAB/ HIPERDIA
Pessoas com HAS em tratamento não farmacológico	Não possuímos este dado, são cadastrados somente pessoas com HAS que fazem uso de medicação	SIAB/ Prontuários
Nível de Escolaridade das pessoas com HAS	Baixo Nível de Escolaridade (vide tabela 7)	Fichas B/Hipertensos
Renda Familiar	Maioria da população com diagnóstico de HAS com renda até 2 salários mínimos (vide tabela 8)	Fichas B/Hipertensos

#### **4. Quarto Passo: Explicitação do Problema**

Apresentamos nesta etapa, conforme a figura 1 - *Árvore explicativa da falha do acompanhamento as pessoas com HAS no CSRP*, os fatores que corroboram para a ineficiência das ações de acompanhamento e controle da HAS, que envolve diferentes esferas, quer seja da pessoa com HAS e da organização do processo de trabalho.

**Figura 1** - *Árvore explicativa da falha do acompanhamento as pessoas com HAS no CSRP na cidade de Três Corações-MG 2014.*



Ao estabelecer como de alta importância e de capacidade total de enfrentamento, as ações para o controle e acompanhamento de pessoas com HAS, deparamos com algumas barreiras que precisam ser resolvidas.

Constatamos que os dados que norteiam as metas e as intervenções estão desatualizados, não há protocolo para o atendimento de pessoas com HAS, o que tem dificultado a organização do processo de trabalho e como consequência há dificuldades para estabelecer a periodicidade para o retorno e o acompanhamento das pessoas com HAS, levantar o absenteísmo nas consultas, avaliar as dificuldades de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, o cumprimento de visitas domiciliares, o agendamento de exames e encaminhamento para especialistas para avaliação.

### **5. Quinto Passo: Seleção dos Nós Críticos**

Constitui a análise das barreiras que tem colaborado para as dificuldades da equipe no controle e acompanhamento das pessoas com HAS. Dentre as barreiras levantadas pela equipe estão:

- Levantar dados epidemiológicos da HAS nos bairros adstritos
- Inexistência de protocolos para atenção à pessoa com HAS
- Falta de preparo da equipe para levantar as necessidades das pessoas
- Processo de trabalho centrado na doença
- Dificuldades para estabelecer a periodicidade para o retorno das pessoas com HAS
- Falta de acompanhamento
- Falta de acolhimento pela equipe
- Ausência de registros para o acompanhamento
- Dificuldade de agendar exames
- Dificuldade para o encaminhamento a especialistas

- Falta de definição das atribuições da equipe
- Inexistência de fluxo de referência e contrarreferencia
- Estratégias de educação em saúde
- Dificuldade na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico
- Dificuldade no cumprimento de visitas domiciliares
- Ações em saúde realizadas de forma pontual
- Falta de apoio financeiro e logístico para o desenvolvimento das ações

Algumas ações têm sido desenvolvidas pelos profissionais da equipe do NASF para o acompanhamento de pessoas com HAS, como palestras e atividades físicas. No entanto, há dificuldades na implantação de outras ações pela falta de apoio financeiro e tecnológico.

No que se refere ao acesso as medicações, estas são fornecidos mensalmente e as receitas são renovadas a cada seis meses. A equipe controla a entrega do medicamento, renova as receitas e o ACS mensalmente levanta com a clientela atendida, o uso dos medicamentos, orienta no caso de dúvidas e encaminha o cliente para atendimento do enfermeiro ou do médico quando denota o descontrole da pressão arterial. As intercorrências são prontamente atendidas pelo técnico de enfermagem ou pelo enfermeiro, é realizada a triagem de acordo com os critérios do Protocolo de Manchester pelo enfermeiro e o cliente é encaminhado para o consultório médico, ou na ausência do médico encaminhado ao Pronto Socorro Municipal. As equipes de PSF contam com um motorista que encaminha o cliente ao Pronto Socorro quando necessário, durante o horário de funcionamento da unidade.

Os encaminhamentos a outros profissionais como cardiologista, nefrologista, oftalmologista, angiologista, endocrinologista demoram em média de dois a três meses para serem agendados, os exames diagnósticos especializados como ecocardiograma demora de 6 meses a 1 ano e os eletrocardiogramas são marcados de imediato. Não há fluxo de contrarreferência, sendo que a pessoa retorna ao serviço somente quando não



há o efetivo controle da pressão arterial, o que dificulta conhecer as condutas de tratamento dos especialistas.

Diante ao exposto, esforços devem ser direcionados pela equipe para atualizar a classificação de risco das pessoas com HAS de sua área de abrangência para o melhor acompanhamento e minimizar as complicações decorrentes do mau controle, estabelecer ações que estimulem a adesão ao tratamento e tornem as pessoas mais motivadas para o controle e autogestão do seu processo de adoecimento.

### **Desenho das Operações**

**Quadro 2** - Desenho de operações para os "nós" críticos encontrados para a falta de ações sistemáticas para o controle e acompanhamento de pessoas com HAS do CSRP na cidade de Três Corações-MG

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Levantar dados epidemiológicos da HAS nos bairros adstritos	Como anda nossa saúde?	Situação de saúde das pessoas com HAS completa e atualizada	Situação de saúde elaborada e divulgada	Organizacional: visitas domiciliares dos ACS  Cognitivo: Informação sobre os dados necessários  Político: Mobilização Social  Financeiro: aquisição de materiais para atualização e/ou elaboração dos dados epidemiológicos
Inexistência de protocolos para atenção à pessoa com HAS	Cuidando com qualidade	Protocolo de Atenção à pessoa com HAS elaborado, aprovado, divulgado e implantado	Protocolo de Atenção à pessoa com HAS criado.	Organizacional: organizar os encontros dos diversos profissionais para elaboração do protocolo  Cognitivo: elaboração do protocolo  Político: articulação intersetorial e promover a adesão dos profissionais  Financeiro: aquisição de materiais para elaboração do protocolo, fornecer local para os encontros dos profissionais.
Falta de preparo da	Conhecendo as	Equipe preparada para	Levantamento	Organizacional: Equipe de Saúde da Família

equipe para levantar as necessidades das pessoas	necessidades das pessoas	atender as necessidades das pessoas	das necessidades das pessoas atualizado e completo	Cognitivo: conhecimento sobre o tema
Processo de trabalho centrado na doença	Conhecendo melhor a pessoa com o adoecimento	Equipe com a visão ampliada sobre a pessoa	Mudança de visão dos profissionais para uma abordagem comunitária do processo de adoecimento	Organizacional: Equipe de Saúde da Família Cognitivo: conhecimento sobre o tema
Dificuldade para estabelecer a periodicidade para o retorno das pessoas com HAS	Quando voltar?	Estabelecer os retornos das pessoas com HAS	Controle dos retornos eficaz	Organizacional: Equipe de Saúde da Família, disponibilização de vagas nas agendas do enfermeiro e médico Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: Articulação com a secretaria municipal de saúde para a reserva de vagas
Ausência de registros para o acompanhamento	Registro eficaz	Elaboração de formulários para acompanhamento de pessoas com HAS	Formulários elaborados	Organizacional: visitas domiciliares dos ACS Cognitivo: Informação sobre os dados necessários Político: Mobilização Social Financeiro: aquisição de materiais para atualização e/ou elaboração dos dados de

				acompanhamento
Dificuldades para agendamento de exames	Como estamos?	Organização do fluxo de atendimento para exames de apoio diagnóstico elaborado, aprovado e divulgado para todos os profissionais	Fluxo de Atendimento organizado e implantado	<p>Organizacional: organizar reuniões com diversos profissionais para elaboração do fluxo de atendimento</p> <p>Cognitivo: elaboração do fluxo de atendimento para realização de exames de apoio diagnóstico</p> <p>Político: articulação intersetorial e promover acesso dos usuários aos exames solicitados</p> <p>Financeiro: aumento da oferta de exames</p>
Dificuldade no encaminhamento para especialistas	Para onde vamos?	Melhoria no acesso às consultas especializadas e organização do fluxo deste tipo de atendimento	Acesso igualitário para consultas especializadas	<p>Organizacional: organizar a equipe de especialistas de acordo com a demanda do município</p> <p>Cognitivo: conhecer os especialistas que atendem na rede e seus respectivos horários e dias de atendimento</p> <p>Político: articulação intersetorial e promover acesso dos usuários às consultas especializadas</p> <p>Financeiro: aumento da oferta de consultas especializadas</p>

Falta de definição de atribuições da equipe	Quem faz o quê?	Dinâmica de trabalho bem definida	Equipe integrada	<p>Cognitivo: elaboração de normas, rotinas e agenda programada</p> <p>Organizacional: Equipe de Saúde</p> <p>Financeiro: aquisição de materiais para confecção de documentos</p>
Falhas de Fluxo de Contrarreferência	Para onde retornar?	Fluxo de contrarreferência elaborado, aprovado e divulgado	Fluxo de contrarreferência implantado	<p>Cognitivo: participar da elaboração do fluxo de contrarreferência</p> <p>Político: articular reuniões com diversas instituições para a organização do fluxo de contrarreferência</p> <p>Organizacional: Equipes de Saúde de diversas instituições de saúde</p> <p>Financeiro: aquisição de materiais para as reuniões</p>
Estratégias de Educação em Saúde	O que sabemos?	Estratégias de Educação em Saúde atualizadas e adequadas à realidade local	Estratégias de Educação em Saúde revisadas	<p>Cognitivo: conhecer as estratégias utilizadas na Educação em Saúde</p> <p>Organizacional: Equipe de Saúde</p> <p>Político: apoio na execução das estratégias, apoio tecnológico</p> <p>Financeiro: material para executar as estratégias</p>
Dificuldade na adesão ao tratamento farmacológico e não	Eu me cuido!	Definição do número de pessoas em tratamento farmacológico e não	Quantitativo de pessoas em tratamento farmacológico e	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de intervenção</p> <p>Político: garantir a oferta de medicamentos</p>

farmacológico		farmacológico  Identificação das dificuldades na adesão ao tratamento	não farmacológico bem definido  Dificuldades na adesão ao tratamento bem definidas	Organizacional: Equipe de Saúde  Financeiro: insumos para o tratamento medicamentoso
Dificuldade no cumprimento das visitas domiciliárias	Dê olho em você	Melhoria na organização das visitas domiciliárias	Visitas domiciliárias realizadas de acordo com o protocolo de atendimento	Cognitivo: organização das visitas domiciliárias  Organizacional: Equipe de Saúde
Ações de saúde desintegradas e realizadas de forma pontual	Compromisso com sua saúde	Melhora na periodicidade e integralidade das ações de saúde	Ações de saúde integradas	Cognitivo: garantir a continuidade e integralidade das ações de saúde  Organizacional: Equipe de Saúde  Financeiro: materiais para desenvolvimento das ações de saúde
Falta de apoio financeiro e logístico para o desenvolvimento das ações de saúde	Compromisso com nossa saúde	Melhoria no apoio financeiro e logístico para o desenvolvimento das ações de saúde	Apoio financeiro e logístico eficaz	Político: garantir os recursos para melhorar o serviço  Financeiro: aumentar a oferta de recursos  Cognitivo: elaboração de planilha de custos para realizar as ações

**Quadro 3** - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nos" críticos da falta de ações sistemáticas para o acompanhamento e controle de pessoas com HAS do CSRP da cidade de Três Corações-MG

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
Como anda nossa saúde?	Organizacional: visitas domiciliares dos ACS Cognitivo: Informação sobre os dados necessários Político: Mobilização Social Financeiro: aquisição de materiais para atualização e/ou elaboração dos dados epidemiológicos
Cuidando com qualidade	Organizacional: organizar os encontros dos diversos profissionais para elaboração do protocolo Cognitivo: elaboração do protocolo Político: articulação intersetorial e promover a adesão dos profissionais Financeiro: aquisição de materiais para elaboração do protocolo, fornecer local para os encontros dos profissionais.
Conhecendo as necessidades das pessoas	Organizacional: Equipe de Saúde da Família Cognitivo: conhecimento sobre o tema
Conhecendo melhor o processo de trabalho	Organizacional: Equipe de Saúde da Família Cognitivo: conhecimento sobre o tema

Quando voltar?	<p>Organizacional: Equipe de Saúde da Família</p> <p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema</p>
Registro eficaz	<p>Organizacional: visitas domiciliares dos ACS</p> <p>Cognitivo: Informação sobre os dados necessários</p> <p>Político: Mobilização Social</p> <p>Financeiro: aquisição de materiais para atualização e/ou elaboração dos dados de acompanhamento</p>
Como estamos?	<p>Organizacional: organizar reuniões com diversos profissionais para elaboração do fluxo de atendimento</p> <p>Cognitivo: elaboração do fluxo de atendimento para realização de exames de apoio diagnóstico</p> <p>Político: articulação intersetorial e promover acesso dos usuários aos exames solicitados</p> <p>Financeiro: aumento da oferta de exames</p>
Para onde vamos?	<p>Organizacional: organizar a equipe de especialistas de acordo com a demanda do município</p> <p>Cognitivo: conhecer os especialistas que atendem na rede e seus respectivos horários e dias de atendimento</p> <p>Político: articulação intersetorial e promover acesso dos usuários às consultas especializadas</p> <p>Financeiro: aumento da oferta de consultas especializadas</p>



Quem faz o quê?	<p>Cognitivo: elaboração de normas, rotinas e agenda programada</p> <p>Organizacional: Equipe de Saúde</p> <p>Financeiro: aquisição de materiais para confecção de documentos</p>
Para onde retornar?	<p>Cognitivo: participar da elaboração do fluxo de contrarreferência</p> <p>Político: articular reuniões com diversas instituições para a organização do fluxo de contrarreferência</p> <p>Organizacional: Equipes de Saúde de diversas instituições de saúde</p> <p>Financeiro: aquisição de materiais para as reuniões</p>
O que sabemos?	<p>Cognitivo: conhecer as estratégias utilizadas na Educação em Saúde</p> <p>Organizacional: Equipe de Saúde</p> <p>Político: apoio na execução das estratégias, apoio tecnológico</p> <p>Financeiro: material para executar as estratégias</p>
Eu me cuido!	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de intervenção</p> <p>Político: garantir a oferta de medicamentos</p> <p>Organizacional: Equipe de Saúde</p> <p>Financeiro: insumos para o tratamento medicamentoso</p>
Dê olho em você	<p>Cognitivo: organização das visitas domiciliares</p> <p>Organizacional: Equipe de Saúde</p>

Compromisso com sua saúde	Cognitivo: garantir a continuidade e integralidade das ações de saúde Organizacional: Equipe de Saúde Financeiro: materiais para desenvolvimento das ações de saúde
Compromisso com nossa saúde	Político: garantir os recursos para melhorar o serviço Financeiro: aumentar a oferta de recursos Cognitivo: elaboração de planilha de custos para realizar as ações

### **8. Oitavo Passo: Análise da Viabilidade do Plano**

Diante da realidade que se apresenta, reconhecemos a participação de diferentes atores no processo e que o envolvimento e o comprometimento são condições imprescindíveis para êxito do plano.

**Quadro 4 –** Análise da viabilidade da proposta do CSRP para a motivação dos atores.

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Como anda nossa saúde?	Cognitivo: Informação sobre os dados necessários  Financeiro: aquisição de materiais para atualização e/ou elaboração dos dados epidemiológicos	Equipe de Saúde  Secretário de Saúde	Favorável  Favorável	Levantamento do material necessário
Cuidando com qualidade	Organizacional: organizar os encontros dos diversos profissionais para elaboração do protocolo  Cognitivo: elaboração do protocolo  Político: articulação intersetorial e promover a adesão dos profissionais  Financeiro: aquisição de materiais para elaboração do protocolo, fornecer local para os encontros dos profissionais	Secretário de Saúde  Equipe de Saúde  Secretário de Saúde  Secretário de Saúde	Favorável  Favorável  Favorável  Favorável	
Conhecendo as necessidades das	Cognitivo: conhecimento sobre o tema	Equipe de Saúde	Favorável	Reuniões de Educação

peessoas				Continuada
Conhecendo melhor o processo de trabalho	Cognitivo: conhecimento sobre o tema	Equipe de Saúde	Favorável	Reuniões de Educação Continuada
Quando voltar?	Cognitivo: conhecimento sobre o tema	Equipe de Saúde	Favorável	Reuniões de Educação Continuada
Registro eficaz	Cognitivo: Informação sobre os dados necessários	Equipe de Saúde	Favorável	Reuniões de Educação Continuada
	Financeiro: aquisição de materiais para atualização e/ou elaboração dos dados de acompanhamento	Secretaria de Saúde	Favorável	
Como estamos?	Organizacional: organizar reuniões com diversos profissionais para elaboração do fluxo de atendimento	Secretaria de Saúde	Favorável	Reuniões com diversos profissionais Elaboração do fluxo com os recursos disponíveis Divulgação do fluxo elaborado Levantamento de demanda
	Cognitivo: elaboração do fluxo de atendimento para realização de exames de apoio diagnóstico	Profissionais de Saúde	Favorável	
	Político: articulação intersetorial e promover acesso dos usuários aos exames solicitados	Secretaria de Saúde	Favorável	
	Financeiro: aumento da oferta de exames	Secretaria de Saúde	Favorável	

Para onde vamos?	<p>Organizacional: organizar a equipe de especialistas de acordo com a demanda do município</p> <p>Cognitivo: conhecer os especialistas que atendem na rede e seus respectivos horários e dias de atendimento</p> <p>Político: articulação intersetorial e promover acesso dos usuários às consultas especializadas</p> <p>Financeiro: aumento da oferta de consultas especializadas</p>	<p>Secretaria de Saúde</p> <p>Secretaria de Saúde</p> <p>Secretaria de Saúde</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Levantamento de Demanda</p> <p>Divulgação dos especialistas disponíveis</p> <p>Contratação de especialistas</p> <p>Avaliar demanda com periodicidade</p>
Quem faz o quê?	Cognitivo: elaboração de normas, rotinas e agenda programada	Equipe de Saúde	Favorável	Elaborar normas, rotinas e agenda programada
Para onde retornar?	<p>Cognitivo: participar da elaboração do fluxo de contrarreferência</p> <p>Político: articular reuniões com diversas instituições para a organização do fluxo de contrarreferência</p> <p>Organizacional: Equipes de Saúde de diversas instituições de saúde</p> <p>Financeiro: aquisição de materiais para as reuniões</p>	<p>Secretaria de Saúde</p> <p>Secretaria de Saúde</p> <p>Equipes de Saúde</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Organizar reuniões</p> <p>Convocar atores</p> <p>Participar ativamente dos debates</p> <p>Promover as reuniões</p>

O que sabemos?	<p>Cognitivo: conhecer as estratégias utilizadas na Educação em Saúde</p> <p>Político: apoio na execução das estratégias, apoio tecnológico</p> <p>Financeiro: material para executar as estratégias</p>	<p>Equipe de Saúde</p> <p>Secretaria de Saúde</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Reuniões de Educação Continuada</p> <p>Fornecer recursos tecnológicos</p> <p>Fornecer recursos materiais</p>
Eu me cuido!	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de intervenção</p> <p>Político: garantir a oferta de medicamentos</p> <p>Financeiro: insumos para o tratamento medicamentoso</p>	<p>Equipe de Saúde</p> <p>Secretaria de Saúde</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Reuniões de Educação Continuada</p> <p>Levantamento de demanda</p> <p>Garantir a compra dos medicamentos</p>
Dê olho em você	<p>Cognitivo: organização das visitas domiciliares</p> <p>Organizacional: Equipe de Saúde</p>	<p>Equipe de Saúde</p> <p>Equipe de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Cumprimento da agenda programada</p>
Compromisso com sua saúde	<p>Cognitivo: garantir a continuidade e integralidade das ações de saúde</p>	<p>Equipe de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Elaboração de projeto com equipe multiprofissional</p> <p>Levantamento de materiais</p>

	Financeiro: materiais para desenvolvimento das ações de saúde	Secretaria de Saúde	Favorável	necessários Garantir a aquisição dos materiais necessários
Compromisso com nossa saúde	Político: garantir os recursos para melhorar o serviço  Financeiro: aumentar a oferta de recursos  Cognitivo: elaboração de planilha de custos para realizar as ações	Secretaria de Saúde  Secretaria de Saúde  Equipes de Saúde	Favorável  Favorável  Favorável	Levantamento de recursos necessários Garantir a oferta dos recursos Cumprir o planejamento

### 9. Nono Passo: Elaboração do Plano Operativo

Esta etapa tem por finalidade estabelecer os responsáveis pela execução e supervisão do projeto e os prazos para a sua execução

**Quadro 5 –** Elaboração do Plano Operativo do CSRP da cidade de Três Corações-MG

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
Como anda nossa saúde?	Situação de saúde completa e atualizada de pessoas com hipertensão.	Situação de saúde elaborada e divulgada	Levantamento do material necessário	Equipe de Saúde Secretário de Saúde	3 meses
Cuidando com qualidade	Protocolo de Atenção à pessoa com HAS elaborado, aprovado, divulgado e implantado	Protocolo de Atenção à pessoa com HAS criado.		Secretário de Saúde Equipe de Saúde	6 meses
Conhecendo as necessidades das pessoas	Equipe preparada para atender as necessidades das pessoas	Levantamento das necessidades das pessoas atualizado e completo	Reuniões de Educação Continuada	Equipe de Saúde	2 meses
Conhecendo melhor o processo de trabalho	Equipe com a visão ampliada sobre o processo de trabalho	Mudança de visão dos profissionais para uma abordagem comunitária do processo de adoecimento	Reuniões de Educação Continuada	Equipe de Saúde	4 meses
Quando voltar?	Melhor controle dos retornos dos pacientes portadores de HAS	Controle dos retornos eficaz	Reuniões de Educação Continuada	Equipe de Saúde	2 meses
Registro eficaz	Elaboração de formulários para	Formulários	Reuniões de Educação	Equipe de Saúde	4 meses



	acompanhamento das pessoas com HAS	elaborados	Continuada	Secretaria de Saúde	
Como estamos?	Organização do fluxo de atendimento para exames de apoio diagnóstico elaborado, aprovado e divulgado para todos os profissionais	Fluxo de Atendimento organizado e implantado	Reuniões com diversos profissionais Elaboração do fluxo com os recursos disponíveis Divulgação do fluxo elaborado Levantamento de demanda	Secretaria de Saúde Profissionais de Saúde Secretaria de Saúde Secretaria de Saúde	6 meses
Para onde vamos?	Melhoria no acesso às consultas especializadas e organização do fluxo deste tipo de atendimento	Acesso igualitário para consultas especializadas	Levantamento de Demanda Divulgação dos especialistas disponíveis Contratação de especialistas Avaliar demanda com periodicidade	Secretaria de Saúde Secretaria de Saúde Secretaria de Saúde Secretaria de Saúde	6 meses
Quem faz o quê?	Dinâmica de trabalho bem definida	Equipe integrada	Elaborar normas, rotinas e agenda programada	Equipe de Saúde	2 meses
Para onde retornar?	Fluxo de contrarreferência elaborado, aprovado e divulgado	Fluxo de contrarreferência implantado	Organizar reuniões Convocar atores Participar ativamente dos debates	Secretaria de Saúde Secretaria de Saúde Equipes de Saúde Secretaria de Saúde	6 meses

			Promover as reuniões		
O que sabemos?	Estratégias de Educação em Saúde atualizadas e adequadas à realidade local	Estratégias de Educação em Saúde revisadas	Reuniões de Educação Continuada Fornecer recursos tecnológicos Fornecer recursos materiais	Equipe de Saúde Secretaria de Saúde Secretaria de Saúde	4 meses
Eu me cuido!	Definição do número de pacientes em tratamento farmacológico e não farmacológico  Identificação das dificuldades na adesão ao tratamento	Quantitativo de pessoas em tratamento farmacológico e não farmacológico bem definido  Dificuldades na adesão ao tratamento bem definidas	Reuniões de Educação Continuada  Levantamento de demanda  Garantir a compra dos medicamentos	Equipe de Saúde Secretaria de Saúde Secretaria de Saúde	6 meses
Dê olho em você	Melhoria na organização das visitas domiciliárias	Visitas domiciliárias realizadas de acordo com o protocolo de atendimento	Cumprimento da agenda programada	Equipe de Saúde	4 meses
Compromisso com sua saúde	Melhora na periodicidade e integralidade das ações de saúde	Ações de saúde integradas	Elaboração de projeto com equipe multiprofissional  Levantamento de materiais necessários  Garantir a aquisição dos materiais necessários	Equipe de Saúde  Equipe de Saúde Secretaria de Saúde	4 meses

Compromisso com nossa saúde	Melhoria no apoio financeiro e logístico para o desenvolvimento das ações de saúde	Apoio financeiro e logístico eficaz	Levantamento de recursos necessários Garantir a oferta dos recursos Cumprir o planejamento	Equipes de Saúde Secretaria de Saúde Secretaria de Saúde	4 meses
-----------------------------	--	-------------------------------------	--	--	---------

## 10. Décimo Passo: Gestão do plano

**Tabela 10 - Gestão do Plano**

<b>Operação</b> Como anda nossa saúde?					
<b>Coordenação</b> Enfermeira Luciane S. Pinheiro					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
1. Situação de saúde elaborada e divulgada	Equipe de Saúde	<b>3 meses</b>			
<b>Operação</b> Cuidando com qualidade					
<b>Coordenação</b> Diretoria de Atenção Básica					
2. Protocolo de Atenção à pessoa portadora de HAS criado.	Secretário de Saúde	<b>6 meses</b>			
<b>Operação</b> Conhecendo as necessidades das pessoas					
<b>Coordenação</b> Enfermeira Luciane da Silva Pinheiro					
3. Levantamento das necessidades das pessoas atualizado e completo	Equipe de Saúde	<b>2 meses</b>			
<b>Operação</b> Conhecendo melhor o processo de trabalho					
<b>Coordenação</b> Enfermeira Luciane da Silva Pinheiro					
4. Mudança de visão dos profissionais para uma abordagem comunitária do processo de adoecimento	Equipe de Saúde	<b>4 meses</b>			
<b>Operação</b> Quando voltar?					
<b>Coordenação</b> Enfermeira Luciane da Silva Pinheiro					
5. Controle dos retornos eficaz	Equipe de Saúde	<b>2 meses</b>			

---

**Operação** Registro eficaz

---

**Coordenação** Enfermeira Luciane da Silva Pinheiro

---

6. Formulários elaborados	Equipe de Saúde	<b>4 meses</b>
---------------------------	-----------------	----------------

---

**Operação** Como estamos?

---

**Responsável** Diretoria de Atenção Básica

---

7. Fluxo de Atendimento organizado e implantado	Secretaria de Saúde Profissionais de Saúde	<b>6 meses</b>
---	---	----------------

---

**Operação** Para onde vamos?

---

**Responsável** Diretoria de Atenção Básica

---

8. Acesso igualitário para consultas especializadas	Secretaria de Saúde	<b>6 meses</b>
---	---------------------	----------------

---

**Operação** Quem faz o quê?

---

**Responsável** Enfermeira Luciane da Silva Pinheiro

---

9. Equipe integrada	Equipe de Saúde	<b>2 meses</b>
---------------------	-----------------	----------------

---

**Operação** Para onde retornar?

---

**Responsável** Diretoria de Atenção Básica

---

10. Fluxo de contrarreferência implantado	Secretaria de Saúde Equipes de Saúde	<b>6 meses</b>
---	---	----------------

---

**Operação** O que sabemos?

---

**Responsável** Enfermeira Luciane da Silva Pinheiro

---

11. Estratégias de Educação em Saúde revisadas	Equipe de Saúde	<b>4 meses</b>
--	-----------------	----------------

---

**Operação** Eu me cuido!

---

**Responsável** Enfermeira Luciane da Silva Pinheiro

---

12. Quantitativo de pacientes em	Equipe de	<b>6 meses</b>
----------------------------------	-----------	----------------

---

tratamento farmacológico e não farmacológico bem definido

Saúde

Dificuldades na adesão ao tratamento bem definidas

**Operação** Dê olho em você

**Responsável** Enfermeira Luciane da Silva Pinheiro

**13.** Visitas domiciliárias realizadas de acordo com o protocolo de atendimento

Equipe de Saúde

**4 meses**

**Operação** Compromisso com sua saúde

**Responsável** Enfermeira Luciane da Silva Pinheiro

**14.** Ações de saúde integradas

Equipe de Saúde

**4 meses**

**Operação** Compromisso com a nossa saúde

**Responsável** Diretoria de Atenção Básica

**15.** Apoio financeiro e logístico eficaz

Equipes de Saúde  
Secretaria de Saúde

**4 meses**

Por se tratar da responsabilidade da gestão, serão encaminhadas sugestões para agilizar o atendimento das intercorrências da HAS por especialistas e o agendamento de exames complementares; promover o fluxo de referência e contra referência eficiente; apoiar as ações de grupos operativos fornecendo recursos tecnológicos e financeiros.

As atividades grupais serão realizadas em encontros quinzenais, compreendendo as seguintes etapas: identificação das pessoas com HAS para inserção no grupo, planejamento das atividades do grupo, observação e descrição do processo grupal; elaboração e reflexão desse processo.

Inicialmente, cada cliente será submetido à consulta de enfermagem para levantamento dos fatores de risco para as complicações agudas e crônicas, e avaliado seu potencial para o autocuidado.

As etapas subsequentes serão realizadas através das atividades grupais onde serão discutidas as crenças em relação à HAS, os sentimentos que surgiram após o diagnóstico, temas relativos ao autocuidado para o controle da doença, riscos de complicações agudas e crônicas.

Após três meses será realizada nova consulta de enfermagem para avaliação do controle da doença e o impacto na inserção do grupo.

O grupo será coordenado pelo enfermeiro e seu objetivo é promover a mudança de hábitos de vida entre as pessoas com HAS, bem como, esclarecer dúvidas em relação ao tratamento e monitorar os níveis pressóricos. Os grupos funcionarão durante o horário de funcionamento da unidade de saúde. Durante este trabalho pessoas com níveis pressóricos alterados serão encaminhados para consulta médica e de enfermagem.

O fluxo de atendimento deverá ser organizado mediante cadastro, cartão de registro de níveis pressóricos e agendamento das reuniões, ficha clínica para registro de consultas, exames e encaminhamentos, ficha de acompanhamento da atividade física realizada pelo NASF, ficha de monitoramento da medicação prescrita e ficha de acompanhamento dos pacientes com níveis pressóricos alterados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta proposta de trabalho além de almejar melhoria no atendimento da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica do CSRP vem propor uma nova maneira de organização da assistência na atenção básica por meio da atividade coletiva.

Esta forma de organização facilita a visualização de todo processo de intervenção, em todas as suas etapas e auxilia no monitoramento e avaliação das ações.

O “pensar diferente” proposto para a construção de um grupo operativo, por meio do construtivismo social, promove o envolvimento dos diversos atores, quer seja do profissional e da pessoa com HAS, o que possibilita a troca de saberes, escutas e, sobretudo, o respeito mútuo.

A convivência diária entre estes atores facilita a construção de uma relação de confiança onde a pessoa com HAS se sente segura em compartilhar suas dificuldades em seguir o tratamento com os profissionais e conseqüentemente, possibilita que a equipe veja a pessoa com HAS em todas as dimensões, de seu jeito de viver sua vida e se relacionar com o mundo em sua volta.

Acreditamos que este realmente seja o caminho para uma intervenção que motive e mobilize as pessoas na direção de hábitos saudáveis.

Também, constitui uma estratégia para a motivação e a coresponsabilidade da equipe, que sempre estão procurando resultados para as suas ações e nem sempre conseguem identificá-los.

Esse trabalho se baseia na construção de uma atenção básica diferente, fortalecida e eficaz.



## REFERÊNCIAS

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. 16(1): 319-325, 2011.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Três Corações. Disponível em: <http://www.trescoracoes.mg.gov.br/index.php/estatisticas> Acesso dia 21/11/2014 às 11h.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Três Corações. Disponível em: <http://www.tricor.com.br/seduc/portal/index.asp> Acesso dia 21/11/2014 às 11h30min.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretoria de Atenção Básica. Portal da Saúde. SIAB. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>. Acesso em: 16 outubro 2014.

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.

BRASIL. X Conferência Nacional de Saúde [relatório final]. Brasília; set. 1996.

CAMARGO-BORGES, CELIANE. O construcionismo social no contexto da Estratégia da Saúde da Família: articulando saberes e práticas. Ribeirão Preto, 2007. 207 p.: II; 30 cm.

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S.M. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 18, n.1, p.29-41, 2009.

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

CUIDADO APOIADO. Manual do Profissional de Saúde./ Organização Ana Maria Cavalcanti, Angela Cristina Lucas Oliveira. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde., 2012. 92p.

GERGEN, K. Rumo a um vocabulário de diálogo transformador. In Schnitman, D. & Littlejohn. *Novos Paradigmas em mediação*. Porto Alegre: Artmed.1999.

HELENA, E.T.S.; NEMES, M.I.B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família. **Saúde Soc.** São Paulo; 19(3): 614-626 jul.-set. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=316930> - acesso 12/10/2014 às 17h.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=316930&idtema=114&se arch=minas-gerais|tres-coracoes|morbidades-hospitalares-2012> - Acesso 21/11/2014 às 14h

MCNAMEE, S. Reconstruindo a terapia num mundo pós-moderno: recursos relacionais. In: GONÇALVES, M.; GONÇALVES, O. (Orgs.) *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto, 2001. P. 235-264.

MANTOVANI, M.F.; MENDES, F.R.P. A condição crônica de saúde: do diagnóstico a gestão cotidiana da situação. In: Trentini M, Paim L, organizadores. *Desafios inerentes às situações crônicas no contexto de saúde*. No prelo 2010.

PINHO, A.N.,PIERIN, A.M.G. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2013, vol.101, n.3, pp. e65-e73. ISSN 0066-782X. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130173>.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Três Corações. Minas Gerais, 16 outubro de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial [Internet]. São Paulo: SBC, SBH, SBN; 2010 [citado 2010 out 20]. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf).

Stewart, J.; Zediker, K. Dialogue as Tensional, Ethical Practice. **Southern Communication Journal**, v. 65, n. 2/3, p. 224-242, 2002.

TOLEDO, M.M.; Rodrigues, S.C.; Chiesa, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm.** 2007 abr-jun; 16(2): 233-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO – DBH VI. **Rev Bras Hipertens** vol.17(1): 7-10, 2010.