

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

MARILA VIAMONTE PÉREZ

**INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
EQUIPE SAÚDE PLENA EM TURMALINA/MINAS GERAIS**

DIAMANTINA/ MG

2015

MARILA VIAMONTE PÉREZ

**INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
EQUIPE SAÚDE PLENA EM TURMALINA/MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima

DIAMANTINA/ MG

2015

MARILA VIAMONTE PÉREZ

**INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A HIPERTENSAO ARTERIAL NA
EQUIPE SAÚDE PLENA EM TURMALINA/MINAS GERAIS**

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

Banca Examinadora:

Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

AGRADECIMENTOS

Aos governos de Cuba e Brasil por terem criado o Programa Mais Médicos para garantir uma saúde ótima aos mais necessitados deste país.

A equipe de saúde da família Saúde Plena pelo trabalho que estamos realizando para cumprir com o projeto de intervenção e muito especial a Suzane Barreiros de Macedo, enfermeira, coordenadora da atenção primaria de saúde pelo apoio incondicional.

A minha primeira tutora do curso Prof^a. Virgiane Barbosa de Lima por sua dedicação e apoio profissional e a todos os professores que formaram parte da minha formação na especialização.

A minha família por sua ajuda com o cuidado dos meus dois filhos para eu poder cumprir com meu dever como médica internacionalista.

RESUMO

A Equipe de Saúde da Família da UBS Vida e Saúde em Turmalina /MG é responsável por 3098 usuários e deles 307 são portadores de HAS adscritos ao território da equipe. Para reduzir o elevado índice de hipertensos, elaborou-se uma proposta de intervenção, estimulando a adesão às medidas farmacológicas e não farmacológicas. Este trabalho foi proposto após a realização da análise situacional e pelo levantamento dos principais problemas de saúde existentes no território. Assim, foram planejadas ações em saúde, utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) e com as informações coletadas nos registros da equipe, consulta médica e contato com pacientes durante as visitas domiciliares e fichas A. O método da Estimativa Rápida Participativa proporcionou conhecer as condições de vida da população do território da equipe Vida e saúde, suas características e ambiente onde vivem e da maneira como se distribui no território. Os nós críticos identificados foram: Falta de adesão aos medicamentos; Hábitos alimentares inadequados; Falta de conhecimentos sobre o problema e Falta de processo de trabalho adequado ao problema. A realização desta intervenção necessita da participação da equipe multidisciplinar. Pelo melhor acompanhamento através do aumento quantitativo e qualitativo das consultas médica e de enfermagem, assistência farmacêutica e nutricional irão contribuir com a melhoria dos níveis pressóricos melhorando a qualidade de vida dos hipertensos.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Prevenção. Atenção básica. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Team UBS Life and Health Turmalina / MG is responsible for 3098 users and 307 of them are carriers of SAH ascribed to the territory of the team. To reduce the high rate of hypertension, was drawn up a proposal for intervention, encouraging adherence to pharmacological and non-pharmacological measures. This work was proposed after the completion of the situation analysis and the survey of the main health problems existing in the territory. Thus, health actions were planned, using the method of Situational Strategic Planning (PES) and the information collected on staff records, medical consultation and contact with patients during home visits and chips A. The method of the Flash Estimate provided Participative know the living conditions of the territory of life and health staff population, its characteristics and environment where they live and how it is distributed in the territory. The identified critical nodes were: Lack of adherence to medicines; poor eating habits; Lack of knowledge about the problem and lack of appropriate work process to the problem. The realization of this intervention requires the participation of a multidisciplinary team. By better monitoring through the quantitative and qualitative increase in medical and nursing consultations, pharmaceutical and nutritional assistance will contribute to the improvement of blood pressure by improving the quality of life of hypertensive patients.

Keywords: Hypertension. Prevention. Primary care and Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Aspectos Demográficos por faixa etária.....

Quadro 1 – Priorização para os principais problemas de saúde identificados na UBS Saúde Plena em Turmalina/MG.....

Quadro 2 – Desenho de operações para os nós críticos do problema elevado número de hipertensos na Vida e Saúde em Turmalina /MG.....

Quadro 3 – Identificação dos recursos críticos para reduzir o elevado número de hipertensos na Vida e Saúde em Turmalina /MG.....

Quadro 4 – Análise de viabilidade do plano.....

Quadro 5 – Plano operativo para reduzir o elevado número de hipertensos na UBS Vida e Saúde em Turmalina /MG.....

Quadro 6 – Planilha de acompanhamento das operações propostas para reduzir o elevado número de hipertensos na UBS Vida e Saúde em Turmalina /MG.....

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVO.....	17
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
5 MÉTODOS.....	19
6 PLANO DE AÇÃO.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

O município de Turmalina pertence ao estado de Minas Gerais, cuja população estimada para o ano de 2015 foi de 19.454 habitantes reunidos em 6021 famílias habitando a área de 1.153,111km². Localizado na região do Vale do Jequitinhonha, trata-se de um dos municípios sede da microrregião, distando 490 km de Belo Horizonte e a 194 km de Diamantina. O relevo do município é tipicamente acidentado sendo constituído de cerrado e irrigado pelos rios Araçuaí, Jequitinhonha, Itamarandiba e Ribeirão Santo Antônio (IBGE, 2014).

Turmalina surgiu em decorrência da descoberta de metais preciosos pelos bandeirantes paulistas o que determinou o início do povoamento de regiões do interior nos atuais estados de Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Goiás. Estas descobertas determinaram o rumo da história destes territórios, tornando-se um atrativo para grande quantidade de pessoas, propiciando o surgimento de aglomerações humanas. Posteriormente, pela falta de alimentos para os mineradores, alguns colonos passaram a cultivar a lavoura rural e foram se estabelecendo às margens do rio Araçuaí, Ribeirão do Lourenço e rio Itamarandiba. A partir daí foram construídas algumas capelas fora do povoado, e com a formação do arraial de Nossa Senhora da Piedade que resultou da construção de uma capela em honra de Nossa Senhora da Piedade. Esta imagem, conforme a lenda contada pelos moradores teria sido encontrada naquele local. O arraial da Piedade foi fundado entre os anos de 1750/1760 onde os primeiros moradores os fazendeiros Luiz Machado, João Cordeiro e Canuto Quadros, se fixaram no local com o objetivo de dedicar-se à agricultura e a criação de gado. Deve-se a esses pioneiros a construção da capela que resultou na formação do arraial de Nossa Senhora da Piedade e cuja denominação foi alterada posteriormente, pela lei estadual nº 843, de 07 de outubro de 1923, passando-se a chamar Turmalina e no ano 1948 passou a condição de cidade, compreendendo os distritos de Turmalina, Caçaratiba e Veredinha até o ano 1995, onde este último foi desmembrado e elevado a condição de cidade (IBGE, 2013).

Ainda de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (2013) Turmalina é um município relativamente pequeno e possui escassos recursos econômicos e grande parte das famílias trabalha nos comércios da cidade, Prefeitura Municipal de Turmalina, empresas moveleiras e nas 03 cerâmicas que existem na cidade. Já em relação às famílias que vivem na zona rural grande parte trabalha na agricultura de subsistência e têm

como fontes de renda o comércio de verduras, legumes, frutas, folhas, carne, farinha, rapadura e alguns moradores trabalham nos períodos destinados ao corte de cana, colheita de café, carvoaria, manutenção de gasodutos. Algumas famílias recebem auxílio da Bolsa Família e de entidades como Associação de Promoção ao Lavrador e Assistência ao menor de Turmalina (APLAMT), Centro de Agricultura Vicente Nica (CAV) e Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR) (PREFEITURA DE TURMALINA).

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, a taxa de urbanização e a concentração habitacional urbana de Turmalina são de aproximadamente 80%, diferente da zona rural que esta última corresponde a cerca 15 %. Por outro lado, em relação ao saneamento básico aproximadamente 70% da população é servida por recolhimento de esgoto por rede pública e 100% dos turmalinenses consome água tratada. Já as famílias da zona rural são servidas por pequenos cursos de água bem distribuídos que abastecem também as pequenas produções agropecuárias.

Na tabela abaixo, está representada a população que vive na zona urbana(16004) é relativamente maior na faixa etária entre 25-39 anos do que a população da zona rural(6357)(IBGE, 2012).

Tabela 1: Aspectos Demográficos por faixa etária

No Indivíduo	-1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	+60	Total
Área Urbana	216	945	1231	1448	1392	1763	5461	1686	1862	16004
Área Rural	51	64	59	151	376	364	896	448	491	2900
Total	267	1009	1290	1599	1768	2127	6357	2134	2353	18904

Fonte: IBGE cidade, 2012.

A participação social dos usuários na gestão da saúde municipal ocorre por meio do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e das Conferências Municipais de Saúde e nesse sentido, cabe aos conselheiros negociar soluções visando encontrar as melhores saídas para os problemas que afligem a população (BRASIL, 2002). No município de Turmalina os conselheiros de saúde se reúnem uma vez por mês, através das reuniões ordinárias, ou mais vezes quando necessário, através das reuniões extraordinárias (PREFEITURA DE TURMALINA).

Quanto aos recursos para a saúde, incentivado pela Política nacional de atenção às urgências, o município de Turmalina realizou adesão a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no ano de 2011(BRASIL, 2003) e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no ano de 2012. Além disso, entre os recursos em saúde para a Comunidade estão:

- 01 Centro de Saúde que desenvolve atendimento médico, clínica geral e especializada, saúde bucal (consultório odontológico) e com equipe de enfermagem e que funciona como sede para duas equipes de Saúde da Família (ESF);
- 01 Policlínica que desenvolve atendimento médico, clínica geral e especializada, e com equipe de enfermagem, e é a sede de 01 ESF, 01(Núcleo de Apoio à Saúde da Família) NASF, 01laboratório de análises clínicas, 01clínica de fisioterapia e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- 01 Unidade Básica de Saúde (UBS) que desenvolve atendimento médico, clínica geral e com equipe de enfermagem, e com atendimento em saúde bucal (consultório odontológico);
- 01 Farmácia de Minas, que realiza distribuição gratuita de medicamentos;
- Um (01) Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), responsável pelo atendimento de portadores de transtornos mentais moderados e graves;
- 01 hospital municipal, responsável pelo atendimento de urgência e emergência do município e internação nas clínicas médica e cirúrgica, maternidade e pediatria que possui gestão dupla municipal e estadual. É referencia de atendimento para os demais municípios que compõem a microrregião, possuindo 57 leitos operacionais, onde 54 deles estão disponíveis ao SUS e classificado em nível III (classificação proveniente da Rede de Urgência e Emergência).

Além das internações, o hospital São Vicente realiza Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT), raios-X, análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia (ECG), ultrassonografias, etc. Possui agência transfusional contratualizado com o Hemocentro Regional de Diamantina, para fornecimento de hemocomponentes.

O atendimento na média e alta complexidade é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com apoio das ESF. As consultas e exames especializados realizados no município são disponibilizados para os usuários através das ESF e do Tratamento Fora do

Domicílio (TFD) em outros municípios. Já as cirurgias eletivas são gerenciadas exclusivamente pela SMS. Estes atendimentos são agendados através das vagas disponibilizadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Jequitinhonha (CISAJE) /Diamantina, Centro de Referência em Atendimento à Saúde da Mulher (Centro Viva Vida) /Capelinha, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) /Minas Novas, Central de Regulação de Consultas Especializadas e Cirurgias/Belo Horizonte, oferta de cirurgias pelo Hospital Municipal Hospital São Vicente de Turmalina dentre outros Hospitais pactuados (SMS, 2015).

Quanto aos recursos humanos para a saúde, no município existem vários profissionais que exercem um trabalho de qualidade para proporcionar um planejamento adequado das atividades de saúde no município.

Tabela 2: Recursos humanos para a saúde no município de Turmalina

Profissionais	2014
Recepcionista	11
Agente Comunitário de Saúde	61
Agente Combate a Endemias (dengue)	12
Agente Combate a Endemias (chagas)	02
Auxiliares de Limpeza	15
Técnico de enfermagem	24
Enfermeiro	15
Fisioterapeuta	04
Nutricionista	02
Assistente Social	02
Fonoaudiólogo	01
Terapeuta ocupacional	01
Psicólogo	04
Médico Clínico Geral	09
Médico Pediatra	02
Médico Cardiologista	02
Médico Cirurgião Geral	01
Médico Ginecologista-Obstetra	02
Médico Psiquiatra	01
Médico oftalmologista	01
Farmacêutico	01
Bioquímico	02
Biomédico	01
Atendentes da Farmácia de Minas	03
Fiscal Sanitário	01
Dentista	09
Auxiliar Saúde Bucal	07
Técnico em Saúde Bucal	08
Auxiliar Administrativo	04
Auxiliar de serviços de saúde	03
Total	214

Fonte: Plano de saúde municipal, Turmalina, 2014.

O Programa Saúde da Família do município é composto por 07 ESF, responsáveis pela cobertura de 100% da população de Turmalina, tanto na zona urbana como na rural.

A Unidade Básica de Saúde (UBS), anteriormente conhecida como Centro de Saúde Vida e Saúde, oferece assistência em saúde através de 36 funcionários para 1006 famílias compostas por 3098 pessoas. O acesso aos serviços é bastante facilitado para a população que por sua vez sempre utiliza os serviços oferecidos, embora o espaço físico seja bastante restrito, composto de uma recepção, 03 consultórios médicos, uma sala de reunião, sala de curativo, sala de micro nebulização e injetáveis, dois banheiros para uso da comunidade e um para uso dos funcionários, sala de materiais de limpeza e sala de estoque de materiais e arquivo.

Conforme Brasil (2015, p. 113) “O Programa Mais Médicos foi regulamentado pela Lei nº 12.871, após amplo debate público junto à sociedade e no Congresso Nacional” Como profissional médico e de nacionalidade cubana, trabalho na UBS Vida e Saúde no município de Turmalina após ter sido selecionada para trabalhar como médico bolsista do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Uma das exigências descritas no programa previa o investimento em um processo de formação via educação à distância para os profissionais de saúde e através da supervisão de instituições de ensino reconhecidas no Brasil. Depois de selecionada, fui matriculada no Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF) ofertada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) onde um dos seus parceiros é a Universidade Aberta do SUS (UNA- SUS).

Durante o CEESF, a disciplina Planejamento e avaliação das ações em saúde, em uma de suas atividades, ensinam como realizar o diagnóstico situacional do território sob responsabilidade de uma equipe que trabalha no modelo de estratégia em saúde da família. No caso da UBS Vida e Saúde, e foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados naquele território. Foi necessária para este trabalho a observação ativa do território e reuniões com os profissionais da equipe, a vivência diária dos profissionais, contato com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com os usuários da sua micro- área e das consultas médicas e seus prontuários, para conhecer os principais desafios a serem enfrentados no território.

O diagnóstico situacional, bem como os registros da equipe determinou que as principais causas de morte no território da equipe correspondem as doenças do aparelho circulatório (IAM, Arritmias cardíacas, Edema Agudo Pulmonar), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Diabetes M), neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias. Já as doenças agudas mais incidentes dentro da comunidade são as doenças do aparelho respiratório (Gripe, Amigdalite, Bronquite, Otite), dermatológicas (Pio dermite, Micose, Dermatite, parasitárias (Giardíase, amebíase, Oxiurose), vômito e diarreia. As doenças crônicas mais frequentes são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes mellitus e doenças mentais. Outras doenças que constituem motivo frequente de demanda espontânea são as cefaléias, artroses e lombalgias. Resumidamente, os principais problemas identificados de forma geral dentro do território da equipe são:

- 1- Elevado número de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica.
- 2- Elevado número de pessoas portadoras de diabetes mellitus.
- 3- Alto índice de Alcoolismo.
- 4- Desemprego.
- 5- Elevado numero de pessoas com ansiedade e depressão.
- 6- Alta incidência de doenças respiratórias.
- 7-Elevado índice de fumantes.
- 8- Alta incidência de Verminose Intestinal.
- 9- Sedentarismo e obesidade.

A equipe da UBS Vida e Saúde em Turmalina é responsável por uma população de 3098 usuários, deles 307 são portadores de HAS que representa aproximadamente 10% da população. Na rotina de trabalho da equipe, são realizadas em média 75 consultas médicas por mês aos pacientes com HAS e mesmo assim, aproximadamente a metade dos usuários apresenta-se descompensados para as consultas. Esta realidade na área de abrangência está associada à principal causa de morte que são as complicações da HAS. Além disso, no território existem varias famílias com condições precárias de vida, conseqüentemente com má qualidade de vida e praticando maus hábitos alimentares. Os pacientes acometidos não aderem aos tratamentos e às indicações médicas, praticam o consumo excessivo de gorduras insaturadas, tabagismo, sedentarismo e muitas vezes o baixo consumo de vegetais e frutas

naturais quando arguidos sobre a necessidade da dieta, alguns declararam a falta de recurso financeiro suficiente para a variação do cardápio e outros embora avisados para modificar alguns hábitos, como redução do sal e gorduras, pensam que seus antepassados tinham a mesma dieta e que isso não interfere na saúde da família . Além disso, percebeu-se o uso inadequado dos anti-hipertensivos e os pacientes muitas vezes não sabem os medicamentos que utiliza, até pelo grande número de consultas gerando novas receitas médicas. Quando questionados, declaram ter sentido melhorias com o medicamento e assim que houve melhora suspendeu-se a medicação, outra declaração freqüente relaciona-se a efeitos adversos dos medicamentos ou sua utilização somente quando os sintomas reaparecem; além disso, houve usuário que teve dificuldade em compreender a função dos remédios e acabam sobrepondo as mesmas classes de medicamentos. Todos estes fatores associados ao inadequado acompanhamento pela equipe de saúde que não se organiza para prestar melhores serviços, contribuíram para que a equipe selecionasse este problema para intervir primeiramente.

2 OBJETIVO

Elaborar um Projeto de Intervenção para reduzir a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica no território da UBS Saúde Plena em Turmalina/MG.

3 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde da UBS Saúde Plena em Turmalina/MG realizou o diagnóstico situacional do seu território e um dos principais problemas identificados foi o número elevado de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica entre os usuários da sua área de abrangência. Assim, este trabalho justifica-se pelo elevado número de pacientes hipertensos sob responsabilidade da equipe e que se encontram descompensados demonstrando a falta de adesão aos tratamentos, farmacológico e não farmacológico.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, “a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p. 1)”. Assim, para enfrentar o problema no território, após análise da situação levantada a equipe considerou que apresenta recursos humanos e materiais para realização do projeto de intervenção, considerando-o viável.

4 MÉTODO

Este trabalho trata de um plano de intervenção construído a partir do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) descrito no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) baseado em revisão narrativa da literatura sobre o tema. As produções foram buscadas na Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Scielo, Prefeitura de Turmalina, dentre outros, e seus descritores foram: Hipertensão Arterial Sistêmica, prevenção, atenção básica e Sistema Único de Saúde.

O problema selecionado pela equipe Saúde Plena para propor esta intervenção foi aumento da prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica. Para descrição do problema priorizado, a equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção dos dados, dentre eles a fichas A. 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.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma patologia responsável pelo desenvolvimento de complicações conhecidas como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007), e são consideradas a primeira causa de morte no Brasil (WESCHENFELDER; MARTINI, 2012).

Na versão atualizada, da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão conceitua a HAS como “uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)” (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010, p. 1) e ainda,

[...] A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente(FREEMAN, 2008 apud VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010, p. 1).

Considerado um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, a HAS pode também estar associada a outras co- morbididades, como o diabetes, as dislipidemias e a obesidade, e o gerenciamento das ações terapêuticas demanda maiores esforços pela necessidade do controle de diversas condições crônicas (BRASIL, 2006). Por este motivo, a hipertensão arterial pode ser considerada uma síndrome pelo fato de frequentemente estar associada a um agregado destes distúrbios metabólicos (SBC, 2007 apud ROSÁRIO et al, 2009).

A HAS é um importante fator de risco para a morbimortalidade na doença isquêmica cardiovascular e apesar de existirem recursos médicos para o tratamento da doença, alguns pacientes não têm acesso a ele, muitas vezes não sendo realizado o diagnóstico ou o feito de forma tardia. A transição epidemiológica pela qual passou o Brasil vem determinando mudanças significativas na incidência das causas de mortalidade por doenças crônicas degenerativas, como a HAS (TRINDADE et al, 1998). Por outro lado, a hipertensão arterial

(HA) está entre as importantes “causas modificáveis de mortalidade cardiovascular precoce em todo o mundo, especialmente dos acidentes vasculares encefálicos” (LESSA et al, 2006, p. 748).

De acordo com Lima et al (2009), as diretrizes clínicas são produções contendo recomendações sistemáticas desenvolvidas para orientar médicos e pacientes sobre os cuidados de saúde apropriados, voltadas para circunstâncias clínicas específicas, ressaltando as indicações e contra-indicações, benefícios esperados e os riscos do uso de tecnologias em saúde (procedimentos, testes diagnósticos, medicamentos etc.) para grupos de pacientes definidos. Ainda de acordo com estes autores,

[...] Com abordagem integral, as diretrizes clínicas para o cuidado à hipertensão recomendam o desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção de estilos de vida mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença, bem como a sua detecção precoce, minimizando danos, incapacidades, riscos e gastos. A atenção básica tem papel central na rede de serviços no sentido da implementação do cuidado integral à hipertensão arterial (LIMA, et al, 2009, p. 2002).

Uma das diretrizes oportunas para o cuidado das doenças crônicas está o acolhimento que contribui por nortear o processo de trabalho em saúde, pois, visa atender todos que procuram os serviços de saúde, assumindo diante dos usuários a escuta, respostas adequadas, responsabilização, resolutividade e o estabelecimento de articulações entre os demais serviços garantindo a eficácia nos encaminhamentos. Outra diretriz é a atenção Centrada na Pessoa e na Família com desenvolvimento do vínculo e empatia; O Cuidado Continuado/Atenção Programada contemplando a diversidade de necessidades de saúde da sua população; A Atenção Multiprofissional, desenvolvida pelos profissionais da equipe em reunião de equipe, discussão de caso, atendimentos compartilhados, entre outros, adequados às realidades locais; O Projeto Terapêutico Singular (PTS), que pode ser desenvolvido em diferentes pontos de atenção; A Regulação da Rede de Atenção, com o fortalecimento do diálogo entre os serviços de atenção especializada e as equipes especialmente o matriciamento; Acompanhamento Não Presencial estimulados via telefone ou correio eletrônico; Atendimento Coletivo pela organização dos grupos promovendo a integração e discussões, favorecendo a criação de redes de cuidado para além do grupo; O autocuidado resultando em colaboração entre a equipe de saúde e os usuários, num trabalho conjunto e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo; Linhas de Cuidado e Diretrizes Clínicas; Estratificação de Risco visando classificar os usuários do serviço conforme a gravidade da enfermidade e a Educação Permanente que se baseia na “aprendizagem por problemas, na aprendizagem significativa e organizada em pequenos grupos, sempre tendo como referência e ponto de

partida as questões do mundo do trabalho que incidem sobre a produção do cuidado”(BRASIL, 2012, p. 30).

O diagnóstico da HAS envolve a aferição da pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, encontrada em pessoas que naquele momento não estão utilizando medicação anti-hipertensiva. Em seu diagnóstico devem ser considerados os níveis tensionais, o risco cardiovascular global relacionado aos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. O risco de um diagnóstico falso-positivo pode ser dado pela,

[...] repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA (BRASIL, 2006, p. 4).

A hipertensão secundária, diferentemente da primária (95%), acomete cerca 5% dos indivíduos hipertensos, “apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária” (CORRÊA, et al., 2005, p. 92).

O tratamento da HAS requer um esquema terapêutico adequado após a confirmação diagnóstica da hipertensão, seguida da análise da estratificação de risco, que considera além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado, necessárias caso as medidas não farmacológicas relacionadas à mudança do estilo de vida (MEV) não forem suficientes (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). Ou então, as duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial, envolvem o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV), representado pela perda de peso, atividades físicas, alimentação saudável, dentre outras e o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2006).

A prevenção hipertensão e o manejo dos que estão acometidos, estão relacionados à adoção de hábitos de vida saudáveis sendo que a abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento e prevenção das complicações crônicas. A motivação deve ser contínua pelos profissionais de saúde, evitando o paciente abandone o tratamento, sendo que além do médico, a equipe multiprofissional representada pelo enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, Educador físico, farmacêutico e os Agentes

Comunitários de Saúde (ACS), devem estar envolvidos. As ações mais comuns à equipe multiprofissional são: Promoção à saúde (ações educativas relacionadas às mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo); "Treinamento de profissionais; Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado; Ações assistenciais individuais e em grupo; Gerenciamento do programa" (BRASIL, 2006).

Atualmente as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morbidades e mortalidade e conforme citado anteriormente o maior destaque se deve à doença coronariana, as doenças cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca, onde o principal fator de risco para seu desenvolvimento é a HAS (ALVES; WAJNGARTEN; BUSATTO FILHO, 2005 apud GIROTTO et al, 2013).

A elevação dos níveis pressóricos se deve a alguns fatores, dentre eles a idade avançada, etnia negra, obesidade, alcoolismo, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus e alimentação rica em sódio (GIROTTO et al, 2013). "A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica "(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007 apud ROSÁRIO et al, 2009, p. 673 . É considerado hipertenso o "indivíduo adulto, maior de 18 anos, com valores de pressão arterial sistólica igual ou maior do que 130 mmHg ou com pressão arterial diastólica igual ou superior a 85 mmHg, em pelo menos duas medidas realizadas em ocasiões diferentes"(DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002 apud SANTOS et al 2005, p. 333). Além disso, os autores consideram a importância da adesão ao tratamento no combate à hipertensão arterial visto como um problema e complexo, estando alguns fatores associados tais como:

[...] paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível sócio-econômico); doenças (cronicidade, assintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, auto-estima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados) (PIERIN, 2001 apud SANTOS et al, 2005, p. 333).

De acordo com Coelho e Nobre (2006), dentre as medidas para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pode ser considerada a redução do número de tomadas de medicamento, tornando mais simples o tratamento. Além disso, deve ser envolvida a motivação do paciente ao tratamento, o treinamento multiprofissional e a garantia de acesso aos medicamentos anti-hipertensivos para o tratamento. Ainda de acordo com os autores, existem medidas práticas que podem utilizadas para o aumento da adesão ao tratamento da

hipertensão arterial, podendo ser citadas o acesso à medicamentos hipotensores; Assistência farmacêutica e a redução de reações adversas com orientação sobre uso dos medicamentos; Educação e conscientização do paciente sobre a necessidade de tratamento; Campanhas de detecção diagnóstica para HA Conscientização da necessidade de tratamento e alerta sobre riscos da HAS; Reduzir eventos adversos e promover a associação fixa de medicamentos com baixa dosagem menor número de tomada de medicamentos(COELHO; NOBRE 2006). Assim, para reduzir a pressão arterial a adesão de medidas não farmacológicas são tão importantes quando aos medicamentos, onde,

[...] O conhecimento dos fatores que afetam a adesão torna-se, desta forma, fundamental na avaliação, em longo prazo, da efetividade do tratamento anti-hipertensivo proposto. Pacientes, com má adesão à terapêutica, podem levar o médico a julgar erroneamente o tratamento instituído, supondo que ele não possua eficácia. Essa suposição pode acarretar tomada de decisão terapêutica equivocada, seja através do aumento da dose, troca por outra classe ou, ainda, a adição de um novo medicamento ao esquema anti-hipertensivo previamente prescrito (COELHO et al, 2005, p.158).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil ocorreu a partir da década de noventa, significando uma nova forma de organizar os serviços de saúde no país, sendo financiado com recursos fiscais e fundamentado em três princípios básicos conhecidos como:

[...] universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; ii) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e iii) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução(ESCOREL et al, 2007).

“A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil (PAIM, 2002 apud ESCOREL, 2007, p. 164)”, cujos princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS (ESCOREL, 2007). Assim, o Programa Saúde da Família é considerado,

[...] uma estratégia que representa um dos principais eixos de ação do Ministério da Saúde para mudar o modelo de assistência à saúde no país. A estratégia prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e/ou contínua. Com base em manuais editados pelo Ministério da Saúde , o programa oferece grande ajuda na detecção precoce da hipertensão arterial realizando medidas regulares da pressão arterial, assim como, prevenindo e controlando outras doenças crônicas. Com o acesso dos profissionais de saúde às famílias de hipertensos há o favorecimento nos esforços de prevenção, incentivando tanto os portadores da doença como a seus familiares a adotarem hábitos de vida saudáveis e controlando, corrigindo e evitando maiores complicações (LESSA, 1997 apud MANO; PIERIN, 2005, p. 270)

6 PLANO DE AÇÃO

A estimativa rápida é um método que serve para realizar a análise situacional de um território, “com o apoio da equipe composta de técnicos da saúde e/ou de outros setores e representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 37). Os autores ainda definem problema, que pode ser compreendido “como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada” (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010, p. 26).

Para esta proposta de intervenção, a equipe de saúde da UBS Saúde Plena em Turmalina/MG, realizou a análise situacional, baseada nas principais características epidemiológicas daquela população. Assim, foram identificados os principais problemas de saúde existentes no território com posterior priorização dos mesmos, pois a equipe não conseguir resolve-los ao mesmo tempo. Além disso, observou-se a importância, urgência e capacidade de enfrentamento para se propor esta intervenção, definindo-se as prioridades para sua solução, visando à redução dos problemas.

A equipe da UBS Saúde Plena, objetivando obter dados e identificar os problemas presentes no território, realizou a observação ativa, entrevistas com informantes que vivem no território e dos registros da equipe, bem como a opinião dos ACS, que trabalham no local e conhecem a população do município inclusive a zona rural. Outro recurso utilizado, foram os prontuários médicos e demais registros existentes na UBS, além dos registros do hospital da cidade. Como resultado, os principais problemas existentes no território da UBS Saúde Plena foram os seguintes:

1. Alta incidência de Verminose Intestinal.
2. Elevado número de pessoas que sofrem de Diabetes Mellitus.
3. Elevado índice de fumantes.
4. Elevado número de pessoas com ansiedade e depressão.
5. Elevado número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.
6. Alta incidência de doenças respiratórias.
7. Alto índice de Alcoolismo.
8. Desemprego.
9. Sedentarismo e obesidade.

Nesta etapa foram utilizados critérios como: importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento. O roteiro abaixo foi útil para dar valor ou pontuação aos problemas, por exemplo:

- Atribuição de valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema.
- Distribuição de pontos conforme sua urgência.
- Definição/solução do problema se encontra dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto.
- Numeração dos problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

Quadro 1 – Priorização para os principais problemas de saúde identificados na UBS Saúde Plena em Turmalina/MG

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	8	Parcial	1
Elevado número de pessoas que sofrem de diabetes mellitus	Alta	7	Parcial	2
Alta incidência de doenças respiratórias	Alta	7	Parcial	3
Elevado número de pessoas com ansiedade e depressão	Alta	6	Parcial	4
Alto índice de Alcoolismo	Alta	5	Parcial	5
Elevado índice de fumantes	Alta	4	Parcial	6
Alta incidência de Verminose Intestinal.	Alta	4	Parcial	7
Desemprego	Alta	1	Fora	9
Sedentarismo e obesidade.	Alta	1	Parcial	8

Fonte: elaborado pela própria autora

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) acomete parte significativa dos usuários adultos adscritos ao território da na UBS Saúde Plena em Turmalina/MG, que se apresentam descompensados para as consultas médicas e na maioria das vezes em situação urgente. Além disso, no território existem varias famílias com condições precárias de vida, resultando em má qualidade de vida e praticando maus hábitos alimentares. Os pacientes acometidos não aderem ao tratamento medicamentoso e às indicações médicas, consomem dietas com teor excessivo de gorduras insaturadas, tabagismo, sedentarismo e muitas vezes o baixo consumo de vegetais e frutas naturais.

Conhecida uma síndrome de origem multifatorial e um importante problema de saúde pública, a HAS se caracteriza pelo aumento dos níveis de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD), favorecendo o aparecimento de doenças cardiovasculares e metabólicas capazes de produzir alterações em órgãos como o coração, cérebro, rins e vasos

periféricos, inclusive mortes por acidente vascular encefálico e doença arterial coronariana (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006 apud SANTOS; LIMA, 2008).

O aumento dos níveis pressóricos entre os usuários da equipe Vida e Saúde em Turmalina, resulta de alguns nós críticos evidenciados durante a realização da análise situacional do território e que podem ser citados:

Falta de adesão aos medicamentos

Hábitos alimentares inadequados

Falta de conhecimentos sobre o problema

Falta de processo de trabalho adequado ao problema

Quadro 2 – Desenho de operações para os nós críticos do problema elevado número de hipertensos na Saúde Plena em Turmalina /MG

Desenho de operações para os nós críticos do problema elevado número de hipertensos na UBS Saúde Plena em Turmalina /MG				
No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de adesão aos medicamentos	Bom remédio Garantir consulta médica e atenção farmacêutica e o uso adequado dos medicamentos prescritos	Reduzir o número de usuários que recebem prescrição médica e que não adere ao tratamento proposto.	“Programa comprimido legal”: Mediante a consulta médica e farmacêutica acompanhar o uso racional e conforme prescrito pelo médico “Programa Pressão legal”: Orientação farmacêutica, sobre o uso de medicamentos e estimular os valores adequados de pressão porque toma remédio adequadamente	Organizacional: Adaptação da agenda Políticos: Convencer o hipertenso a comparecer na consulta médica e de enfermagem. Políticos: Convencer os pacientes a usar o medicamento
Hábitos alimentares inadequados	Comida certa Estimular novos hábitos alimentares e redução do uso de refrigerantes e bebida alcoólica	Conscientizar os hipertensos e seus familiares sobre os alimentos adequados e dos problemas associados ao alcoolismo para todos os elementos da família	“Programa horta para salada”: Estimular a produção de vegetais e legumes em locais cedidos pela prefeitura e que deve ser supervisionado pela equipe e NASF “Programa do suco ”: Estimular a redução do uso de bebida alcoólica e sua troca por suco de frutas	Econômicos: compra de sementes, mudas e produtos agrícolas Organizacionais: organização do cardápio baseado nos alimentos disponíveis. Políticos: Convencer os pacientes a aderir aos programas
Falta de conhecimentos sobre o problema	Conhecer : Aumentar os conhecimentos do hipertenso sobre a doença e os fatores de risco associados.	Hipertenso que reconhece a necessidade de se adaptar à prevenção das doenças associadas à HAS	“Programa prevenção” : Equipe capaz de fornecer informações, sugerir mudanças necessárias e estimular o controle e medicalização da doença	Cognitivo → aumentar o conhecimento sobre a HAS Organizacional: Adequação da agenda para possibilitar as reuniões
Falta de processo de trabalho adequado ao problema	Boa Equipe Roda de atualização e estímulo utilizando as habilidades e competências para abordar o usuário	Equipe que desenvolve a comunicação, orientação e se coloca no lugar do outro Educação permanente para a equipe de saúde	Equipe organizada, transmite conhecimentos sobre o tema ; Profissionais que usam as habilidades de comunicação, transmissão de conhecimentos e habilidades sobre a doença.	Organizacional: adequação da agenda para reuniões

Fonte: elaborado pela própria autora

Quadro 3 – Identificação dos recursos críticos para reduzir o elevado número de hipertensos na UBS Vida e Saúde em Turmalina /MG

Recursos críticos para reduzir o elevado número de hipertensos na UBS Saúde Plena em Turmalina /MG	
Operação/Projeto	Recursos críticos
<p>Bom remédio</p> <p>Garantir consulta médica e atenção farmacêutica e o uso adequado dos medicamentos prescritos</p>	<p>Organizacional → Articulação entre a equipe e farmacêutico/NASF e seus horários para organizar a agenda</p> <p>Político → conseguir a participação da equipe</p>
<p>Comida certa</p> <p>Estimular novos hábitos alimentares e redução do uso de refrigerantes e bebida alcoólica</p>	<p>Organizacional → mobilização da equipe para proporcionar orientação sobre novos hábitos.</p> <p>Político → Acordo entre a equipe e o hipertenso;</p> <p>Financeiro → compra de sementes, mudas e produtos agrícolas</p>
<p>Conhecer :</p> <p>Aumentar o conhecimento do hipertenso sobre a doença e os fatores de risco associados.</p>	<p>Político → articulação intersetorial.</p> <p>Cognitivo → aumentar o conhecimento sobre a HAS</p> <p>Organizacional: Adequação da agenda para possibilitar as reuniões</p>
<p>Boa Equipe</p> <p>Roda de atualização e estímulo utilizando as habilidades e competências para abordar o usuário</p>	<p>Político → decisão de aumentar os conhecimentos e habilidades para enfrentar o problema</p>

Fonte: elaborado pela própria autora

Quadro 4 – Análise de viabilidade do plano

Análise e viabilidade do plano para reduzir o elevado número de hipertensos na UBS Saúde Plena em Turmalina /MG				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Bom remédio Garantir consulta médica e atenção farmacêutica e o uso adequado dos medicamentos prescritos	Organizacional → Articulação entre a equipe e farmacêutico/NASF e seus horários para organizar a agenda Político → conseguir a participação da equipe	Equipe de saúde	Favorável	Apresentar o projeto para a equipe e equipe multidisciplinar
Comida certa Estimular novos hábitos alimentares e redução do uso de refrigerantes e bebida alcoólica	Organizacional → mobilização da equipe para proporcionar orientação sobre novos hábitos. Político → Acordo entre a equipe e o hipertenso; Financeiro → compra de sementes, mudas e produtos agrícolas	Equipe de saúde	Favorável.	Apresentar o projeto para a equipe
Conhecer : Aumentar o conhecimento do hipertenso sobre a doença e os fatores de risco associados.	Político → articulação intersetorial. Cognitivo → aumentar o conhecimento sobre a HAS Organizacional: Adequação da agenda para possibilitar as reuniões	Equipe de saúde	Favorável.	Apresentar o projeto para a equipe
Boa Equipe Roda de atualização e estímulo utilizando as habilidades e competências para abordar o usuário	Político → decisão de aumentar os conhecimentos e habilidades para enfrentar o problema	Médico e Equipe de saúde	Favorável	Apresentar o projeto para a equipe

Fonte: elaborado pela própria autora

Quadro 5 – Plano operativo para reduzir o elevado número de hipertensos na UBS Saúde Plena em Turmalina /MG

Plano Operativo para reduzir elevado número de hipertensos na UBS Saúde Plena em Turmalina /MG					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Bom remédio Garantir consulta médica e atenção farmacêutica e o uso adequado dos medicamentos prescritos	Reduzir o número de usuários que recebem prescrição médica e que não adere ao tratamento proposto.	“Programa comprimido legal”: Mediante a consulta médica e farmacêutica acompanhar o uso racional e conforme prescrito pelo médico “Programa Pressão legal”: Orientação farmacêutica, sobre o uso de medicamentos e estimular os valores adequados de pressão porque toma remédio adequadamente	Apresentar o projeto para a equipe	Médico e farmacêutico	Três meses para o início das atividades
Comida certa Estimular novos hábitos alimentares e redução do uso de refrigerantes e bebida alcoólica	Conscientizar os hipertensos e seus familiares sobre os alimentos adequados e dos problemas associados ao alcoolismo para todos os elementos da família	“Programa horta para salada”: Estimular a produção de vegetais e legumes em locais cedidos pela prefeitura e que deve ser supervisionado pela equipe e NASF “Programa do suco ”: Estimular a redução do uso de bebida alcoólica e sua troca por suco de frutas	Apresentar o projeto para a equipe	Nutricionista	Início: três meses
Conhecer : Aumentar os conhecimento do hipertenso sobre a doença e os fatores de risco associados.	Hipertenso que reconhece a necessidade de se adaptar à prevenção das doenças associadas à HAS	“Programa prevenção”: Equipe capaz de fornecer informações, sugerir mudanças necessárias e estimular o controle e medicalização da doença	Apresentar o projeto para a equipe	Enfermeiro	Início: três meses.
Boa Equipe Roda de atualização e estímulo utilizando as habilidades e competências para abordar o usuário	Equipe que desenvolve a comunicação, orientação e se coloca no lugar do outro Educação permanente para a equipe de saúde	Equipe organizada, transmite conhecimentos sobre o tema ; Profissionais que usam as habilidades de comunicação, transmissão de conhecimentos e habilidades sobre a doença.	Apresentar o projeto para a equipe	Médico/Enfermeiro	Apresentação do projeto e 03 meses para o início.

Fonte: elaborado pela própria autora

Quadro 6 – Planilha de acompanhamento das operações propostas para reduzir o elevado número de hipertensos na UBS Saúde Plena em Turmalina /MG

Planilha de acompanhamento das operações propostas para reduzir o elevado número de hipertensos na UBS Saúde Plena em Turmalina /MG				
Operação “Bom remédio” Coordenação: Médico da ESF /Avaliação após três meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
“Programa comprimido legal”: Mediante a consulta médica e farmacêutica acompanhar o uso racional e conforme prescrito pelo médico “Programa Pressão legal”: Orientação farmacêutica, sobre o uso de medicamentos e estimular os valores adequados de pressão porque toma remédio adequadamente	Farmacêutico	3 meses	Programa a ser implementado.	Adequar agenda do farmacêutico
Operação: “Comida certa” Coordenação: Nutricionista/NASF - Avaliação após três meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
“Programa horta para salada”: Estimular a produção de vegetais e legumes em locais cedidos pela prefeitura e que deve ser supervisionado pela equipe e NASF “Programa do suco ”: Estimular a redução do uso de bebida alcoólica e sua troca por suco de frutas	Enfermeiro	3 meses	Programa a ser implementado.	Adequar agenda do nutricionista
Operação “Conhecer” Coordenação: Médico - Avaliação após três meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
“Programa prevenção”: Equipe capaz de fornecer informações, sugerir mudanças necessárias e estimular o controle e medicalização da doença.	Enfermeiro/ACS	2 meses	Programa a ser implementado.	Mês de férias
Operação “Boa Equipe ” Coordenação: Enfermeiro - Avaliação após seis meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Equipe organizada, transmite conhecimentos sobre o tema ; Profissionais que usam as habilidades de comunicação, transmissão de conhecimentos e habilidades sobre a doença.	Médico	2 meses	Programa a ser implementado	Mês de férias

Fonte: elaborado pela própria autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso desta intervenção necessita da participação da equipe de saúde e multidisciplinar da UBS Saúde Plena em Turmalina em Minas Gerais. Os níveis pressóricos serão recuperados e normalizados através da organização da agenda, aumento do número de consultas para os hipertensos, bem como sua qualidade. Além disso, a equipe deverá rever sua agenda e forma a proporcionar reuniões entre a equipe e entre os usuários, bem como desenvolver a escuta qualificada, comunicação dentre outras ferramentas.

A melhoria do cuidado ao hipertenso requer avaliação e monitoramento constante, e acompanhamento pelos profissionais de saúde, para garantir orientações, monitorando através dos ACS o comportamento de cada hipertenso.

Os recursos utilizados baseiam-se em programas elaborados pela equipe para atingir um objetivo de cada vez, através de atividades educativas, educação permanente, consultas individuais, visitas domiciliares sem perder o foco da intervenção.

Para melhorar as ações educativas, atividades e interação entre equipe e usuários, discutindo sobre a necessidade da modificação de hábitos, abandono do alcoolismo, dentre outros, visando melhorias na qualidade de vida dos hipertensos. Com esta intervenção espera-se aumentar o conhecimento e envolvimento dos profissionais de saúde, e desta maneira contribuir para uma melhor compreensão dos pacientes sobre seu estado de saúde e assim aderir à terapia medicamentosa, necessária ao controle da pressão arterial, desde que combinado com medidas não farmacológicas.

REFERENCIAS

- Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Disponível em http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/turmalina_mg. Acesso em 10 de fevereiro de 2016
- BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** IBGE Cidades@.Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em 10 de fevereiro de 2016.
- BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** IBGE Cidades@.Brasília,[online], 2013. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em 10 de fevereiro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências.** Brasília. 2003. 228 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília. 2006. 58 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília. 2012. 34 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. **Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde.** Brasília. 2002. 165 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília. 2015. 128 p.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ª ed. Belo Horizonte. 2010.

COELHO, E., B. , NOBRE, F. . Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, v.13, n.1, p. 51-54, 2006.

COELHO, E., B. ;NETO, M. M.; PALHARES, R.; CARDOSO, M., C., M.; GELEILETE, T., J., M.; NOBRE, F. Relação entre a Assiduidade às Consultas Ambulatoriais e o Controle da Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. 3, Set. 2005

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Modulo/3>>. Acesso em 7 de outubro 2014

CORRÊA, T., D.; NAMURA, D., J., J.; SILVA, C., A., P.; CASTRO, M., G.; MENEGHINI, A.; FERREIRA, C. . Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arq Med ABC**. V. 31, n. 2, p. 91-101. 2005

ESCOREL, Sarah et al . O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 21, n. 2-3, p. 164-176, Mar. 2007

GIROTTTO, Edmarlon et al . Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1763-1772, Jun. 2013 .

LESSA, Í.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M., J.; ALMEIDA FILHO, N.; AQUINO, E.; OLIVEIRA, M., M., C. . Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (Ba) – Brasil. **Arq Bras Cardiol**. V. 87, n. 6., p. 747-756. 2006.

LIMA, Sheyla Maria Lemos et al . Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, p. 2001-2011, set. 2009 .

MANO, Gisele Machado Peixoto; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 269-275, Sept. 2005 .

Plano Municipal de Saúde Turmalina Período de Vigência, Janeiro de 2014 a Dezembro de 2017.

ROSÁRIO, T., M.; SCALA, L., C., N.; FRANÇA, G., V., A.; PEREIRA, M., R., G.; JARDIM, P., C., B., V.. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT .**Arq Bras Cardiol**, v. 93, n. 6, p. 672-678. 2009

SANTOS, Z., M., S., A.; FROTA, M., A.; CRUZ, D., M.; HOLANDA, S., D., O.. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 332-40, Jul-Set; 2005 .

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; LIMA, Helder de Pádua. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 1, p. 90-97, Mar. 2008

TRINDADE., I., S.; HEINECK, G.; AYZEMBERG, J., R., M.; FORMIGHIERI, H., M.; CRESTANI, M.; GUSSO, J.. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana de Passo Fundo (RS)**Arq Bras Cardiol**, v. 71, n. 2. 1998

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Set. 2007 .

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010 .

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