

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

SIXTO VLADIMIR RODRIGUEZ GARCIA

**INTERVENÇÃO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL E RISCO
CARDIOVASCULAR NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ERMIDA I
MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS**

BOM DESPACHO – MG

2016

SIXTO VLADIMIR RODRIGUEZ GARCIA

**INTERVENÇÃO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL E RISCO
CARDIOVASCULAR NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ERMIDA I
MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS - 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.

Orientador: Prof. Virgiane Barbosa de Lima

BOM DESPACHO – MG

2016

SIXTO VLADIMIR RODRIGUEZ GARCIA

**INTERVENÇÃO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL E RISCO
CARDIOVASCULAR NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ERMIDA I
MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS - 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.

Orientador: Prof. Virgiane Barbosa de Lima

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Virgiane Barbosa de Lima

Examinador 2 : Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por me dar a oportunidade de viver e fazer tudo o que faço pela vida das pessoas. A minha família e amigos pela compreensão e ajuda para o desenvolvimento deste trabalho e por acreditarem em mim. A minhas professoras ao longo deste curso de especialização e especialmente a minha orientadora Virgiane Barbosa de Lima pela disposição mantida e todos os ensinamentos e contribuições oferecidos para conclusão deste trabalho.

RESUMO

A Equipe de Saúde da Família Ermida 1 em Divinópolis /MG presta serviços em saúde a portadores de HAS adscritos ao território da equipe. Para reduzir o elevado índice de hipertensos, elaborou-se uma proposta de intervenção, estimulando a redução dos fatores de risco modificáveis. Este trabalho foi proposto após a realização da análise situacional e pelo levantamento dos principais problemas de saúde existentes no território. A partir de então, 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 Ermida 1, suas características, meio ambiente onde vivem e da maneira e a forma como se distribui no território. Os nós críticos identificados foram: O Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para assistir os hipertensos; Níveis de informação da população hipertensa sobre o problema; Costumes, hábitos e estilos de vida da população; Exposição dos hipertensos a determinados fatores de risco modificáveis. A realização desta intervenção necessita da participação da equipe multidisciplinar. Para melhor acompanhamento através do aumento quantitativo e qualitativo das consultas médica e de enfermagem, assistência farmacêutica e nutricional capazes de contribuir com a melhoria dos níveis pressóricos melhorando a qualidade de vida dos hipertensos.

Palavras-Chave: Hipertensão arterial sistêmica. prevenção. controle. Equipe de saúde da família.

ABSTRACT

The Family Health Team Hermitage 1 in Divinópolis / MG provides services in health ascribed SAH to the territory of the team. To reduce the high rate of hypertension, was drawn up a proposal for intervention, encouraging the reduction of modifiable risk factors. This work was proposed after the completion of the situation analysis and the survey of the main health problems existing in the territory. Since then, 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 participative helps to know the living conditions of the territory of the Hermitage 1 staff population, its characteristics, the environment where they live and the way and the way it is distributed in the territory. The nodes identified critical were: The health team work process inadequate to assist hypertensive; Information levels of the hypertensive population about the problem; Customs, habits and lifestyles of the population; of hypertensive exposure to certain modifiable risk factors. The realization of this intervention requires the participation of a multidisciplinary team. For better monitoring through the quantitative and qualitative increase in medical and nursing consultations, pharmaceutical care and nutrition can contribute to the improvement of blood pressure by improving the quality of life of hypertensive patients.

Key words: Hypertension. Prevention. Control. Family health team.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEESF – Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

NASF – Núcleo de Apoio em Saúde da Família

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 – Priorização para os principais problemas de saúde identificados na equipe de Saúde Ermida 1 em Divinópolis/MG.....
- Quadro 2 – Desenho de operações para os nós críticos do problema elevado número de hipertensos na equipe de Saúde Ermida 1 em Divinópolis/MG /MG.....
- Quadro 3 – Identificação dos recursos críticos para reduzir o elevado número de hipertensos na equipe de Saúde Ermida 1 em Divinópolis/MG /MG.....
- Quadro 4 – Análise de viabilidade do plano na equipe de Saúde Ermida 1 em Divinópolis/MG.....
- Quadro 5 – Plano operativo para reduzir o elevado número de hipertensos na equipe de Saúde Ermida 1 em Divinópolis/MG
- Quadro 6 – Planilha de acompanhamento das operações propostas para reduzir o elevado número de hipertensos na equipe de Saúde Ermida 1 em Divinópolis/MG

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	10
2 - JUSTIFICATIVA.....	17
3 - OBJETIVO.....	18
4- MÉTODO.....	19
5 - REVISÃO DE LITERATURA	20
6 - PLANO DE AÇÃO	24
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Divinópolis é um município do estado de Minas Gerais localizado no Centro-Oeste de Minas Gerais cuja população estimada para o ano de 2015 era de 230.848 habitantes distribuídos numa área territorial de 708,115 Km² (IBGE, 2014).

Ainda de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2014), no município existem várias festas e atrações culturais, como por exemplo Festa da Cerveja, Divina expo, Divina folia, Festa a fantasia, festivais, cinemas, Teatro Usina Gravatá, Museu Histórico, bares e casas de show. Outra atração em Divinópolis é o clube de futebol conhecido como Guarani, o estádio Waldemar Teixeira de Faria, denominado Farião. Por outro lado, a maioria dos divinopolitanos são católicos, sendo que também são observadas várias igrejas protestantes e casas espíritas.

Em relação ao sistema local de saúde e para complementar a administração dos serviços, em saúde, Divinópolis possui o Conselho Municipal de Saúde devidamente representado por usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviço, os quais se reúnem mensalmente. Já para a infraestrutura da cidade, o Rio Pará é o principal fornecedor de energia elétrica através da Usina do Gafanhoto e o fornecimento e captação de água ocorre pelo Rio Itapecerica. De acordo com o portal da Prefeitura Municipal de Divinópolis, esta em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e o Ministério Público elaboraram o projeto denominado Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIM - SAÚDE), visando redesenhar o sistema atual com foco na reorganização da Atenção Primária através do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. O objetivo é obter 100% de cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim no mês de setembro de 2014 foram implantadas 13 ESF, além dos Núcleos de Saúde da Família (NASF) e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2015).

Em Divinópolis, no ano de 1996 foi implantado o Programa de Saúde da Família com, 4 equipes, e com o tempo foram adequadas às normas do Ministério da Saúde (MS). Atualmente no município existem 23 ESF responsáveis por uma cobertura de 37% população, 02 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 15 Centros de saúde convencionais; 01 Unidade de Pronto Atendimento Central (UPA central); 01 laboratório central (CEMAS); 01 central de abastecimento farmacêutico; 01 policlínica; um Serviço de

Atenção Especializada (SAE); 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 01 Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM); 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); 01 hospital psiquiátrico; 01 Hospital do Câncer – Associação de Combate ao Câncer do Centro-Oeste de Minas (ACCCOM); 01 Centro Regional de Reabilitação (CRER); e 03 hospitais particulares (conhecidos como Santa Mônica, Santa Lúcia, São Judas e 01 hospital filantrópico (São João de Deus) com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os exames auxiliares do diagnóstico, de análises clínicas são coletados na Unidade Básica de Saúde (UBS) Ermida I e transportados para o laboratório central CEMAS em Divinópolis onde são processados. Após aproximadamente 5 dias retornam os resultados via internet para a UBS onde são impressos e entregues para o pacientes. Apenas os resultados de eletrocardiogramas e Rx se não forem solicitados como urgências são entregues em aproximadamente 30 dias para emissão do laudo especializado. Os exames de maior complexidade solicitados e as consultas especializadas passam pelo direção de regulação da secretaria de saúde do município e referenciados para os seus respectivos centros, hospital ou centros que disponha dos serviços, mesmo casos de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) em Santo Antônio do Monte. Quando necessário o principal centro de referência de Divinópolis para Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é o município de Belo Horizonte, e os casos de terapia de prótese auditiva e ortopedia ambulatorial., os pacientes são referenciados para a cidade de Formiga e Santo Antônio do Monte são encaminhados para o Centro Viva Vida onde neste caso os casos referenciados estão relacionados ao planejamento familiar (laqueadura tubária e vasectomia) e infertilidade. Outras instituições de apoio que mantêm contratos com o município e prestam serviços diagnósticos e são a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), o Centro de Medicina Nuclear (INAL), o Hospital São João de Deus (HSJD) e a Clínica São Bento Menni (PREFEITURA DE DIVINÓPOLIS).

Santo Antônio dos Campos é um distrito do município de Divinópolis, cuja população é de 8.250 habitantes. De acordo com alguns informantes que vivem em Santo Antônio dos Campos, no distrito existem 02 escolas públicas, 01 creche pública e 01 particular, 02 igrejas católicas e 10 evangélicas.

Conforme os registros da UBS Santo Antônio dos Campos, comunidade é servida por serviços básicos de infraestrutura como luz elétrica, água encanada, telefonia fixa e móvel e uma agência de correios.

A Unidade Básica de Saúde(UBS) de Santo Antônio dos Campos funciona no horário de 07h00min às 17h00min, de segunda a sexta feiras e está localizada naquele distrito e nela funcionam 03 Equipes de Saúde da Família(ESF) denominadas equipe Ermida I, Ermida II e Belo Vale/ Rancho Alegre. A UBS funciona na Rua Antônio Olímpio de Oliveira, nº 100, na região central do distrito, com fácil acesso para a maioria da comunidade exceto nas áreas rurais mais afastadas onde não existe acesso para meios de transporte e o trajeto para quem vive nestes locais se dá a pé ou transporte animal. Na área de abrangência inclui os bairros Belo Vale, Rancho Alegre ,Vista Alegre,jardim Primavera,Santa Cruz e o Distrito Santo Antônio dos Campos.

Para prestar o cuidado, 34 profissionais trabalham na UBS de Santo Antônio dos Campos, sendo que 08 deles são Agentes Comunitários de Saúde(ACS), 06 técnicos em enfermagem, 03 enfermeiros, 03 Médicos generalistas, 01 ginecologista, 01 geriatra, 01 farmacêutico, 02 atendentes de farmácia, 01 Dentista, 02 Técnicos em Saúde Bucal(TSB), 02 psicólogos, 02 agentes administrativos, 01 auxiliar de serviços gerais e 01 referencia de gestão. A UBS possui área física constituída de 01 Farmácia, 01 sala de vacinas, 01 sala para coleta de exames laboratoriais com banheiro, 01 sala de curativos, 01 consultório de psicologia, 02 consultórios de Enfermagem, 01 sala de cadastros, 01 sala de Triagem, 02 consultórios médicos, 01 consultório ginecológico com banheiro, 01 consultório odontológico, 01escovódromo e recepção, 01 sala de administração, recepção e sala de espera, espaço para pós consulta, sala de reuniões com banheiro, 01 banheiro masculino e 01 banheiro feminino para usuários, área privativas para servidores com cozinha e banheiros masculinos e feminino, 01 sala de arquivo morto, 01 sala de estoque, 02 salas para Depósito de Material de Limpeza (DML) além de quintal.

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), na Unidade Básica de Saúde da Família de Santo Antônio dos Campos estão cadastradas 5715 pessoas, apesar de o número de atendimentos atingir cerca de 8000 pessoas. A Unidade iniciou seu funcionamento com atendimentos conforme os princípios da saúde da família recentemente e o cadastramento famílias ainda se encontra em andamento. Porém, já se encontra tecnicamente distribuído em 3 equipes de saúde conhecidas como, Ermida I,

Ermida II e Belo Vale e para este levantamento não foi possível determinar dados individuais de cada uma das unidades.

A ESF Ermida I presta serviços em saúde no distrito de Santo Antônio dos Campos, no município de Divinópolis. A equipe foi Criada sobre a base de uma antiga unidade tradicional de saúde, passando a funcionar no modelo de estratégia de saúde da família no mês de setembro do ano de 2014. Atualmente, a equipe possui seu território tecnicamente dividido em 04 micro áreas e cada uma delas possuem aproximadamente 750 famílias. Para este trabalho, a equipe é constituída por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos em enfermagem, e 02 agentes comunitários de saúde(ACS).

A rotina da equipe segue com reuniões semanais onde é realizada a avaliação do trabalho realizado no decorrer da semana, nela se discutem os principais problemas encontrados e se propõem soluções possíveis segundo as prioridades estabelecidas e os recursos disponíveis, além de serem reorganizados os trabalho da semana seguinte.

O trabalho diário é distribuído segundo as necessidades apresentadas, com atendimento à demanda espontânea e demanda programada, agendamentos de pacientes captados em consultas de demanda espontâneas anteriores, visitas domiciliares que requerem um seguimento longitudinal. No total, são agendados aproximadamente 24 pacientes por dia, divididos entre os períodos da manhã e a tarde, além de serem reservadas algumas vagas, para o atendimento de urgências. Os técnicos em enfermagem exercem o agendamento e triagem, alternando estas funções com curativos e vacinação, duas vezes por semana. Nos demais dias os profissionais realizam a busca ativa de famílias ausentes dos acompanhamentos, pessoas com doenças crônicas, sob os cuidados paliativos, pacientes que receberam alta hospitalar com seguimento ambulatorial, casos de internação domiciliar, pacientes pertencentes aos grupos de riscos previamente identificados e supervisionam os casos de tratamento ambulatorial que precisam de vigilância.

O enfermeiro da equipe é o responsável pelas atividades de supervisão do trabalho dos técnicos em enfermagem e dos ACS, consulta de enfermagem, coleta de amostra para pesquisa de câncer de colo uterino, teste do pezinho, entre outras atividades relacionadas com as atividades da equipe como o acolhimento e triagem qualificada. Já o médico que atua na coordenação das atividades e programas, estabelece as prioridades de atenção quanto às atividades de urgência em conjunto com o enfermeiro; além de ser o responsável

pelo atendimento dos pacientes agendados e supervisa junto com a enfermeira o trabalho dos agentes comunitários de saúde e técnicos em enfermagem, participa das visitas domiciliares planejadas e aquelas solicitadas previamente, assim como organiza as atividades de atualização e educação em saúde.

Embora a equipe Ermida I consiga organizar o serviço existem alguns fatores dificultadores do processo de trabalho que podem ser citados e são eles: a equipe fragmentada pela falta de ACS onde, das 04 micro áreas para o atendimento, duas delas; A falta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF) funcionando no distrito no momento; A demanda espontânea bastante elevada; Pela falta do prontuário eletrônico, as informações e dados do paciente são escritos nos prontuários e guardados junto da ficha familiar e arquivados em arquivos tradicionais existindo a possibilidade de acesso por várias , comprometendo a segurança e privacidade dos documentos, ficando susceptíveis de ser violados; o desvio da função dos técnicos em enfermagem; A pouca disponibilidade recursos para enfrentar casos de urgências médicas, neste caso a equipe presta os primeiros atendimentos conforme os poucos recursos disponíveis e são encaminhados segundo critérios clínicos e disponibilidade de serviços, para UPA ou hospital, não disponibilizando de transporte sanitário para esses casos, sendo este de responsabilidade das famílias e nos casos muito graves ou complicados o traslado é realizado através do corpo de bombeiros; A falta de recursos materiais e humanos para um atendimento com qualidade; A falta de motivação da comunidade para resolver seus problemas ambientais.

Por outro lado para proporcionar o cuidado em saúde existem fatores facilitadores do processo de trabalho da equipe a serem considerados são: A comunicação entre os membros da equipe; O trabalho dos ACS que vem sendo excelente, pois desenvolvem o vínculo com os usuários, são motivados com seu trabalho e na procura de ampliar seu conhecimento em saúde sobre atenção básica em saúde e no modelo de Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção, além de contribuírem com situações interessantes vivenciadas para serem discutidas nas reuniões da equipe; O fácil acesso à UBS, que fica localizada na estrada principal do distrito Santo Antônio dos Campos, havendo disponibilidade de transporte público possibilitando o acesso pelas pessoas e tanto idosos como obesos, além da área física apresentar degraus ou rampa que dificulta o acesso; O vínculo entre a equipe e os usuários do território; o Consórcio Intermunicipal de Saúde do

Valle de Itapecerica (CISVI) o qual controla as ações de saúde referentes aos encaminhamentos realizados.

Na equipe Ermida I, quando é necessário solicitar avaliação especializada, o encaminhamento é feito na unidade, passando pela direção de regulação em saúde da secretaria municipal de saúde em Divinópolis onde são avaliados e agendados com o especialista; Os grupos operativos funcionando com a participação ativa da comunidade e apoiado pela secretaria de saúde; A união e interesse da equipe, que neste momento todos os trabalhadores do setor estão focados na busca ativa de focos de mosquitos *Aedes Aegypti* na prevenção das doenças transmitidas pelo vetor e dando suporte ao plano de contingência nacional na luta contra a Dengue, Zika e Chikungunya; A formação dos grupos operativos para pessoas com hipertensão arterial e diabetes (Hiperdia) com funcionamento regular mensal, alternando com as reuniões da equipe com outras ações em saúde com grupos mais específicos constituídos como por exemplo o grupo para prevenção e acompanhamento do câncer de mama e próstata.

No ano de 2015, a equipe iniciou o trabalho com grupos de crianças e adolescentes nas escolas através do Programa de Saúde na Escola(PSE) cujo tema já preparado é a alimentação saudável, maus tratos nas crianças e adolescentes, DST, gravidez na adolescência, uso de drogas e saúde bucal; As visitas domiciliares que são realizadas semanalmente, embora possam ser classificadas como consultas domiciliares, pois abrange pessoas com incapacidades, idosos frágeis, pessoas que receberam alta hospitalar após de internamento por qualquer causa, famílias disfuncionais, grávidas e crianças de alto risco, entre outras, sendo que para isto, o transporte utilizado e fornecido pela secretaria de saúde do município disponibilizado pelas demais equipes da UBS; A alimentação dos dados no e-SUS.

Trabalho como médico da ESF Ermida I no distrito de Santo Antônio dos Campos e como estrangeiro e de nacionalidade cubana, graduado em medicina, me inscrevi no Programa Mais Médicos para o Brasil(PMMB) no mês de fevereiro 2013. Para participar do PMMB, os profissionais médicos são matriculados em um curso de atualização de modalidade à distância. O Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF), oferece vagas pela Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG) que através do programa AGORA realiza a atualização profissional, permitindo aos profissionais das equipes de saúde e demais profissionais multidisciplinares enfrentarem os problemas encontrados no território onde atuam. No curso, a disciplina de Planejamento e Avaliação

das Ações em Saúde do CEESF, os profissionais aprendem a elaborar o plano de ação, em busca de solucionar problemas de saúde encontrados no território baseado na realização da análise situacional, pela equipe de saúde. Para isto, a equipe A equipe Ermida I cadastrou sua população e como no momento existe um número reduzido de Agentes Comunitários de Saúde(ACS) ficando duas áreas descobertas por carência de recursos humanos, os dados para propor um plano de intervenção ficaram incompletos e por isso foi necessária a observação ativa do território da equipe, e entrevista com informantes- chaves que conhecem bem a comunidade.

Esta análise, permitiu identificar as doenças mais frequentes na área de abrangência da equipe Ermida I que são: a Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS); Transtornos psicológicos; Alto consumo de drogas ansiolíticas e antidepressivas, Diabetes Mellitus, Obesidade e sobre peso. Deste problemas o que chamou a atenção e que foi o elevado número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), associados ou não a fatores risco modificáveis que contribuem para o risco de morte pela doença ou suas complicações, além de constituir um grande problema de saúde para os indivíduos, a família e a comunidade devido ao elevado números de sequelas, perdas economias, familiar dentre outros.

Visando melhorar o acompanhamento aos portadores de hipertensão arterial cadastradas, bem como orientar sobre os principais fatores de risco associados e aumentar o número de hipertensos controlados e aderidos ao tratamento, foram propostas ações, através do Planejamento Estratégico Situacional(PES) para a criação de um grupo educativo trabalho de prevenção, promoção e recuperação do estado de saúde da população alvo. O problema foi evidenciado durante as observações feitas e mediante o processo de observação direta durante o processo de trabalho, durante consultas médicas, atendimentos à demanda espontânea, casos urgentes por descompensação de níveis glicêmicos ou oscilações de pressão arterial enfrentados no dia a dia da equipe. Assim, esta proposta busca modificar hábitos e estilos de vida na tentativa de enfrentar maior problema que o usuário enfrenta no seu território(CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se o tema deste trabalho pelo elevado número de hipertensos associados ao risco cardiovascular no território da equipe ermida I no distrito de Santo Antônio dos Campos. O problema foi evidenciado pela estratificação do risco clínico para doenças cardiovasculares (Escore Revisado de Framingan), atendimentos urgentes a hipertensos descompensados que procuram atendimento na UBS, falta de adesão ao tratamento farmacológico, além da falta de acompanhamento pelos profissionais da equipe de saúde associado ao pouco interesse da população sobre o tema.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para promover o controle eficiente da hipertensão arterial e risco cardiovascular entre usuários sob responsabilidade da equipe Ermida I no Município Divinópolis.

4 METODOLOGIA

Para a construção deste trabalho, utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), sendo que para a elaboração do plano de ação consistiu em quatro momentos associados denominados: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Esta proposta de intervenção será firmada através de medidas educativas individuais, coletivas e de acompanhamento para redução dos principais os fatores de risco que provocam o aumento da pressão arterial e seus fatores de risco associados, entre usuários da equipe Ermida I no distrito de Santo Antônio dos Campos em Divinópolis/MG.

Os dados foram selecionados a partir da observação ativa do território da equipe Ermida I, e pela busca sistemática na literatura, utilizando as bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além de edições do Ministério da Saúde e livros didáticos utilizados no CEESF. Como descritores, utilizou-se os termos: Hipertensão arterial sistêmica; prevenção, controle e Equipe de saúde da família.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica que representa um grave problema de saúde pública, podendo ser “responsável pelo desenvolvimento de comorbidades a exemplo da doença coronariana, dos acidentes vasculares cerebrais (AVC), da insuficiência renal, das doenças vasculares periféricas, entre outras”(MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012, p. 1366). Conhecida por sua condição clínica multifatorial, a HAS se caracteriza por apresentar níveis elevados e sustentados de pressão arterial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Confirmando esta situação, ainda de acordo com as referidas diretrizes,

[...]A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis... 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006 apud VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p.1).

A importância do controle da HAS é dada pela complicações apresentadas por ela, como a Doença cerebrovascular; Doença arterial coronariana; Insuficiência cardíaca; Doença renal crônica e doença arterial periférica (BRASIL, 2006). A HAS encontra-se diretamente relacionada aos fatores de exposição não modificáveis, conhecidos, como a idade, hereditariedade, sexo e etnia/raça e os modificáveis conhecidos como clínicos, comportamentais e nutricionais, os quais através de estratégias de saúde pública e abordagem podendo reduzir os riscos contribuindo para a prevenção da HAS (SALOMÃO et al, 2013).

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a prevalência da hipertensão arterial sistêmica entre gêneros no Brasil e em vários países no mundo, nos últimos anos demonstrou ser maior nos homens em relação as mulheres. Sabe-se também, que o controle da HAS apresenta dificuldades relacionadas às características da doença, pelo seu caráter assintomático, evolução lenta, cronicidade, que nem sempre é considerado doença ou que precise ser cuidado, pois, enquanto portadores “não compreendem a necessidade de modificação de hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença”(TEIXEIRA et al, 2006 apud SILVA; MOURA, 2011, p. 76).

O diagnóstico da hipertensão inicia-se com a medida da pressão arterial, sendo que o paciente que apresentar valores abaixo de 120/80 mmHg são considerados como normotensos, recomenda-se então que este deve medir sua pressão arterial novamente em até dois anos. Já o pré-hipertenso, é o indivíduo que não está exposto aos fatores de risco o paciente e deve ser orientado sobre a mudança de estilo de vida e medir novamente a pressão arterial em até 1 ano. No entanto se o indivíduo estiver exposto a fatores de risco, a medida da pressão deve ocorrer em até uma semana (BRASIL, 2009). Seguindo o mesmo Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde, o tratamento não-farmacológico,

[...]tem como objetivo diminuir os fatores de risco para DCV e reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de educação em saúde no qual o paciente é estimulado a adotar medidas que favoreçam a adesão às recomendações. As medidas sugeridas terão impacto no seu estilo de vida e sua implementação depende diretamente da compreensão do problema e da motivação em aplicá-las. Os profissionais da saúde, ao aconselharem modificações de hábitos, devem apresentar ao paciente as diferentes medidas e possibilidades de implementá-las para que ele possa adaptá-las à sua situação socioeconômica e à sua cultura, obtendo, dessa forma, maior adesão ao tratamento. Ressalta-se a importância de uma abordagem multi ou interdisciplinar e o envolvimento dos familiares do hipertenso nas metas a serem atingidas (BRASIL, 2009, p.22).

O tratamento da hipertensão depende do reconhecimento dos fatores de risco. Para isto, devem ser alertadas as pessoas sobre os fatores pouco ou não modificáveis. Já os modificáveis devem ser trabalhados junto ao hipertenso e sua família visando a transformação de hábitos. Nesse caso é necessário que a rede básica de saúde proponha ações conjuntas entre a equipe de saúde e o hipertenso, juntamente de seus familiares. Para delinear o tratamento adequado, devem ser adotadas medidas capazes de reduzir os danos minimizando o impacto da hipertensão sobre a vida de seus portadores através da preservação dos órgãos alvo como o coração, vasos sanguíneos, cérebro e rins. Além disso, os hipertensos necessitam de conhecer sobre a doença e os seus fatores de risco, sendo a equipe de saúde o eixo principal para difundir a educação e informação sobre a doença e os fatores de risco evitando o desenvolvimento da hipertensão e de complicações cardiovasculares mais complexos, facilitando a adesão ao tratamento (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Na prevenção primária da HAS, são utilizadas medidas não medicamentosas conforme citado anteriormente e funciona por medidas de estímulo, recomendações neste tipo de prevenção, principalmente nos indivíduos com pressão arterial limítrofe. Os hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, sem deixar de

observar as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. Para prevenção primária da HAS as principais medidas não medicamentosas são: a alimentação saudável, o consumo controlado de sódio e álcool, a ingestão de potássio, o combate ao sedentarismo e ao tabagismo. Por outro lado, as medidas medicamentosas devem ser indicadas no manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da pressão arterial, onde recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso nas condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Ao abordar o estilo de vida, é necessário considerar a subjetividade do sujeito no seu contexto social, não se esquecendo da dimensão psicossomática do processo saúde e doença, que deve ser levada em conta nas intervenções de saúde (TEIXEIRA et al 2006). Ainda conforme os autores,

[...]as doenças, além dos aspectos sociais e fisiopatológicos, possuem associação com a emoção, na qual as condições corporais afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado com o meio. A manifestação da doença não pode ser explicada apenas por relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e pelo estilo de vida que o indivíduo, como ser biológico e psicológico, se encontra inserido (TEIXEIRA et al 2006, p. 379)

Quanto à estratificação do risco cardiovascular trata-se de uma prática útil na abordagem preventiva, do ponto de vista médico e econômico, e permite classificar indivíduos baseando-se na intensidade e número dos fatores de risco que o proporcionam ou mesmo diante da presença de doença cardiovascular (GUIMARÃES, 2002). O autor ainda refere que,

[...]O escore de Framingham, adotado pelo consenso brasileiro¹, baseia-se em valores numéricos, positivos e negativos, a partir de zero, de acordo com o risco atribuível aos valores da idade, pressão arterial, colesterol total, HDL-C, tabagismo e diabetes. A cada escore obtido corresponde um percentual da probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular (infarto agudo do miocárdio fatal e não-fatal, morte súbita ou angina) nos próximos dez anos, com base em dados epidemiológicos. Assim, indivíduos de baixo risco teriam uma probabilidade menor que 10%; médio risco, entre 10% e 20% e alto risco, igual ou maior que 20%. Essa estratificação determina os valores do perfil lipídico a serem alcançados. Indivíduos de alto risco, por exemplo, devem manter o colesterol total abaixo de 200 mg/dL, LDL-C abaixo de 100 mg/dL e triglicérides abaixo de 200 mg/dL, sendo que, no caso de diabéticos, o limite para os triglicérides desce para 150 mg/dL. Dentre os indivíduos de alto risco estão aqueles com manifestações clínicas de doença aterosclerótica, hipertensos com lesões de órgãos-alvo e diabéticos (GUIMARÃES, 2002, p. 104).

A estratificação de risco representa uma ferramenta para promover a atenção à saúde compondo a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas. Assim, o conhecimento profundo dos usuários a respeito de determinado serviço é fundamental para a organização da atenção, deixando de lado a atenção baseada na oferta de consultas e procedimentos desorganizados, característica dos sistemas fragmentados. A estratificação de risco, deve ser construída conforme as especificidades de cada enfermidade, considerando os aspectos orgânicos a capacidade de autocuidado, a vulnerabilidade social e o contexto como por exemplo a gestão, a equipe o apoio diagnóstico, etc.(BRASIL, 2013). Ainda conforme as diretrizes,

[...]A finalidade da estratificação de risco é classificar os usuários de determinado serviço de acordo com a gravidade da enfermidade. Essa classificação deve permitir a definição de uma série de ofertas que serão programadas de acordo com o nível em que se encontra o usuário. Ela serve para avaliar, organizar e garantir o atendimento a cada usuário, conforme a necessidade. Vale destacar que o protocolo de estratificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, porém não é suficiente para definir o risco ou a vulnerabilidade de determinada pessoa. Ele nem sempre privilegia os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais (e nem teria como, pois essas dimensões abrangem grande número de variáveis que, muitas vezes, não têm como ser objetivadas), cuja compreensão é fundamental para a efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de saúde. O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento (BRASIL, 2013, p.23).

A estratificação dos portadores de HAS deve basear-se nos níveis de pressão arterial, demais fatores de risco e comorbidades como diabetes, lesão em órgãos-alvo, doença renal, cardiovascular, além da observação dos aspectos familiares e socioeconômicos. Assim, são definidas “quatro categorias de risco cardiovascular absoluto, mostrando que mesmo os pacientes classificados nos estágios 1, 2 ou 3 podem pertencer a categorias de maior ou menor risco na dependência de co-morbidades ou fatores de risco associados”(BRASIL, 2001, p.21).

Grande parte da população brasileira depende dos serviços em saúde prestados pela rede pública de saúde. As Unidades de Saúde da família representam a base da atenção básica em saúde no país atuando continuamente e realizando atividades de prevenção e promoção à saúde(SAMPAIO, M., R.; MELO, M., B., O.; WANDERLEY, 2010). Assim, devem ser planejadas ações centradas nas necessidades da comunidade residente no território de abrangência visando a maior proximidade possível das singularidades locais, estimulando o autocuidado e corresponsabilizando o usuário(MELO et al, 2013).

6 PLANO DE AÇÃO

1º Passo: Definição do Problema

Para propor um planejamento em saúde, é necessário primeiramente identificar o problema a ser enfrentado para em seguida elaborar o plano de ação. O plano de ação é constituído de alguns projetos de intervenção elaborados de acordo com cada problema encontrado e conhecido durante a realização do diagnóstico situacional do território da equipe de saúde. Em seguida, para os problemas encontrados deve-se proceder a priorização e para cada problema considerado prioritário, a equipe deve ser proposto um plano de ação específico para aquele problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). De acordo com os autores, para a realização da análise situacional, uma das alternativas é o método da estimativa rápida, que permite conhecer informações sobre os problemas de daquela comunidade e os recursos necessários para o seu enfrentamento. O período de tempo para sua realização é relativamente curto e a baixo custo, além de servir de suporte para propor um planejamento.

Com a realização da análise situacional, levantou-se os seguintes problemas relacionados à saúde dos usuários adscritos à equipe Ermida I que foram: Risco aumentado de hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, polifarmácia e baixa adesão ao tratamento, Alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos, alto consumo de álcool e drogas, alto índice de idosos e baixa adesão puerperal ao programa de aleitamento materno. Destes problemas o que chamou a atenção foi o elevado número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), associados ou não a fatores risco modificáveis que contribuem para o risco de morte pela doença ou suas complicações. Trata-se de um problema que constitui um grande problema de saúde para os indivíduos, a família e a comunidade devido ao elevado número de óbitos e sequelas, assim como perda econômica para a família.

2º Passo: Priorização dos Problemas

Quadro 1 – Priorização para os principais problemas de saúde identificados na equipe Ermida 1

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento
Risco aumentado de hipertensão arterial e doenças cardiovasculares,	Alta	7	Parcial
Polifarmácia e baixa adesão ao tratamento	Alta	6	Parcial
Baixa adesão puerperal ao programa de aleitamento materno.	Alta	6	Parcial
alto índice de idosos	Alta	4	Parcial
alto consumo de álcool e drogas	Baixo	4	Parcial

Fonte: Próprio autor

3º Terceiro Passo: Descrição do problema

Através da observação ativa do território da equipe Ermida I e da observação dos registros existentes, percebeu-se o grande impacto da hipertensão arterial relacionada a doenças cardiovasculares. O problema foi evidenciado mediante a observação direta e durante o processo de trabalho, durante consultas médicas, atendimentos à demanda espontânea, casos urgentes por descompensação de níveis glicêmicos ou oscilações de pressão arterial enfrentados no dia a dia da equipe. Além de relevante e pelo alto número de hipertensos adscritos ao território da equipe, uma das ferramentas utilizadas para reconhecer o número de hipertensos foi a estratificação do risco clínico para hipertensão arterial, uma vez que a unidade ainda não seguia protocolos clínicos de atendimento/acompanhamento da hipertensão arterial. Desta forma elaborou-se esta proposta visando modificar hábitos e estilos de vida a fim de enfrentar maior problema que o usuário enfrenta no território (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

4º Passo: explicação do problema.

O elevado número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), associados ou não a fatores risco modificáveis contribuem para o risco de morte pela doença ou suas complicações, além de constituir um grande problema de saúde para os indivíduos, a família e a comunidade devido ao elevado números de sequelas e/ou complicações cardiovasculares, perdas econômicas, familiares, dentre outros. De acordo com os registros da UBS Santo Antônio dos Campos, onde atua a equipe Ermida 1, cerca

de 10% das pessoas cadastradas na unidade foram classificadas com risco cardiovascular (equivalente a 7,7% na população total registrada). Em análise feita pelos profissionais, concluiu-se que grande parte dos hipertensos possuem mais de um fator de risco associado o que dificultou a estratificação de risco individual, confirmando os resultados levantados. Os fatores de riscos modificáveis avaliados, segundo a prevalência foram a pressão arterial alta, Índice de massa corporal segundo cintura abdominal, Sedentarismo, História familiar de AVC, IAM e morte súbita, Estresse, Hábitos alimentares inadequados, Dislipidemia, glicose anormal, Tabagismo, História familiar e alcoolismo. A importância do controle da HAS é dada pela complicações apresentadas por ela, como a Doença cerebrovascular; Doença arterial coronariana; Insuficiência cardíaca; Doença renal crônica e doença arterial periférica (BRASIL, 2006). A HAS encontra-se diretamente relacionada aos fatores de exposição não modificáveis, conhecidos, como a idade, hereditariedade, sexo e etnia/raça e os modificáveis conhecidos como clínicos, comportamentais e nutricionais, os quais através de estratégias de saúde pública e abordagem podendo reduzir os riscos contribuindo para a prevenção da HAS (SALOMÃO et al, 2013).

5º Passo: seleção dos “nós críticos”

Identificação dos nós críticos para o problema elevado número de usuários hipertensos adscritos à equipe Ermida 1:

- 1- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para assistir os hipertensos
- 2- Níveis de informação da população hipertensa sobre o problema
- 3- Costumes, hábitos e estilos de vida da população
- 4- Exposição dos hipertensos a determinados fatores de risco modificáveis.

6º Passo: desenho das operações

Quadro 2 – Desenho de operações para os nós críticos do problema elevado número de hipertensos na equipe Ermida 1 em Divinópolis /MG

Desenho de operações para os “nós” críticos do problema elevado número de hipertensos na equipe Ermida 1 em Divinópolis /MG				
No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para assistir os hipertensos	Atenção: Implantar o protocolo e a linha de cuidado e para o hipertenso; Implantação da estratificação de risco	Hipertensos acompanhados por toda a equipe e com dados atualizados Estratificação de risco implantada /Apoio multidisciplinar	Implementação de programas/ aproveitamento do grupo operativo existente para fortalecimento do vinculo e escuta qualificada Implantação da estratificação de risco /educação permanente	<u>Cognitivo:</u> Informações. Capacitação da equipe; <u>Organizacional:</u> Adesão dos usuários
Níveis de informação da população hipertensa sobre o problema	Formação: Informar o usuário e familiares sobre sua doença e medicamentos Garantir trocas de experiências entre os hipertensos	Usuários que reduzem a exposição a fatores de risco modificáveis Modificação dos hábitos e adesão medicamentosa	Programa de educação em saúde/ Abordagem do usuário sobre o problema e as formas de controle e responsabilização/autocuidado	<u>Organizacional:</u> reorganização da agenda e convocação dos hipertensos e familiares/ Elaboração e utilização de protocolos. <u>Cognitivo:</u> consciência de medidas preventivas e uso racional do medicamento
Costumes, hábitos e estilos de vida da população	Vida nova: Orientar sobre a necessidade de modificar hábitos e estilos de vida	Hipertensos controlados pela dieta correta, abandono do tabagismo/álcool Adaptação a exercícios físicos, redução do sedentarismo	Programa de caminhada, roda de conversa . Programa alimentação ideal educação permanente	<u>Organizacional:</u> Articulação entre profissionais da equipe e hipertensos <u>Cognitivo:</u> elaboração de formas de abordar o usuário.
Exposição dos hipertensos a determinados fatores de risco modificáveis	Menor risco: Implantar novos recursos de lazer e alimentação	Modificação da cultura institucional	Programa de orientação sobre a saúde na escola para crianças expostas junto de seus familiares a fatores de risco modificáveis	<u>Político:</u> envolvimento da família através da criança. <u>Organizacional:</u> contato com profissionais de outros setores

Fonte: Próprio autor

7º Passo: Identificação dos recursos críticos

Quadro 3 – Identificação dos recursos críticos do problema elevado número de hipertensos na equipe Ermida 1 em Divinópolis /MG

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento do elevado número de hipertensos na equipe Ermida 1 em Divinópolis /MG	
Operação/Projeto	Recursos críticos
<p>Atenção: Implantar o protocolo e a linha de cuidado e para o hipertenso;</p> <p>Implantação da estratificação de risco</p>	<p><u>Cognitivo:</u> Informações. Capacitação da equipe;</p> <p><u>Organizacional:</u> Adesão dos usuários</p>
<p>Formação: Informar o usuário e familiares sobre sua doença e medicamentos</p> <p>Garantir trocas de experiências entre os hipertensos</p>	<p><u>Organizacional:</u> reorganização da agenda e convocação dos hipertensos e familiares/ Elaboração e utilização de protocolos.</p> <p><u>Cognitivo:</u> consciência de medidas preventivas e uso racional do medicamento</p>
<p>Vida nova: Orientar sobre a necessidade de modificar hábitos e estilos de vida</p>	<p><u>Organizacional:</u> Articulação entre profissionais da equipe e hipertensos</p> <p><u>Cognitivo:</u> elaboração de formas de abordar o usuário.</p>
<p>Menor risco: Implantar novos recursos de lazer e alimentação</p>	<p><u>Político:</u> envolvimento da família através da criança.</p> <p><u>Organizacional:</u> contato com profissionais de outros setores</p>

Fonte: Próprio autor

8º passo: Análise de viabilidade do plano para o enfrentamento do elevado número de hipertensos na equipe Ermida 1 em Divinópolis /MG

Quadro 4 – Análise de viabilidade do plano para o enfrentamento do problema elevado número de hipertensos na equipe Ermida 1 em Divinópolis /MG

Análise e viabilidade do plano do problema do elevado número de hipertensos na equipe Ermida 1 em Divinópolis /MG				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Atenção: Implantar o protocolo e a linha de cuidado e para o hipertenso; Implantação da estratificação de risco	<u>Cognitivo:</u> Informações. Capacitação da equipe; <u>Organizacional:</u> Adesão dos usuários	Enfermeiro e médico da ESF	Favorável	Apresentar o projeto
Formação: Informar o usuário e familiares sobre sua doença e medicamentos Garantir trocas de experiências entre os hipertensos	<u>Organizacional:</u> reorganização da agenda e convocação dos hipertensos e familiares/ Elaboração e utilização de protocolos. <u>Cognitivo:</u> consciência de medidas preventivas e uso racional do medicamento	Médico da ESF	Favorável	Apresentar o projeto e ; Pedir apoio equipe e equipe multidisciplinar
Vida nova: Orientar sobre a necessidade de modificar hábitos e estilos de vida	<u>Organizacional:</u> Articulação entre profissionais da equipe e hipertensos <u>Cognitivo:</u> elaboração de formas de abordar o usuário.	ACS e equipe multidisciplinar	Favorável	Apresentar projeto
Menor risco: Implantar novos recursos de lazer e alimentação	<u>Político:</u> envolvimento da família através da criança. <u>Organizacional:</u> contato com profissionais de outros setores	Enfermeiro e equipe multidisciplinar	Favorável	Apresentar projeto

Fonte: Próprio autor

9º passo: elaboração do plano operativo

Quadro 5 – Plano operativo para o enfrentamento do problema elevado número de hipertensos na equipe Ermida 1 em Divinópolis /MG

Plano Operativo do problema do elevado número de hipertensos na equipe Ermida 1 em Divinópolis /MG					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Atenção: Implantar o protocolo e a linha de cuidado e para o hipertenso;</p> <p>Implantação da estratificação de risco</p>	<p>Hipertensos acompanhados por toda a equipe e com dados atualizados</p> <p>Estratificação de risco implantada /Apoio multidisciplinar</p>	<p>Implementação de programas/ aproveitamento do grupo operativo existente para fortalecimento do vinculo e escuta qualificada</p> <p>Implantação da estratificação de risco /educação permanente</p>	<p>Abordar os usuários durante as consultas, visita domiciliar e atividades de grupo.</p> <p>Implantação da estratificação de risco</p>	Médico	Três meses para o início das atividades
<p>Formação: Informar o usuário e familiares sobre sua doença e medicamentos</p> <p>Garantir trocas de experiências entre os hipertensos</p>	<p>Usuários que reduzem a exposição a fatores de risco modificáveis</p> <p>Modificação dos hábitos e adesão medicamentosa</p>	<p>Programa de educação em saúde/</p> <p>Abordagem do usuário sobre o problema e as formas de controle e responsabilização/autocuidado</p>	<p>Explicar claramente a função da receita médica e uso racional do medicamento.</p>	Enfermeiro	Apresentar o projeto e três meses para início das atividades
<p>Vida nova: Orientar sobre a necessidade de modificar hábitos e estilos de vida</p>	<p>Hipertensos controlados pela dieta correta, abandono do tabagismo/álcool</p> <p>Adaptação a exercícios físicos, redução do sedentarismo</p>	<p>Programa de caminhada, roda de conversa .</p> <p>Programa alimentação ideal</p> <p>educação permanente</p>	<p>Alinhar conceitos e informações a serem repassadas pelos profissionais da equipe multidisciplinar</p>	ACS	Início em três meses, avaliações a cada semestre.
<p>Menor risco: Implantar novos recursos de lazer e alimentação</p>	<p>Modificação da cultura institucional</p>	<p>Programa de orientação sobre a saúde na escola para crianças expostas junto de seus familiares a fatores de risco modificáveis</p>	<p>Estimular a alimentação e modo de vida saudável</p>	médico	Dois meses para apresentação do projeto

Fonte: Próprio autor

10º passo: gestão do plano operativo

Quadro 6 – Gestão do plano para o enfrentamento do problema elevado número de hipertensos na equipe Ermida 1 em Divinópolis /MG

Planilha de acompanhamento das operações/projeto para do problema elevado número de hipertensos na equipe Ermida 1 em Divinópolis /MG					
Operação : Atenção					
Coordenação: Médico /Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Implementação de programas/ aproveitamento do grupo operativo existente para fortalecimento do vínculo e escuta qualificada. Implantação da estratificação de risco /educação permanente	médico	Três meses para o início das atividades	Projeto apresentado aos profissionais do NASF e equipe Ermida 1		
Operação : Formação					
Coordenação: Enfermeiro/Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de educação em saúde/ Abordagem do usuário sobre o problema e as formas de controle e responsabilização/autocuidado	Enfermeiro	2 meses para início das atividades	Projeto apresentado à equipe Ermida 1		
Operação: vida nova					
Coordenação: ACS/Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada, roda de conversa . Programa alimentação ideal educação permanente	Educador físico e nutricionista	9 meses	Projeto de avaliação elaborado; Aulas e palestras prontas		
Operação: Menor risco					
Coordenação: Médico					
Produtos	Responsável	Prazo	Prazo Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de orientação sobre a saúde na escola para crianças expostas junto de seus familiares a fatores de risco modificáveis	Enfermeiro	Quatro meses para apresentação do projeto,	Programa de capacitação elaborado; ACS sendo capacitados.	Atraso na organização da comunicação com o usuário.	Início em 1 mês

Fonte: Próprio autor

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o sucesso desta proposta de intervenção é necessária a participação ativa da equipe de saúde e multidisciplinar da Equipe Ermida 1 em Divinópolis/Minas Gerais. A qualidade de vida e os níveis pressóricos podem ser recuperados e normalizados pela redução dos fatores de risco modificáveis através da organização do processo de trabalho, da informação ao usuário sobre a doença e da qualidade da alimentação. Além disso, a equipe deverá rever sua agenda e forma a proporcionar reuniões entre a equipe e entre os usuários, desenvolver a escuta qualificada, comunicação e vínculo entre a equipe e os usuários.

A melhoria do cuidado ao hipertenso demanda avaliação e monitoramento constante, e acompanhamento pelos profissionais de saúde e da equipe multidisciplinar para garantir orientações, monitorando juntamente do ACS o acompanhamento de cada hipertenso.

Os recursos utilizados baseiam-se em programas elaborados pela equipe para atingir um objetivo de cada vez, através dos programas propostos .

Para melhorar o cuidado, foram propostas ações educativas, atividades e interação entre equipe e usuários, propondo e conscientizando 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 reduzir a exposição das pessoas aos fatores de risco modificáveis e assim contribuir para uma melhor compreensão dos pacientes sobre seu estado de saúde aderindo à terapia medicamentosa aderir à terapia medicamentosa, necessária ao controle da pressão arterial.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**. Brasília. 2001. 96 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre, 2009. 54 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. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde** e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília. 2013. 28 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS -DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acesso em 02 de fevereiro de 2016
- 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. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- GUIMARÃES, A., C. Prevenção das doenças cardiovasculares no século 21. **Rev. Hipertensão**, v. 5, n. 3, p.103-106. 2002.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Cidades/Divinópolis. 2014.
- MACHADO, Mariana Carvalho; PIRES, Cláudia Geovana da Silva; LOBAO, William Mendes. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, p. 1357-1363, Mai. 2012 .

MELO; VILAR; FERREIRA; PEREIRA; CARNEIRO; FREITAS; DINIZ JR (2013)
Análise de risco familiar na estratégia saúde da família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, [On-Line]; v. 3, n. 4. Disponível em:<

<http://www.periodicos.ufrn.br/reb/article/view/4437/4021>>Acesso em: 01/04/2016

Prefeitura Municipal de Divinópolis. <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/>

SALOMÃO, C., B.; SANTOS, L., C.; FERREIRA, A., DAYRELL.; LOPES, A., C., S..
Fatores associados à hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. **Rev Min Enferm.** v. 17, n. 1, p. 32-38. jan/mar. 2013

SILVA, Maria Enoia Dantas da Costa e; MOURA, Maria Eliéte Batista. Representações sociais de profissionais de saúde sobre a hipertensão arterial: contribuições para a enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 75-82, Mar. 2011

TEIXEIRA, E., R.; LAMAS, A., R.; SILVA, R., J., C.; MATOS, R., M. .O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery R Enferm.** v. 10, n. 3, p. 378 - 84, dez. 2006.

SAMPAIO, M., R.; MELO, M., B., O.; , WANDERLEY , M., S. Estratificação do Risco Cardiovascular Global em Pacientes Atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas. **Rev. Bras Cardiol.**;v. 1, n. 1, p. 51-60; janeiro/fevereiro. 2010

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