

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

**Proposta de intervenção para o acompanhamento de usuários com hipertensão arterial sistêmica na ESF Unidos Venceremos III no município de Rio Pardo de Minas - MG**

MONTES CLAROS / MG

2014

JENNIFER DE ALMEIDA MARQUES

**Proposta de intervenção para o acompanhamento de usuários com hipertensão arterial sistêmica na ESF Unidos Venceremos III no município de Rio Pardo de Minas - MG**

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

Orientadora: Professora Daniela Coelho Zazá

MONTES CLAROS / MG

2014





UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

### FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos sete dias do mês de junho de 2014, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – CEABSF se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluna JENNIFER DE ALMEIDA MARQUES “ PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESF UNIDOS VENCEREMOS III NO MUNICÍPIO DE RIO PARDO DE MINAS – MG”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Prof.ª DANIELA COELHO ZAZÁ e Prof.ª. ANA MÔNICA SERAKIDES IVO O TCC foi aprovado com a nota 80. Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEABSF no dia sete do mês de junho, do ano de dois mil e quatorze e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 12 de maio de 2022.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO  
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro**, Coordenador(a) de curso de pós-graduação, em 13/05/2022, às 10:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1451202** e o código CRC **65EE633F**.

*Dedico este trabalho a toda minha família, que sempre esteve presente apoiando-me nas conquistas diárias, incentivando-me a batalhar para alcançar meus ideais.*

*Ao meu marido, Célio, e a minha mãe, Jânia, pelo companheirismo, compreensão e por acreditar no meu potencial.*

*Aos meus filhos, João Gabriel e Ana Cecília, pelo amor incondicional, que me inspira cada vez mais a buscar o crescimento profissional.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, gostaria de agradecer a minha família pelo suporte e apoio fornecido durante esses dois anos de curso.

À Deus, por ter me dado equilíbrio, serenidade, saúde e força para superar todos os obstáculos que apareceram nesta caminhada.

À minha orientadora, Daniela Coelho Zazá, que não só me orientou como também me compreendeu na construção deste trabalho.

À Universidade Federal de Minas Gerais e a equipe do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (tutores presenciais e a distância) pela acolhida e pelo interesse demonstrado na execução e conclusão deste trabalho.

A minha amiga e colega de trabalho Rosiane de Sá que fez a leitura do meu TCC, procurando ajudar-me a ser mais clara no que procurava dizer.

Aos colegas que conheci através dos encontros presenciais e da plataforma, pela amizade e por me ensinarem a caminhar, aos que me acolheram, pelo incentivo e compreensão no novo passo que dei durante o percurso acadêmico.

Tenho que dizer que já sinto saudades... Foram muitos momentos especiais vividos nestes dois anos e que de alguma forma, estão registrados por meio deste trabalho.

A todos, a minha gratidão.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para o acompanhamento dos portadores de hipertensão na Estratégia Saúde da Família “Unidos Venceremos III”. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: programação ineficiente das atividades, não utilização de protocolos clínicos, baixa efetividade da organização do serviço para hipertensão; falta de equidade na distribuição das consultas; carência de oportunidades para a prática de atividade física; falta de informação sobre alimentação equilibrada e uso de medicação; falta de incentivo para o abandono do tabaco/álcool; e falta de compreensão sobre os riscos da hipertensão. Após seleção dos nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos - “Agenda programada” para organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária de saúde; “Linha guia - hipertensão” para adotar a linha guia: saúde do adulto – hipertensão – como referência; “Acolhimento e busca ativa” para implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos hipertensos; “Atividade física, já!” para conscientização da população sobre os riscos da hipertensão associada ao sedentarismo; “Mais informação” para aumentar a informação sobre a importância de uma alimentação equilibrada e uso da medicação; “Sem tabaco e álcool” para implantar o programa contra tabaco/álcool e; “Fique alerta” para informar a população sobre os riscos da hipertensão. Acredita-se que a aplicação deste plano de ação poderá melhorar a qualidade da assistência aos usuários hipertensos.

**Palavras chave:** hipertensão, processo de trabalho, atenção básica.

## ABSTRACT

This study aimed to develop an action plan for the monitoring of patients with hypertension in the “Unidos Venceremos III” Family Health Strategy. In this study we selected the following critical node: inefficient programming of activities, no use of clinical protocols, low effectiveness of the service organization for hypertension, lack of equity in the distribution of medical consultations, lack of opportunities for physical activity, lack of information on balanced diet and use of medication, lack of incentives for tobacco and alcohol cessation, and lack of understanding about the risks of hypertension. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects – “Programmed schedule” to organize the agenda in accordance with the guidelines of the master plan of the primary health care; “Guide line – hypertension” to adopt the guide line: adult health – hypertension – as reference; “Welcoming and active search” to setting up a reception system and active search of hypertensive; “Physical activity, Go!” for public awareness of the risks of hypertension associated with physical inactivity; “More information” to increase information about the importance of a balanced diet and medication use; “Without tobacco and alcohol” to implement the program against tobacco / alcohol and; “Stay alert” to inform the population about the risks of hypertension. It is believed that this action plan will be possible to improve the quality of care to hypertensive patients.

**Keywords:** hypertension, work process, primary care

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF Unidos Venceremos III .....	19
Quadro 2	Descritores do problema selecionado .....	19
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos” relacionados ao “acompanhamento deficiente dos hipertensos” .....	22
Quadro 4	Recursos críticos para o problema “acompanhamento deficiente dos hipertensos” .....	24
Quadro 5	Proposta de ações para a motivação dos atores .....	25
Quadro 6	Plano operativo .....	26
Quadro 7	Acompanhamento do plano de ação .....	28

## **LISTRA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS- Agentes comunitários de Saúde

DECS- Descritores em ciências da saúde

ECG- Eletrocardiograma

ERP- Estimativa Rápida participativa

ESF- Estratégia Saúde da Família

HAS- Hipertensão arterial sistêmica

LILACS- Literatura latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio a saúde da Família

PES- planejamento estratégico

PMA2- Relatório de produção e marcadores para avaliação

SCIELO- Scientific Electronic Library online

SIAB- sistema de informação da atenção básica

SSA2- Relatório de Situação de Saúde e acompanhamento das Famílias

UBS- Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
1.1	Justificativa .....	10
1.2	Objetivo .....	11
1.3	Metodologia .....	11
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
2.1	Hipertensão arterial sistêmica .....	15
2.2	Dados epidemiológicos da hipertensão arterial no Brasil .....	16
2.3	Hipertensão arterial sistêmica e atenção básica .....	16
<b>3</b>	<b>PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>18</b>
3.1	Primeiro passo: definição dos problemas .....	18
3.2	Segundo passo: priorização de problemas .....	18
3.3	Terceiro passo: descrição do problema selecionado .....	19
3.4	Quarto passo: explicação do problema .....	20
3.5	Quinto passo: seleção dos “nós críticos” .....	21
3.6	Sexto passo: desenho das operações .....	22
3.7	Sétimo passo: identificação dos recursos críticos .....	24
3.8	Oitavo passo: análise de viabilidade do plano .....	25
3.9	Nono passo: elaboração do plano operativo .....	26
3.10	Décimo passo: gestão do plano .....	28
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de Rio Pardo de Minas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Sua população estimada em 2010 era de 29.099 habitantes. Possui uma imensa extensão territorial e aproximadamente 60% da população vive na zona rural. A infraestrutura no município ainda é bastante precária. Atualmente, a cidade só possui uma rodovia de ligação asfaltada, a rodovia municipal Rio Pardo de Minas - Taiobeiras, que foi inaugurada em 2006 (IBGE, 2014). As demais vias de acesso não estão em boas condições, o que afeta a produção agrícola do município. A cidade possui mais de 160 anos, porém o potencial turístico não é aproveitado como mais uma possibilidade de renda, já que a cidade não foi tombada como patrimônio histórico pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) e, conseqüentemente, os casarões mais antigos são derrubados para dar origem a novas construções.

A Unidade de Saúde da Família de Nova Aurora abriga a equipe Unidos Venceremos III e está situada na rua principal do povoado e faz a ligação com as outras comunidades. A comunidade de Nova Aurora é um pequeno povoado localizado a 48 km do município de Rio Pardo de Minas (RIO PARDO DE MINAS, 2013).

A área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) contém em média 25 comunidades/fazendas, 2.709 pessoas cadastradas, 701 famílias e 8 microáreas. A extensão territorial da área de abrangência da ESF é muito grande, de forma que uma das comunidades se localiza a 50 km da unidade de saúde de Nova Aurora e a 100 km de Rio Pardo de Minas, sendo mais fácil a população procurar ajuda nos municípios que fazem divisa do que no município de origem. A área adstrita da ESF faz divisa com Riacho dos Machados, Porteirinha e Serranópolis. Sendo esta uma das maiores dificuldades da equipe de saúde da família em acompanhar os indivíduos como preconizado.

A unidade foi inaugurada há 11 anos. A ESF funciona em uma casa que foi adaptada para ser uma unidade de saúde. A casa é antiga, porém bem conservada. Sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta (2.709 pessoas) e as salas que são padronizadas e exigidas pelo Ministério da Saúde.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos têm que aguardar o atendimento em pé. A maioria dos usuários vem para a unidade no ônibus escolar, pressionando os profissionais da unidade para atender de forma eficaz, para facilitar a volta deles para casa.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas na entrada da unidade, na garagem da casa ou na sala de espera da unidade que é pequena, mal iluminada e tem pouca ventilação.

Atualmente não temos material de primeiros socorros, urgência e emergência e nem instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e suturas. A falta desses materiais constituiu um foco de tensão importante entre a equipe de saúde, a coordenação da ESF e o gestor municipal da saúde.

A equipe tem dificuldade com a referência para outros níveis assistenciais assim como para o apoio diagnóstico. A contra referência praticamente não existe. Temos dificuldades também na assistência farmacêutica tanto pela cultura de automedicação quanto pela baixa adesão aos tratamentos, muitas vezes em função da baixa escolaridade.

Dentre os problemas de saúde da população adulta adstrita na área de abrangência da ESF pode-se destacar: hipertensão arterial, doenças respiratórias e lombalgias. O estilo de vida das pessoas é determinado pelos seguintes fatores: baixa escolaridade, renda familiar baixa ou ausente, condições de moradias precárias e ausência de saneamento básico.

## **1.1 Justificativa**

A hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle (MOLINA *et al.*, 2003). Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e quando não tratada adequadamente pode trazer graves complicações, além de representar elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas e doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema e também pode trazer como consequências: internações e procedimentos técnicos de alta

complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis (TOLETO; RODRIGUES; CHINESA, 2007).

Em 2012, na área de abrangência da ESF Unidos Venceremos III, havia 361 hipertensos cadastrados, o que correspondia a 13% da população adstrita. Porém, nenhuma atividade preventiva estava sendo realizada, principalmente porque o processo de trabalho da equipe estava desorganizado. Nesse contexto, inexistia divisão do trabalho e as atividades estavam centradas somente em ações curativas. Dos 361 hipertensos cadastrados, 316 (87,5%) foram submetidos à consulta médica no ano de 2012. Entretanto, apenas dois hipertensos foram atendidos de acordo com o recomendado pela linha guia do adulto: hipertenso e diabético, que são: uma consulta médica por ano, uma consulta de enfermagem por ano, duas participações em grupos operativos por ano, pelo menos um eletrocardiograma (ECG) a cada três anos e realização de exames laboratoriais (glicose, creatinina, potássio, colesterol, triglicérides e urina rotina) pelo menos uma vez a cada dois anos.

Desta forma, com intuito de organizar a assistência aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) da unidade de saúde pretende-se elaborar um plano de ação para melhor acompanhamento dos hipertensos inscritos na ESF Unidos Venceremos III.

## **1.2 Objetivo**

Elaborar um plano de ação para o acompanhamento dos hipertensos na ESF Unidos Venceremos III, no município de Rio Pardo de Minas - MG.

## **1.3 Metodologia**

Para elaboração da proposta de intervenção para o acompanhamento dos hipertensos adscritos na ESF Unidos Venceremos III foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e a construção do plano de ação.

### **Etapa 1: diagnóstico situacional da ESF Unidos Venceremos III**

Primeiramente, foi realizado o diagnóstico situacional no período de agosto a novembro de 2012, com a colaboração dos agentes comunitários de saúde (ACS).

O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida participativa (ERP), que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também atores sociais - autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, que controlam recursos para o enfrentamento do problema. Os princípios que apoiam a estimativa rápida são: coletar somente os dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais e envolver a população na realização da ERP. Os dados levantados por meio deste método são coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e na observação ativa da área (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Em relação aos registros existentes, as fontes de coleta de dados foram: registro do SIAB, fichas SSA2, B e D, PMA2, consolidados da Vigilância Epidemiológica e prontuários.

No que diz respeito a informantes-chaves, durante o diagnóstico situacional, os ACS entrevistaram 15 líderes das comunidades (presidentes de associação, líderes religiosos e antigos moradores).

Além disso, realizou-se a observação ativa das residências pertencentes a área de abrangência pelos ACS, sob a supervisão do enfermeiro. Foram visitadas 665 casas (95%), sendo excluídas aquelas que se encontravam fechadas (5%), e observados: riscos ambientais, infraestrutura, acesso à água tratada, rede de esgoto e de energia elétrica, presença de creches, escolas, igrejas, associações de comunidades, distância entre os domicílios e a Unidade Básica de Saúde (UBS), pavimentação e meios de transporte mais utilizados.

## **Etapa 2: revisão de literatura**

Na segunda etapa foi realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através dos descritores: hipertensão arterial sistêmica, alimentação adequada, estilo de vida, atenção básica, dentre outros, devidamente cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) para a construção do referencial teórico do presente trabalho. Além disso, foram considerados os seguintes critérios:

- Fontes consultadas: artigos, monografias, cadernos da Atenção Básica, Diretrizes, dentre outros;
- Idioma: português e inglês;
- Período: de 2001 a 2013;

Os estudos selecionados serviram como referência para discussão do trabalho realizado.

## **Etapa 3: plano de ação**

Na terceira etapa foi feita a elaboração do plano de ação que utilizou o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado que de acordo com Campos, Farias e Santos (2010) foi desenvolvido pelo Professor Carlos Matus e que enfoca três aspectos importantes para a melhor compreensão dos fundamentos teóricos do PES, sendo eles:

- O projeto do governo - refere-se ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos.
- A governabilidade - diz respeito às variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar seu plano;
- A capacidade de governo - diz respeito à experiência e a acumulação de conhecimento que uma equipe domina e que são necessários para implementação de seu plano. Esses três pontos devem ser vistos numa inter-relação dinâmica.

Diferentemente do planejamento tradicional, que considera possível haver um conhecimento único e objetivo da realidade, para o PES, o conhecimento e a

explicação da realidade dependem da inserção de cada ator e, logo, são parciais e múltiplos.

O ator social é um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Para tanto, de acordo com Matus (1993) é fundamental que esse ator tenha:

- O controle sobre recursos relevantes;
- Uma organização minimamente estável e;
- Um projeto para intervir nesta realidade

O PES, a partir de seus fundamentos e métodos, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo.

Todo método de planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos ou etapas como sequência lógica de ações ou atividades. Matus (1993) identifica quatro momentos que caracterizam o PES:

- Momento explicativo (passos 01 ao 05): busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas.
- Momento normativo (passos 06 e 07): quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados.
- Momento estratégico (passo 08 e 09): busca-se, aqui, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançarem os objetivos traçados.
- Momento tático-operacional (passo 10): é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente articulados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe caráter processual e dinâmico.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BARROSO, 2010).

O conhecimento dos fatores de risco que contribuem para agravar a HAS é fundamental para traçar estratégias que podem contribuir para a redução desse problema de saúde pública (BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) entre os fatores de risco para a HAS estão: a idade, o sexo e a etnia, além de fatores socioeconômicos, consumo excessivo de sal, obesidade, consumo excessivo de álcool e o sedentarismo.

Segundo com Gonçalves *et al.* (2007) o sedentarismo é um fator de risco importante, pois pessoas sedentárias apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão quando comparadas a pessoas fisicamente ativas. Além disso, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) alerta que o consumo de certos tipos de alimentos pode levar à ingestão de certos nutrientes que induzem respostas às vezes indesejáveis na pressão arterial. Desta forma, a adoção de estilos saudáveis de vida, como por exemplo, a prática regular de atividades físicas e uma alimentação equilibrada são consideradas medidas essenciais na prevenção e controle da HAS (OLMOS; BENSEÑOR, 2001).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

## **2.2 Dados epidemiológicos da hipertensão arterial no Brasil**

Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, atualmente 24,3% da população brasileira tem hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013).

Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (PEREIRA *et al.*, 2009).

A prevalência da hipertensão aumentou, principalmente entre mulheres, negros e idosos. Mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são afetados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2004). Esse aumento é ainda maior em indivíduos com sobrepeso em relação a indivíduos com peso normal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2004).

A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006). Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006). A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular; doença arterial coronariana; insuficiência cardíaca; doença renal crônica; doença arterial periférica.

## **2.3 Hipertensão arterial sistêmica e atenção básica**

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância crucial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, tanto na definição do diagnóstico clínico e na conduta terapêutica, quanto nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso em relação ao tratamento proposto (BRASIL, 2006).

A proposta para a atenção primária prevê a resolutividade das necessidades de saúde que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual, através da promoção de saúde, prevenção de doença e educação continuada (PAIN, 1998 citado por ZANETTI, 2012).

Segundo Zanetti (2012) é nesse cenário que a ESF é desenvolvida, para operacionalização da atenção primária e consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A ESF pode atuar na formação de grupos de hipertensos, no sentido de facilitar a adesão ao tratamento proposto e, quando possível agregar à equipe, profissionais como nutricionista, assistente social, psicólogo, etc. (BRASIL, 2001).

A manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Além disso, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006).

### **3 PLANO DE AÇÃO**

Conforme descrito na metodologia, a proposta de intervenção foi elaborada por meio do planejamento estratégico situacional simplificado, de acordo com os dez passos descritos a seguir.

#### **3.1 Primeiro passo: definição dos problemas**

No momento explicativo foi possível identificar os principais problemas da área de abrangência, utilizando o método ERP.

De acordo com os relatos e registros da área adstrita da ESF pode-se observar que os principais problemas apresentados pelo serviço de saúde foram: acompanhamento deficiente dos hipertensos; falta de higiene pessoal (cárie, parasitoses intestinais); alcoolismo; falta de saneamento básico; moradia (casas de pau-a-pique); falta de recursos materiais e infraestrutura; dados registrados no sistema de informação referentes aos atendimentos e procedimentos que não correspondem a realidade; dados subnotificados.

#### **3.2 Segundo passo: priorização de problemas**

Após a identificação, tornou-se necessária a seleção ou priorização daqueles problemas que seriam enfrentados, uma vez que, dificilmente, todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente, pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.).

Como critério para a seleção dos problemas, a equipe de saúde da família considerou: a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade de enfrentá-los, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1: Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF Unidos Venceremos III.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Acompanhamento deficiente dos hipertensos	Alta	7	Parcial	1
Dados registrados no sistema de informação referente ao atendimento e procedimentos que não correspondem a realidade	Alta	6	Parcial	2
Dados subnotificados	Alta	6	Parcial	3
Falta de higiene pessoal (cárie, parasitoses intestinais)	Alta	6	Parcial	4
Alcoolismo/ tabagismo	Alta	6	Parcial	5
Falta de saneamento básico	Alta	5	Fora	6
Moradia (casas de pau-a-pique)	Alta	5	Fora	7
Falta de recursos materiais e infraestrutura	Alta	4	Fora	8

Fonte: A autoria própria (2014)

### 3.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Ainda no momento explicativo, terceiro passo, ocorreu a descrição do problema selecionado como prioritário (quadro 2), definido pela equipe como o “acompanhamento deficiente dos hipertensos”.

Quadro 2: Descritores do problema selecionado.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados	361	SIAB
Hipertensos confirmados	340	Hiperdia
Hipertensos controlados	-	Registros da equipe
Internações por causas cardiovasculares	112	Registro da equipe
Óbitos por causas cardiovasculares	67	Registro da equipe

Fonte: A autoria própria (2014)

### 3.4 Quarto passo: explicação do problema

O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas.

#### **Causas relacionadas ao paciente**

- Baixa adesão aos serviços de saúde: a baixa adesão pode ser explicada pela dificuldade dos trabalhadores em consultar no horário de trabalho, pelo baixo nível educacional (42% da população possui ensino fundamental incompleto) e pela evolução assintomática da doença;
- Cultura local: grande parte da população acredita que tem que ser acompanhado por um médico especialista (cardiologista) e que o clínico geral não está preparado para atender os hipertensos. Os usuários possuem estilo de vida inadequado, como: sedentarismo, alimentação imprópria e uso do tabaco/álcool.

#### **Causas relacionadas à equipe de saúde**

##### Fatores estruturais

- Alta rotatividade de profissionais: compromete a criação de vínculo equipe-paciente.
- Desinformação dos profissionais quanto a melhor forma de abordar o paciente hipertenso.
- Horário de funcionamento da unidade que pode não coincidir com o horário disponível pelos hipertensos.

##### Fatores relacionados ao processo de trabalho

- Falta de programação eficiente das atividades (agendas lotadas, atrasos nos atendimentos);
- Falta de equidade na distribuição das consultas;
- Não utilização de protocolos clínicos e de organização do serviço para hipertensão arterial (consultas divergentes, não estabelecimento de metas);
- Falta de utilização da ficha B dos hipertensos. Os hipertensos não recebem nem 01 visita de ACS por mês.

### **Causas relacionadas à gestão da saúde**

- Manutenção de um sistema de saúde voltado somente para a cura.
- Falta de incentivo para atividades preventivas e de reabilitação;
- Demora na autorização para realização de exames laboratoriais e de alta complexidade;

### **Consequências:**

- Agravamento dos quadros clínicos, sequelas irreversíveis e óbitos de pacientes.
- Baixa adesão dos usuários ao acompanhamento da doença.
- Baixa cobertura para consultas.
- Receitas vencidas, automedicação.
- Aumento da demanda no pronto atendimento.
- Aumento progressivo dos gastos em saúde e procedimentos de alta complexidade.
- Permanência dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial e suas complicações nos pacientes.

### **3.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

No quinto passo foi necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise, utilizou-se o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES.

Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 68).

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao “acompanhamento deficiente dos hipertensos”.

- Falta de programação eficiente das atividades (agendas lotadas, atrasos nos atendimentos, aumento da demanda espontânea);
- Não utilização de protocolos clínicos e de organização do serviço para HAS (condutas divergentes, não estabelecimento de metas);
- Falta de equidade na distribuição das consultas.
- Carência de oportunidades para a prática de atividade física, elaboradas pela equipe;
- Falta de informação sobre alimentação equilibrada e uso de medicação;
- Falta de incentivo e programas efetivos para o abandono do tabaco/álcool;
- Falta de compreensão sobre informações a respeito dos riscos e agravos da hipertensão;

### 3.6 Sexto passo: desenho das operações

No sexto passo, momento normativo, foi realizado o desenho das operações que consiste em descrever operações para enfrentar os “nós críticos”, identificando assim os resultados, os produtos e os recursos necessários. No quadro 3 estão apresentadas as operações para os “nós críticos” selecionados.

Quadro 3: Desenho das operações para os “nós críticos” relacionados ao “acompanhamento deficiente dos hipertensos”.

Nó Crítico	Operações	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Falta de programação eficiente das atividades (agendas lotadas, atrasos nos atendimentos, aumento da demanda espontânea).	<b>“Agenda programada”</b> Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária de saúde.	Agendas organizadas; Atendimento com horário programado, sem pacientes extras; Atividades sendo realizadas de forma planejada e organizada; Satisfação dos usuários e melhor adesão.	Programação mensal das atividades (consultas médicas e de enfermagem).	<b>Organizacional:</b> organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada. <b>Financeiro:</b> para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas.
Não utilização de protocolos clínicos e de organização do serviço para HAS (condutas divergentes, não	<b>“Linha guia - HAS”</b> Adotar a linha guia de saúde do adulto – hipertensão – como referência.	Condutas padronizadas – processo de trabalho organizado.	Protocolo elaborado e implementado conforme o Programa de Saúde em Ação; Recursos humanos capacitados e padronizados.	<b>Cognitivo:</b> para elaboração e implementação do protocolo <b>Político:</b> articulação dos setores da saúde e

estabelecimento de metas).				adesão dos profissionais.
Falta de equidade na distribuição das consultas.	<p><b>“Acolhimento e busca ativa”</b></p> <p>Implantar sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão</p>	<p>Hipertensos acompanhados satisfatoriamente, com o aumento do vínculo profissional-paciente;</p> <p>Consultas médicas melhor distribuídas e demanda espontânea diminuída;</p> <p>Melhoria do indicador de acompanhamento dos hipertensos.</p>	<p><b>Acolhimento implantado:</b> acolher todos os pacientes que solicitarem atendimento na UBS. Os usuários serão avaliados pelo enfermeiro e agendados de acordo com a gravidade do caso.</p> <p><b>Monitoramento da consulta de rotina e prescrição médica implantado:</b> criar um fichário para hipertensos (Atualizados pelos ACS) para comparecimento nas consultas de rotina e consequente renovação da prescrição médica.</p> <p><b>Sistema de busca ativa implantado:</b> fazer o acompanhamento dos pacientes, por meio das visitas domiciliares dos ACS;</p>	<p><b>Organizacional:</b> organização da equipe para fazer o acompanhamento.</p>
Carência de oportunidades para a prática de atividade física, elaboradas pela equipe	<p><b>“Atividade física já”</b></p> <p>Conscientização da população sobre os riscos da hipertensão associada ao sedentarismo.</p>	<p>Aumentar o nível de informação a respeito da importância da atividade física e aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos.</p>	<p>Ações educativas através de grupos operativos.</p> <p>Aumento da prática de atividade física (grupos de caminhada)</p>	<p><b>Organizacional:</b> organizar as caminhadas</p> <p><b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos.</p>
Falta de informação sobre alimentação equilibrada e uso de medicação	<p><b>“Mais informação”</b></p> <p>Aumentar a quantidade de informação sobre a importância de uma alimentação equilibrada e uso correto da medicação</p>	<p>População mais consciente sobre a importância de uma alimentação equilibrada e uso correto da medicação</p>	<p>Usuários mais esclarecidos;</p> <p>Compromisso maior com alimentação saudável e uso correto das medicações.</p>	<p><b>Organizacional:</b> Capacitação dos profissionais;</p> <p><b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos.</p>
Falta de incentivo e programas efetivos para a renúncia do tabaco/álcool	<p><b>“Sem tabaco e álcool”</b></p> <p>Implantar na unidade o programa contra tabaco/álcool: através de grupos de terapia coletivo e individual e acompanhamento</p>	<p>População mais consciente sobre a importância de renunciar ao vício do uso do tabaco/álcool.</p>	<p>Redução do número dos usuários de tabaco e álcool.</p>	<p><b>Organizacional:</b> Capacitação dos profissionais e envolvimento da equipe multiprofissional.</p> <p><b>Político:</b> articulação dos setores da saúde e sociedade e adesão</p>

	efetivo deste usuário.			dos profissionais.
Falta de compreensão sobre informações a respeito dos riscos e agravos da hipertensão	<b>“Fique alerta”</b> Informação e conscientização da população a respeito dos riscos e agravos da hipertensão.	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e agravos da hipertensão.	Ações educativas, utilização do apoio dos líderes e associações comunitárias.	<b>Organizacional:</b> Envolvimento da equipe <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos.

Fonte: Autoria própria (2014)

### 3.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Este passo é de fundamental relevância para se garantir a viabilidade de um plano de ação. Conhecer os recursos que são essenciais à execução do plano, nos permite apontar aqueles que são críticos, ou seja, que são indispensáveis para a execução de um projeto, mas que não estão disponíveis e precisam ser disponibilizados (quadro 4).

Quadro 4: Recursos críticos para o problema “acompanhamento deficiente dos hipertensos”.

Operações	Recursos Críticos
<b>“Agenda programada”</b> Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária de saúde.	<b>Financeiro:</b> para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas.
<b>“Linha guia - HAS”</b> Adotar a linha guia: saúde do adulto –hipertensão – como referência.	<b>Político:</b> articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais.
<b>“Acolhimento e busca ativa”</b> Implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão.	<b>Político:</b> articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais.
<b>“Atividade física já”</b> Conscientização da população sobre os riscos da hipertensão associada ao sedentarismo.	<b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos.
<b>“Mais informação”</b> Aumentar a quantidade de informação sobre a importância de uma alimentação equilibrada e uso correto da medicação	<b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos.
<b>“Sem tabaco e álcool”</b> Implantar na unidade o programa contra tabaco/álcool: através de grupos de terapia coletivo e individual e acompanhamento efetivo deste usuário.	<b>Político:</b> articulação dos setores da saúde e sociedade e adesão dos profissionais.
<b>“Fique alerta”</b> Informação e conscientização da população a respeito dos riscos e agravos da hipertensão.	<b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos.

Fonte: Autoria própria (2014)

### 3.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

No oitavo passo, momento estratégico, foi realizada a análise de viabilidade do plano. A ideia central que rege este passo - análise de viabilidade - é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos (quadro 5).

Quadro 5: Proposta de ações para a motivação dos atores.

Operações	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Operação estratégica
<p><b>“Agenda programada”</b> Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária de saúde.</p>	<p><b>Financeiro:</b> para aquisição de cadernos de confecção de novas agendas.</p>	<p>Coordenador da atenção primária à saúde</p>	Favorável	<p>Aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária; Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.</p>
<p><b>“Linha guia - HAS”</b> Adotar a linha guia: saúde do adulto –hipertensão – como referência.</p>	<p><b>Político:</b> articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>	<p>Coordenador da atenção primária à saúde</p>	Favorável	<p>Aprovação do projeto pelo secretário de saúde;</p>
<p><b>“Acolhimento e busca ativa”</b> Implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão</p>	<p><b>Político:</b> articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>	<p>Coordenador da atenção primária à saúde</p>	Favorável	<p>Confecção de um fichário.</p>
<p><b>“Atividade física já”</b> Conscientização da população sobre os riscos da hipertensão associada ao sedentarismo.</p>	<p><b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos áudio- visuais, folhetos.</p>	<p>Profissionais de saúde da equipe da ESF/NASF.</p>	Favorável	<p>Não é necessária</p>

<p><b>“Mais informação”</b> Aumentar a quantidade de informação sobre a importância de uma alimentação equilibrada e uso correto da medicação</p>	<p><b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos.</p>	<p>Profissionais de saúde da equipe da ESF/NASF.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>
<p><b>“Sem tabaco e álcool”</b> Implantar na unidade o programa contra tabaco/álcool: através de grupos de terapia coletiva e individual e acompanhamento efetivo deste usuário.</p>	<p><b>Político:</b> articulação dos setores da sociedade e adesão dos profissionais.</p>	<p>Profissionais de saúde da equipe da ESF/NASF.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Adesão do programa pelo gestor da SMS. Adesão dos profissionais de saúde;</p>
<p><b>“Fique alerta”</b> Informação e conscientização da população a respeito dos riscos e agravos da hipertensão.</p>	<p><b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos.</p>	<p>Profissionais de saúde da equipe da ESF/NASF.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>

Fonte: Autoria própria (2014)

### 3.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

No nono passo, ainda no momento estratégico, foi elaborado o plano operativo (quadro 6). A elaboração do plano operativo tem como objetivo definir os responsáveis pela coordenação dos projetos e estipular os prazos para execução das ações, levando assim a um planejamento articulado.

Quadro 6: Plano operativo.

Operações	Resultados esperados	Produtos esperados	Responsável	Prazo
<p><b>“Agenda programada”</b> Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária de saúde.</p>	<p>Agendas organizadas; Atendimento com horário programado, sem pacientes extras; Atividades sendo realizadas de forma planejada e organizada; Satisfação dos usuários e melhor adesão.</p>	<p>Programação mensal das atividades (consultas médicas e de enfermagem);</p>	<p>Toda a equipe</p>	<p>Setembro a novembro</p>
<p><b>“Linha guia - HAS”</b> Adotar a linha guia.</p>	<p>Condutas</p>	<p>Protocolo elaborado e implementado</p>	<p>Enfermeira</p>	<p>Novembro</p>

saúde do adulto – hipertensão – como referência.	–padronizadas processo de trabalho organizado;	econforme o Programa Saúde em Ação; Recursos humanos capacitados e padronizados;		
“ <b>Acolhimento e busca ativa</b> ” Implantar sistema acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão	e Hipertensos acompanhados desatisfatoriamente, com o aumento do vínculo profissional-paciente. Consultas médicas melhor distribuídas e demanda espontânea diminuída. Melhoria do indicador de acompanhamento dos hipertensos.	<b>Acolhimento implantado:</b> acolher todos os pacientes que solicitarem atendimento na UBS. Os usuários serão avaliados pelo enfermeiro e agendados de acordo com a gravidade do caso. <b>Monitoramento da consulta de rotina e prescrição médica implantado:</b> criar um fichário para hipertensos (Atualizados pelos ACS) para comparecimento nas consultas de rotina e consequente renovação da prescrição médica. <b>Sistema de busca ativa implantado:</b> fazer o acompanhamento dos pacientes, por meio das visitas domiciliares dos ACS;	Toda a equipe	Setembro a novembro
“ <b>Atividade física já</b> ” Conscientização da população sobre os riscos hipertensão associada sedentarismo.	Aumentar o nível de informação a respeito da importância da atividade física e aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos.	Ações educativas através de grupos operativos; Aumento da prática de atividade física (grupos de caminhada).	Equipe multiprofissional de saúde.	Setembro
“ <b>Mais informação</b> ” Aumentar quantidade de informação sobre importância de uma alimentação equilibrada e uso correto da medicação.	População mais consciente sobre a importância de uma alimentação equilibrada e uso correto da medicação.	Usuários mais esclarecidos; Compromisso maior com alimentação saudável e uso correto das medicações.	Equipe multiprofissional de saúde.	Setembro
“ <b>Sem tabaco e álcool</b> ”	População mais consciente sobre a	Redução do número dos usuários de tabaco	Equipe multiprofissional	Setembro a

Implantar na unidade o programa contra o tabaco/álcool: através de grupos de terapia coletivo e individual e acompanhamento efetivo deste usuário.	importância de renunciar ao vício do uso do tabaco/álcool.	e álcool.	de saúde.	novembro.
“Fique alerta” Informação conscientização da população a respeito dos riscos e agravos da hipertensão.	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e agravos da hipertensão.	Ações educativas, utilização do apoio dos líderes e associações comunitárias.	Gestores e equipe de saúde.	Setembro

Fonte: Autoria própria (2014)

### 3.10 Décimo passo: gestão do plano

No décimo passo, momento tático-operacional, é descrita a gestão do plano (quadro 7). Este possibilita o acompanhamento, discussão e reorientação das ações, se necessário. A gestão do plano é fundamental para o sucesso dos projetos. É preciso ter clareza do andamento desses projetos, da obtenção de objetivos, dos novos prazos e dos atores de quem se deve cobrar ou a quem se deve auxiliar, em determinados momentos. Sendo assim, a previsão é de que o quadro 7 (acompanhamento do plano de ação) seja preenchido em dezembro de 2014.

Quadro 7: Acompanhamento do plano de ação.

Operações	Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
“Agenda programada” Organizar agenda de acordo com orientações do plano diretor de atenção primária de saúde.	Programação mensal das atividades (consultas médicas e de enfermagem);	Toda a equipe	Setembro a novembro			
“Linha guia HAS” Adotar a linha guia: saúde do adulto hipertensão como referência.	Protocolo elaborado e implementado conforme o Programa Saúde em Ação; Recursos	Enfermeira.	Novembro.			

	humanos capacitados.					
<p><b>“Acolhimento busca ativa”</b> Implantar sistema acolhimento busca ativa dos usuários hipertensão.</p>	<p><b>Acolhimento implantado:</b> um acolher todos os pacientes que solicitarem atendimento na UBS. Os usuários serão avaliados pelo enfermeiro e agendados de acordo com a gravidade do caso. <b>Monitoramento da consulta de rotina e prescrição médica implantado:</b> criar um fichário para hipertensos (Atualizados pelos ACS) para comparecimento nas consultas de rotina e consequente renovação da prescrição médica. <b>Sistema de busca ativa implantado:</b> fazer o acompanhamento dos pacientes, por meio das visitas domiciliares dos ACS.</p>	Toda a equipe.	Setembro a novembro.			
<p><b>“Atividade física já”</b> Conscientização da população sobre os riscos da hipertensão associada ao sedentarismo.</p>	<p>Ações educativas através de grupos operativos. Aumento da prática de atividade física (grupos de caminhada).</p>	Equipe multiprofissional de saúde.	Setembro			

<p><b>“Mais informação”</b> Aumentar a quantidade de informação sobre a importância de uma alimentação equilibrada e uso correto da medicação.</p>	<p>Usuários mais esclarecidos; Compromisso maior com alimentação saudável e uso correto das medicações.</p>	<p>Equipe multiprofissional de saúde.</p>	<p>Setembro.</p>			
<p><b>“Sem tabaco e álcool”</b> Implantar na unidade programa contra tabaco/álcool: através de grupos de terapia coletivo e individual e acompanhamento efetivo desde usuário.</p>	<p>População mais consciente sobre a importância de renunciar o vício do uso do tabaco/álcool.</p>	<p>Equipe multiprofissional de saúde.</p>	<p>Setembro a novembro.</p>			
<p><b>“Fique alerta”</b> Informação e conscientização da população sobre respeito dos riscos e agravos da hipertensão.</p>	<p>Ações educativas, utilização do apoio dos líderes e associações comunitárias.</p>	<p>Gestores e equipe de saúde.</p>	<p>Setembro.</p>			

Fonte: Autoria própria (2014)

Após a implementação da proposta de intervenção serão realizadas avaliações semestrais do projeto. A avaliação será pautada no cálculo do indicador, sendo considerada a meta de aumento em 10% de acompanhamento a cada semestre e após 5 semestres este indicador deverá permanecer sempre maior ou igual a 50%.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao elaborar o plano de ação para o acompanhamento dos hipertensos foi possível perceber a importância do diagnóstico situacional para identificação dos problemas da área de abrangência e apontar quais são passíveis de resolução e, qual a prioridade de cada problema no cotidiano. A utilização do PES para elaboração da intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com probabilidade de serem resolutivas.

Acredita-se que através deste plano de ação será possível melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários hipertensos da ESF Unidos Venceremos III, principalmente por possibilitar uma reorganização do processo de trabalho, pois as atividades não serão realizadas mais de forma intuitiva e automática. Desta forma, os maiores beneficiados serão os usuários.

## REFERÊNCIAS

- Barroso, WKS *et al.* Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial -2010. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.116,n 3, 2010, p. 516-658.
- BLOCH, KV.; RODRIGUES, CS.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Revista Brasileira Hipertensão**. v.13, n.2, p. 134-143, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, FC.; FARIAS, HP.; SANTOS, MA. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.
- GONÇALVES, S. *et al.* Hipertensão arterial e a importância da atividade física. **Estudos de Biologia**, v.29, n.67, p.205-213, abr/jun, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e estados. Rio pardo de Minas. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/rio-pardo-de-minas.html> Acesso em: 11/10/2013.
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.
- MOLINA, B *et al.* Hipertensão arterial e o consumo de sal na população urbana. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 743-750, 2003.
- OLMOS; RD.; BENSEÑOR, IM. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 8, n.2, p. 221-224, abr/jun, 2001.
- PAIN, AF. **Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998
- PEREIRA, M. *et al.* Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **Journal of Hypertension**. v.27, n.5, 2009.
- RIO PARDO DE MINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Serviços e programas ofertados. Disponível em: <https://www.riopardo.mg.gov.br/site/prefeitura/secretarias-municipais/saude/> Acesso em 10/10/2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 1. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. p. 1-48, 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO SBH. Hipertensão. Revista da Sociedade Brasileira de hipertensão. v.7, n3, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO SBH. Dados de hipertensão arterial por capital, 2013. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=435>  
Acesso em: 15/04/2014.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto de enfermagem**. v.16, n.2, p.233-238, 2007.

ZANETTI, L.A. Hipertensão arterial sistêmica - um desafio factível de ser enfrentado na arquitetura do processo de trabalho em saúde. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2012. 36f.